

АКУШЕРСТВО

ВВЕДЕНІЕ ВЪ ПРАКТИЧЕСКУЮ ДѢЯТЕЛЬНОСТЬ

Д-ра мед. Генриха Фрича,

Профессора гинекологіи и акушерства и директора Королевской клиники въ Боннѣ.

Переводъ сочиненія „Geburtshilfe eine Einführung in die Praxis
von Prof. Heinrich Fritsch“

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

Д-ра мед. Н. С. Каннегисера,

Прив. Доц. Женск. Мед. Института.

СЪ ПРЕДИСЛОВІЕМЪ

Проф. Д. О. Отта,

Директора Импер. Клинич. Пов. Гинекол. Института

СЪ 73 РИСУНКАМИ.

xxx

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Изданіе К. Л. Риккера.

НЕВСКИЙ ПРОСПЕКТЪ, 14.

1906.

Руководство, которое мы рекомендуем вниманію читателей, написано однимъ изъ наиболѣе компетентныхъ и опытныхъ нѣмецкихъ акушеровъ-гинекологовъ. Какъ въ выборѣ матеріала, такъ и въ обработкѣ его, видѣнъ опытный преподаватель-клинистъ, хорошо знакомый съ тѣми затрудненіями, которыя встрѣчаются каждому врачу при началѣ его акушерской практики. Благодаря тому, что авторъ не вдается въ подробное изложеніе различныхъ теорій, объемъ книги очень не великъ, но сжатость изложенія не мѣшаетъ полному освѣщенію всѣхъ вопросовъ, возникающихъ у постели больной. Хотя мы и не можемъ согласиться съ нѣкоторыми взглядами автора (какъ напримѣръ веденіе выкидыша и др.) однако должны отмѣтить, что въ общемъ при оцѣнкѣ различныхъ методовъ леченія какъ оперативныхъ, такъ и другихъ видна строгая критика, основанная на громадномъ личномъ опытѣ. Изложеніе чрезвычайно живое и поясняется очень наглядными рисунками.—Если къ этому прибавить тотъ реализмъ въ освѣщеніи рекомендуемыхъ авторомъ лечебныхъ приѣмовъ и показаній къ нимъ,—который является завидной особенностью Проф. Г. Фрича то появленіе въ свѣтъ названнаго труда слѣдуетъ привѣтствовать и его можно смѣло рекомендовать, какъ цѣнное пособіе при изученіи нашей спеціальности.

Дм. Оттъ.

Предисловіе.

Мы нѣмцы должны быть очень счастливы, что у насъ вмѣсто одного центрального пункта есть цѣлый рядъ высшихъ учебныхъ заведеній, гдѣ собраны научные авторитеты.

Практическій врачъ избираетъ самое существенное и правильное изъ различныхъ ученій, журналовъ, книгъ и лекцій.

Многіе преподаватели чувствуютъ внутреннюю потребность изложить для своихъ учениковъ въ одной книгѣ то, что они считаютъ хорошимъ и правильнымъ. Я также имѣлъ это намѣреніе уже 30 лѣтъ тому назадъ, тогда-же я подписалъ контрактъ съ издателемъ, но до сихъ поръ другія обязанности мнѣ въ этомъ мѣшали.

Въ своей книгѣ я хотѣлъ говорить о теоріяхъ и вспомогательныхъ наукахъ лишь постольку, поскольку это необходимо для пониманія главнаго предмета, такъ какъ ни моя книга, ни какая-либо другая не сможетъ замѣнить теоретическаго преподаванія, оперативныхъ курсовъ и клиническихъ лекцій. Наоборотъ только тотъ съ пользой можетъ читать книгу, кто на лекціяхъ хорошо усвоилъ себѣ основы науки. Одно напоминаетъ ему другое и пробуждаетъ въ немъ мысль и критику.

Я желалъ-бы дать старшимъ студентамъ и молодымъ врачамъ въ своей книги совѣтчика въ практикѣ, руководство при сомнѣніяхъ и поддержку при нерѣшительности.

Группировка матеріала должна была отклониться отъ обычнаго. Не желая раздѣлять то, что по существу не дѣлимо, я долженъ былъ раздѣлить главы соотвѣтственно логикѣ, а не традиціоннымъ принципамъ. Въ этой книгѣ вы не найдете многого, что помѣщается втеченіи 100 лѣтъ во всѣхъ учебникахъ акушерства, за то въ ней есть многое такое, чего нѣтъ у другихъ, но что я считаю за весьма существенное.

И такъ я надѣюсь, что мое намѣреніе ввести начинающаго врача въ практическую акушерскую дѣятельность будетъ достигнуто моей книгой.

Генрихъ Фричь.

Нуссбахъ въ Шварцвальдѣ,
28 августа 1904 г.

Оглавление.

	Стр.
Первая глава: Родовой каналъ	1
Костный тазъ	1
Наклоненіе таза	8
Проводная линія	9
Вторая глава: Мягкія части таза	9
Мышцы таза	16
Третья глава: Тазъ новорожденнаго, ростъ и развитіе таза	17
Четвертая глава: Менструація и овуляція	20
Пятая глава: Беременность	24
Оплодотвореніе	24
Внѣдреніе яйца	25
Децидуа	27
Ростъ яйца, Ampion, Chorion, Послѣдъ	28
Пуповина	32
Послѣдъ	33
Околоплодная жидкость	34
Питаніе и кровообращеніе плода	35
Увеличеніе и форма матки во время беременности	38
Шейка и нижній сегментъ матки	39
Продолжительность и вычисленіе срока беременности	43
Признаки и теченіе беременности	45
Извѣстныя прихоти беременныхъ	49
Распознаваніе беременности	52
Распознаваніе періода беременности	55
Гигіена беременности	58
Шестая глава: Плодъ въ отдѣльные мѣсяцы беременности	62
Седьмая глава: Роды	68
Начало родовъ	68
Разрывъ плоднаго пузыря	71
Схватки	73
Головная опухоль	75
Роды послѣда	79
Восьмая глава: Зрѣлый плодъ въ маткѣ во время родовъ	81
Положенія плода	82
Черепныя положенія	88
Теченіе родовъ при черепныхъ положеніяхъ	86
Дѣйствіе схватокъ	89
Повороты головки	91
Рожденіе туловища	93

	(стр.)
Механизмъ родовъ при первомъ и второмъ черепномъ положеніи	94
Отклоненія въ механизмѣ	95
Передне-темянное положеніе	96
Лобныя положенія	99
Лицевыя положенія	100
Предлежанія тазовымъ концомъ	103
Многopлодная беременность	108
Девятая глава: Изслѣдованіе при родахъ	115
Изслѣдованіе общаго состоянія	115
Діагнозъ положенія плода	118
Аускультация	122
Измѣреніе таза	125
Внутреннее изслѣдованіе. Дезинфекція	126
Десятая глава: Веденіе родовъ	131
Леченіе разрывовъ промежности	141
Веденіе послѣдоваго періода	144
Одинадцатая глава: Послѣродовой періодъ	147
Анатомія	147
Физиологія и симптоматологія	151
Новорожденное дитя	158
Уходъ въ послѣродовомъ періодѣ	161
Уходъ за новорожденнымъ	166
Выборъ кормилицы	176
Искусственное вскармливаніе новорожденнаго	179
Двѣнадцатая глава: Патологія беременности	181
Органы пищеваренія	182
Органы мочеотдѣленія	188
Почки беременныхъ	190
Органы дыханія	195
Туберкулезъ	195
Органы кровообращенія	197
Варикозные узлы	201
Нервная система. Хорея	203
Эпилепсія	204
Истерія	205
Общія заболѣванія	207
Хлорозъ, анэмія, злокачественная анэмія, лейкозія, Icterus и т. д.	210
Сифилисъ	213
Тринадцатая глава: Эклампсія	222
Четырнадцатая глава: Патологическія состоянія матки во время беременности и родовъ	242
Retroflexio uteri gravidi (перегибъ беременной матки кзади).	242
Выпаденіе	249
Опухоли матки. Міомы	253
Ракъ матки	259
Опухоли яичниковъ	263
Пороки развитія	267
Наружные половые органы и влагалище	270
Воспаленіе въ маткѣ и около нея	273
Заболѣванія яйцевыхъ оболочекъ	274

	Стр.
Амніонъ	277
Хоріонъ. Пузырный заносъ	278
Послѣдъ	281
Пуповина	282
Пятнадцатая глава: Внѣматочная беременность	283
Симптомы, теченіе, діагнозъ	288
Леченіе	292
Шестнадцатая глава: Выкидышъ	299
Теченіе	301
Діагнозъ	303
Леченіе	305
Привычный выкидышъ	313
Семнадцатая глава: Placenta praevia	314
Симптомы и леченіе	316
Діагнозъ	318
Леченіе	319
Восемнадцатая глава: Узкіе тазы	325
Равномѣрно сѣуженный тазъ	326
Рахитическій тазъ	327
Кифотическіе и лордотическіе тазы	330
Косые тазы	332
Сколіотическій косой тазъ	332
Негелевскій косой тазъ	334
Косые тазы, какъ слѣдствіе нарушенія функціи одной ноги	335
Тазы при вывихахъ	336
Остеомалатическій тазъ	337
Спондилолистетическій тазъ	339
Расщепленный тазъ	341
Діагнозъ узкихъ тазовъ	342
Симптомы и теченіе родовъ при узкихъ тазвахъ	347
Теченіе родовъ при узкомъ тазѣ	353
Леченіе. Искусственный выкидышъ	357
Діета, чтобы получился маленькій ребенокъ	358
Брюшной бинтъ	358
Искусственные преждевременные роды	359
Веденіе своевременныхъ родовъ при узкомъ тазѣ	365
Профилактической поворотъ	367
Симфизиотомія	369
Щипцы	370
Перфорация и краниоклазія	371
Кесарское сѣченіе	374
Девятнадцатая глава: Аномаліи родовъ, зависяція отъ плода	379
Головная водянка	380
Hemikerphalus	381
Ascites, spina-bifida	383
Akardiaci	383
Двойные уроды	384
• Неправильное положеніе ребенка	385
Выпаденіе пуповины	386
Діагнозъ	387

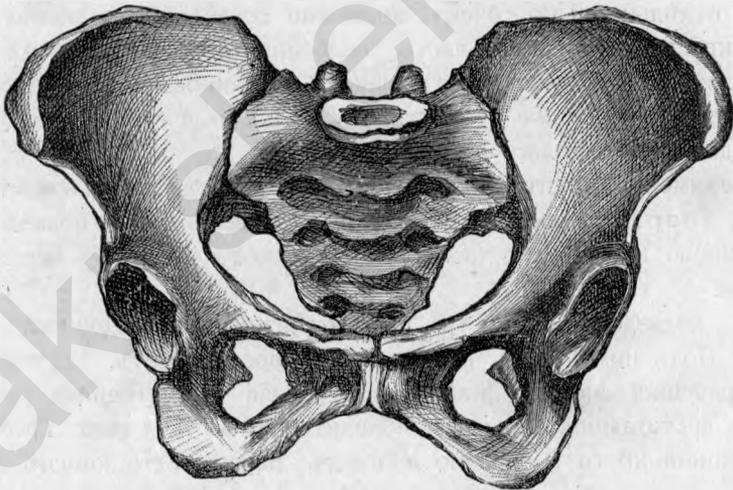
	Стр.
Лечение	387
Неправильности родовъ отъ слишкомъ плотныхъ оболочекъ	389
Поперечное положеніе	390
Терапія	393
Извлеченіе при предлежаніяхъ тазовымъ концомъ	397
Извлеченіе за ягодицы	397
Извлеченіе при ножныхъ положеніяхъ	399
Образъ дѣйствія при невозможности поворота	403
Двадцатая глава: Чрезмѣрно сильныя и чрезмѣрно слабыя боли	405
Чрезмѣрно сильныя схватки	405
Чрезмѣрно слабыя боли	406
Лечение	408
Выходные шипцы	411
Двадцать первая глава: Поврежденія матери во время родовъ	413
Разрывъ матки	417
Симптомы и теченіе	420
Лечение, профилактика	422
Двадцать вторая глава: Послѣдовательныя кровотеченія	426
Лечение	428
Двадцать третья глава: Патологія послѣродоваго періода	439
Инфекція стрептококками и стафилококками, родильная горячка	439
Зараженіе бациллами тетануса	445
Гоноррея въ послѣродовомъ періодѣ	445
Теченіе инфекціи: родильной горячки	447
Данныя вскрытія	448
Тромбозъ бедренныхъ венъ, піэмія	449
Діагнозъ и прогнозъ родильной горячки	451
Лечение. Общее лечение	453
Мѣстное лечение	456
Послѣродовые экссудаты	460
Терапія	464
Прибавленіе: послѣродовая грудница	465
Терапія	467

ПЕРВАЯ ГЛАВА.
Родовые пути.

Костный тазъ.

На 15-мъ, часто уже на 14-мъ году жизни тазъ настолько развитъ, что возможны рода зрѣлаго плода.

Тазъ состоитъ изъ 4-хъ костей: крестца (*os sacrum*), двухъ безымѣнныхъ костей (*ossa ilei*) и копчика (*os coccygis*).



1
Женскій тазъ.

Крестцовая кость,—нижній конецъ позвоночнаго столба, состоитъ изъ 5-и, рѣже изъ 6-и, уменьшающихся по мѣрѣ направленія книзу, костно сросшихся позвонковъ. Въ дѣтскомъ возрастѣ позвонки отдѣлены другъ отъ друга хрящами. Основаніе крестца соединено съ пятымъ поясничнымъ позвонкомъ посредствомъ межпозвоночнаго хряща точно такъ же, какъ позвонки позвоночника другъ съ другомъ. Передняя точка крестца образуетъ мысь, *promontorium*.

Передняя поверхность вогнута по двумъ направлѣніямъ, сверху внизъ: вертикальная вогнутость, и справа налѣво: горизонтальная вогнутость. По бокамъ находятся по 4 отверстия, переднія крестцовыя отверстия. На мѣстѣ сращенія крестцовыхъ позвонковъ видны болѣе или менѣе выдающіеся бугры. Боковыя края сращены наверху съ подвздошными костями.

На задней поверхности крестца, возлѣ основанія, справа и слѣва расположены суставныя впадины суставныхъ отростковъ, обращенныя кнутри и кзади, которыя соприкасаются съ суставными отростками нижняго поясничнаго позвонка. Между ними открывается трехъ угольная щель крестцоваго канала, составляющаго продолженіе позвоночнаго канала.

Крестецъ сзади выпуклъ, и по срединѣ его проходитъ крестцовый гребень, въ которомъ можно распознать сросшіеся остистые отростки крестцовыхъ позвонковъ. На нижнемъ концѣ гребня находится неправильной формы щель крестцоваго канала. Заднія крестцовыя отверстия, соотвѣтствующія переднимъ, меньше переднихъ и менѣе правильны.

Къ нижнему концу крестца прилегаютъ копчикъ, состоящій изъ 3—5-и отдѣльныхъ косточекъ, подвижно соединенныхъ между собой и съ крестцомъ. Очень часто, особенно у рожавшихъ женщинъ, обнаруживается смѣщенія отдѣльныхъ копчиковъ позвонковъ кпереди, или кзади, также и въ сторону, и костныя сращенія въ одномъ изъ подобныхъ патологическихъ положеній.

Безымѣнныя кости раздѣляются на 3 кости, связанныя въ дѣтскомъ возрастѣ между собою посредствомъ хряща: подвздошную, сѣдалищную и лобковую, всѣ онѣ встрѣчаются углами у вертлужной впадины.

У подвздошной кости мы отличаемъ подвздошный гребешокъ. Подъ нимъ кость тонка, часто просвѣчиваетъ. У подвздошнаго гребешка имѣется наружная, средняя и внутренняя губы, въ общемъ достигающія ширины приблизительно 1—1¹/₂ сант. Гребешокъ подвздошной кости S-образно изогнутъ: передній его конецъ внутрь, задній—кнаружи. Сзади и спереди подвздошный гребешокъ оканчивается остями: *spina anterior superior* и *spina posterior superior*. Обѣ ости, ясно прощупываемыя чрезъ кожу, являются важными опознавательными точками при измѣреніи таза. Кнаружи отъ передней верхней подвздошной ости кость ограничивается спереди острымъ тонкимъ краемъ и оканчивается лежащей по самой срединѣ верхняго вертлужнаго края нижней передней подвздошной остью: *Spina ossis ilei anterior inferior*. Точно такъ же и сзади, кнаружи отъ *Spina ossis ilei posterior superior*, кость еще рѣзче переходитъ въ нижнюю заднюю подвздошную

кость, которая не такъ отчетливо прощупывается, вслѣдствіе того, что плотно прилегаетъ къ крестцу, у нижняго конца *Superficies auricularis*. Эта *Spina posterior inferior* дѣлитъ верхній край большой сѣдалищной вырѣзки на двѣ половины. Приблизительно на 5 сант. впереди задняго края подвздошной кости находится ушковидное сочленение (*Superficies auricularis*) подвздошной кости съ крестцомъ: крестцово-подвздошное сочленение, *Synchondrosis sacroiliaca*. У его передняго края, на мѣстѣ встрѣчи остраго края крыла крестцовой кости съ подвздошной костью, край этотъ продолжается на внутренней поверхности таза въ линію, носящую названіе *Linea innominata* (безъименной линіи) и образующую границу между большимъ и малымъ тазомъ.

Сѣдалищная кость начинается нисходящей вѣтвью у сѣдалищной ости, образующей переднюю границу большой сѣдалищной вырѣзки. Эта вѣтвь оканчивается массивнымъ сѣдалищнымъ бугромъ (*Tuber ischii*). Между нимъ и сѣдалищной остью находится малая сѣдалищная вырѣзка. Отъ бугра косвенно кпереди и вверхъ направляется восходящая сѣдалищная вѣтвь, которая соединяется съ нисходящей вѣтвью лобковой кости для образованія лонной дуги.

Плоская выгнутая наружная поверхность подвздошной кости граничитъ кнаружи съ вертлужной впадиной, кпереди съ лобковой костью, которая также принимаетъ участіе въ образованіи вертлужной впадины. Горизонтальная вѣтвь лобковой кости даетъ выступъ (*Tuberculum ileopectineum*) на мѣстѣ встрѣчи съ подвздошной костью. Вверху лобковая кость ограничена острымъ краемъ (*Pecten pubis*). Обѣ лобковыя кости встрѣчаются другъ съ другомъ въ лонномъ сочлененіи, (*Symphysis*) посерединѣ передней стѣнки таза. Книзу отсюда идетъ *Ramus descendens*, нисходящей сѣдалищной вѣтви. Обѣ вѣтви образуютъ книзу и кнаружи острый верхній внутренній край *Foraminis obturatorii*, другая половина котораго ограничена сѣдалищной костью.

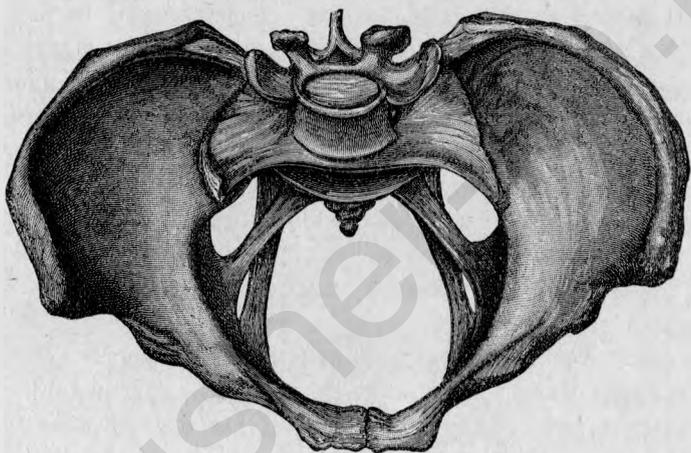
Въ тазу имѣются три уже названныхъ сустава, resp. - полусустава: сзади оба крыла крестцовой кости связаны съ подвздошной костью въ *Superficies auricularis*, спереди лобковыя кости своей встрѣчей образуютъ лонное сочленение, *Symphysis*. Эти суставы имѣютъ тонкую волокнисто-хрящевую оболочку, синовиальную капсулу и содержатъ немного синовиальной жидкости. Хотя составныя части сустава и имѣются на лицо, однако, связки, которыя соединяютъ кости между собой мѣшаютъ ихъ подвижности. Тѣмъ не менѣе, доказано, что во время беременности существуетъ нѣкоторая, хотя и ничтожная, подвижность въ этихъ полусуставахъ, вѣрнѣе, усиливается ничтожная физиологическая подвижность. Такъ, напр., при спокойномъ положеніи таза и свисаніи нижнихъ конечностей, лонное сочленение нѣсколько растягивается. Какъ ни минимально это растяженіе

связокъ, тѣмъ же менѣе доказано, что благодаря ему увеличиваются размѣры таза, слѣдовательно родовые пути становятся просторнѣе.

Связки таза особенно крѣпки и сильны. Сзади крѣпкая связочная масса, *ligamenta sacroiliaca* (крестцово подвздошныя связки) соединяють заднюю, выдающуюся надъ крестцомъ, часть подвздошной кости отъ *spina ilei posterior superior* до *inferior* съ боковыми краями крестца. Точно такъ же и вверху, спереди и внизу крѣпкія связочныя массы покрываютъ сочлененіе.

Копчикъ также связанъ съ верхушкой крестца при помощи крѣпкой связочной массы.

Встрѣчающіяся въ лонномъ сочлененіи нисходящія вѣтви лобковыхъ костей прочно прикрѣплены другъ къ другу при помощи заостренного у нижняго края *Ligamentum arcuatum* и связочныхъ массъ,



2

Ligamenta tuberoso- и spino-sacra.

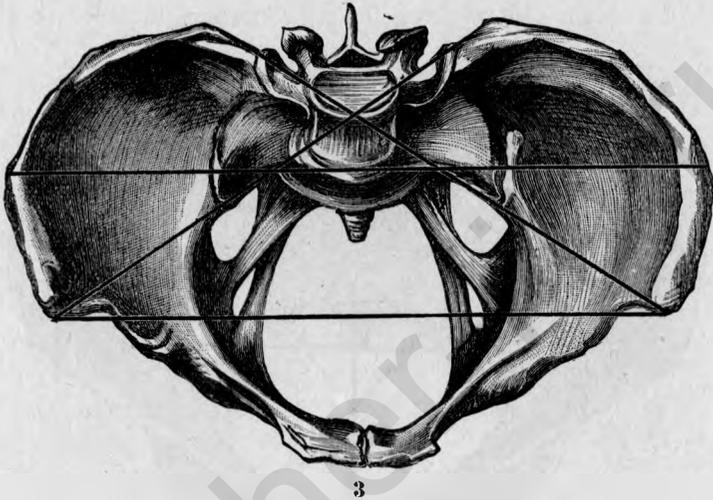
проходящихъ по лонному сочлененію со всѣхъ остальныхъ сторонъ, въ особенности вверху. Нижнее отверстіе таза замыкается съ боковъ связочнымъ аппаратомъ, идущимъ отъ сѣдалищной ости и сѣдалищнаго бугра къ крестцу: *Ligamenta spino* и *tuberoso-sacra*. Они крѣпки и неподдатливы и придаютъ выходу таза круглую форму ср. рис. 2.

Съ акушерской точки зрѣнія тазъ дѣлится на большой тазъ, надъ безымѣнной линіей, которая видна на рис. 2 въ видѣ границы входа таза, и на малый тазъ, подъ безымѣнной линіей, вглубь котораго можно заглянуть на рисунокѣ.

Въ большомъ тазу слѣдуетъ различать 4 размѣра или разстоянія. Ср. рис. 3. Разстояніе между передними, верхними остями обѣихъ сторонъ: *Distantia spinarum*—26 сант. и самое большое разстояніе между гребешками одной и другой стороны: *Distantia crista-*

rum — 29 сант. Далѣе, два косыхъ размѣра отъ Spina ilei posterior одной стороны къ Spina ilei anterior superior другой стороны.

Эти 4 размѣра обозначены линіями на рис. 3. Если длина ихъ соотвѣтствуетъ обычной величинѣ, то мы имѣемъ дѣло съ нормальнымъ тазомъ. Если разстоянія меньше, или же ихъ взаимное соотношеніе неправильно, то мы заключаемъ на основаніи цифръ, полученныхъ благодаря измѣренію, о наличности неправильнаго т. е. сѣуженнаго таза.



Четыре размѣра таза въ большомъ тазу.

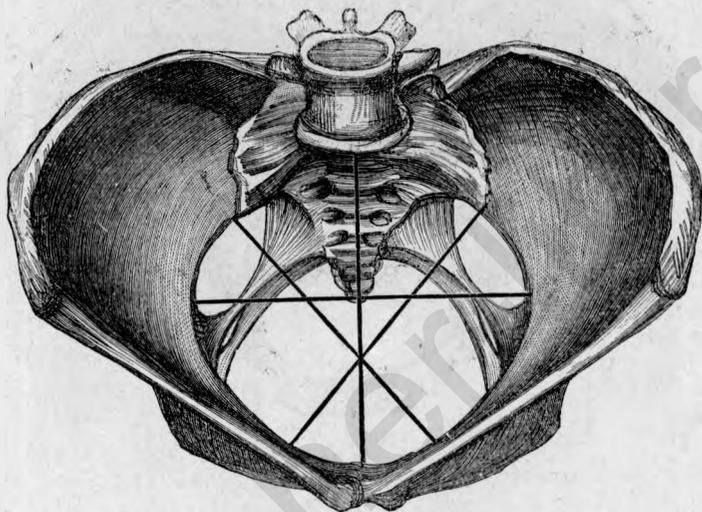
Самымъ важнымъ наружнымъ размѣромъ является такъ — называемая *Conjugata externa*, размѣръ *Baudelocque'a* отъ остистаго отростка послѣдняго поясничнаго позвонка къ переднему верхнему краю лоннаго сочлененія: 20 сант. Онъ соотвѣтствуетъ прямому размѣру входа въ тазъ. Въ виду того, что послѣдній недоступенъ измѣренію обычными средствами врача, о длинѣ внутренней конюгаты судятъ по длинѣ наружной, устанавливаемой благодаря измѣренію, причемъ изъ нея вычитаютъ 9 сант.

Подъ безымѣнной линіей и мысомъ помѣщается малый тазъ, или полость таза. Граница между большимъ и малымъ тазомъ чрезвычайно важна въ акушерскомъ отношеніи. Съ цѣлью описать ея форму, мы ее характеризуемъ четырьмя размѣрами, изображенными на рис. 4.

Самое важное значеніе имѣетъ прямой размѣръ, отъ мыса къ верхнему краю лоннаго сочлененія (*Conjugata*), 11 сант., во-вторыхъ поперечный размѣръ, самое большое разстояніе входа въ тазъ съ одной стороны къ другой, 13,5 сант., и, наконецъ, два косыхъ размѣра,

отъ точки пересѣченія крыла крестцовой кости безыменной линіей къ *Tuberculum ileo-pectineum* спереди.

Полость таза мы дѣлимъ на различныя отдѣлы. Ср. рис. 5. Въ виду вертикальной вогнутости крестца и довольно прямолинейнаго направленія задней поверхности лоннаго сочлененія, линія проведенная по направленію кпереди отъ самаго глубокаго мѣста крестцовой впадины на мѣстѣ встрѣчи второго и третьяго крестцоваго позвонка, должно быть длинѣе, чѣмъ *Conjugata*, — прямой размѣръ входа въ тазъ. Ширина таза здѣсь, слѣдовательно, наибольшая, почему этой линіей



4

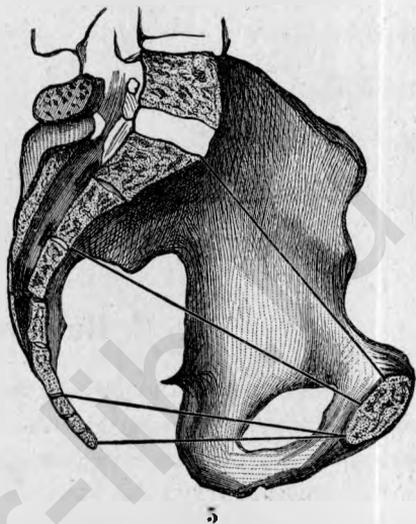
Размѣръ малаго таза: входа въ тазъ.

обозначается самая широкая часть полости таза (*Beckenweite*), 12,5 сант. Ниже этой линіи крестецъ снова перегибается своей верхушкой кпереди, такъ что разстояніе спереди назадъ опять уменьшается и равняется 11 сант. Эта линія обозначаетъ узкую часть полости таза (*Beckenenge*). Еще болѣе книзу линія, проведенная отъ верхушки копчика кпереди, обозначаетъ выходъ таза. Это линія имѣетъ различную длину, въ зависимости отъ того, имѣетъ ли копчикъ нормальное положеніе, или же нѣсколько отклоненъ къзади, отъ 11 до 12,5 сант. Полость таза суживается нѣсколько воронкообразно, такъ что во входѣ таза поперечный размѣръ равенъ 13,5 сант. въ широкой части полости таза — 12,5 сант. и въ узкой части полости таза, отъ одного сѣдалищнаго бугра къ другому, — 11 сант.

Плоскости этихъ размѣровъ получили названіе плоскостей входа, широкой части, узкой части полости таза и выхода таза.

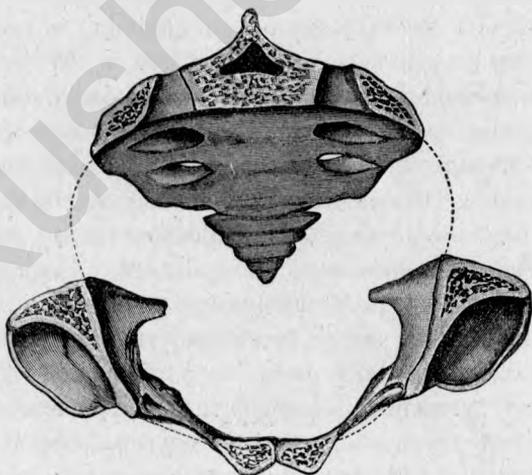
Наибольшее сопротивленіе прохожденію плода во время родовъ оказываетъ входъ въ тазъ, такъ какъ онъ со всѣхъ сторонъ ограниченъ костью. Наибольшей ширины тазъ достигаетъ въ широкой части полости таза (Beckenweite). Здѣсь косые размѣры уже не имѣютъ значенія, такъ какъ ихъ задніе концы лежатъ въ большой сѣдалищной вырѣзкѣ. Слѣдовательно, широкая часть полости таза имѣетъ только прямой и поперечный размѣры.

Ниже широкой части полости таза, на уровнѣ которой тазъ распилень на рис. 6, также имѣются лишь два размѣра. Въ виду своего нѣсколько воронкообразнаго суженія по направленію книзу, тазъ образуетъ здѣсь почти кругъ между правымъ и лѣвымъ сѣдалищнымъ бугромъ, лоннымъ сочлененіемъ и верхушкой крестца. У выхода таза постояннымъ является лишь разстояніе отъ одного сѣдалищ-



5

Сверху внизъ: прямой размѣръ входа, широкой части таза, узкой части таза, выхода.



6

Тазъ распиленный на уровнѣ широкой части.

наго бугра къ другому, поперечный размѣръ, между тѣмъ какъ прямой размѣръ измѣнчивъ, въ силу подвижности копчика, и колеблется между 11 и 13 сант.

Измѣренія таза легче всего запоминаются по небольшой таблицѣ:

	Прямой размѣръ.	Поперечный размѣръ.	Косой размѣръ.
Входъ таза	11	13,5	12,5
Широкая часть полости таза . .	12,5	12,5	12,5
Узкая часть полости таза	11	11	—
Выходъ таза	11—12,5	—	—

Наклоненіе таза.

При стоячемъ положеніи женщины, вертлужныя впадины обращены прямо книзу. Поэтому, чтобы узнать, какъ лежалъ тазъ у живой женщины въ стоячемъ положеніи, слѣдуетъ его держать такимъ образомъ, чтобы вертлужныя впадины смотрѣли прямо внизъ. Тогда верхній передній край таза стоитъ приблизительно на 7—8 сант. ниже мыса. Горизонтальная линія, проведенная отъ мыса кпереди, образуетъ уголъ съ линіей, соединяющей мысъ съ верхнимъ краемъ лоннаго сочлененія, съ конъюгатой. Слѣдовательно, тазъ наклоненъ спереди книзу, и уголъ, образуемый двумя описанными линіями, есть уголъ наклоненія. Его величина колеблется между 40 и 60°. Чѣмъ сильнѣе выражены обѣ фізіологическія кривизны позвоночника, въ особенности чѣмъ больше поясничный отдѣлъ позвоночника и вмѣстѣ съ нимъ мысъ наклонены кпереди, напр., при рахитическомъ тазѣ, тѣмъ ниже стоитъ лонное сочлененіе, тѣмъ больше уголъ наклоненія таза, тѣмъ сильнѣе наклоненіе таза. Оно измѣняется въ зависимости отъ различныхъ положеній нижнихъ конечностей. Тяжесть беременной матки въ послѣдніе періоды беременности оттясняетъ передній край таза книзу, такъ что во время беременности наклоненіе таза усиливается. Точно такъ же наклоненіе таза увеличивается до 100° при сильномъ поворотѣ нижнихъ конечностей внутрь или кнаружи и при прижиманіи колѣнъ другъ къ другу. Съ другой стороны, можно сильно уменьшить наклоненіе таза при сильномъ наклоненіи туловища впередъ при незначительномъ поворотѣ внутрь умѣренно разведенныхъ бедеръ. Въ лежачемъ положеніи женщина можетъ уменьшить наклоненіе таза при помощи произвольнаго сгибанія позвоночника, образованія кифоза, напр., при сильномъ натягиваніи поясовъ, прикрѣпленныхъ въ ногахъ къ кровати, и при упираніи ногами.

Проводная лінія.

Если соединить при помощи лінії срединныя точки всѣхъ прямыхъ размѣровъ таза, то получится такъ называемая проводная лінія или ось таза. Мы пользуемся этой лініей, съ цѣлью, напр., установить во время родовъ, что извѣстная точка черепа находится либо на проводной лінії, либо направо, либо налево отъ нея.

ВТОРАЯ ГЛАВА.

Мягкія части таза.

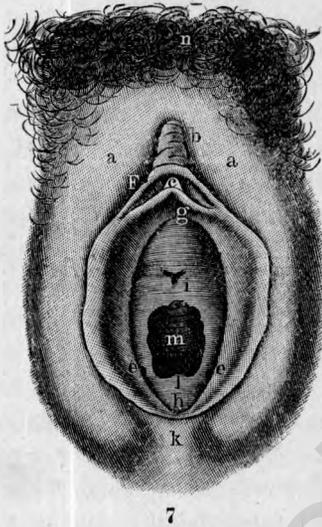
Полость таза заключаетъ въ себѣ женскіе половые органы. Они состоятъ изъ наружныхъ половыхъ частей, влагалища, матки, яичниковъ и трубъ. Далѣе, слѣдуетъ еще упомянуть о пузырьѣ и прямой кишкѣ, мускулатурѣ полости таза, сосудахъ и нервахъ. Само собой понятно, лишь въ той мѣрѣ, въ какой они имѣютъ спеціальное значеніе при родовспоможеніи.

У наружныхъ половыхъ частей, подъ покрытой волосами Mons Veneris, съ правой и лѣвой стороны расположены большія половыя губы, соединенныя сзади уздечкой, которая при поперечномъ натяженіи принимаетъ видъ связки, позади нея находится Fossa navicularis (ладьевидная ямка).

У беременныхъ, особенно у повторно-беременныхъ вены большихъ половыхъ губъ расширяются въ большія варикозныя утолщенія. Валики и бугры, синевато и черновато окрашенные, четкообразно выдаются надъ окружающимъ уровнемъ. На внутренней поверхности большихъ половыхъ губъ расположены маленькія тонкія кожныя складки, большей частью слегка влажныя, усаженныя маленькими салными железками, которыя отсутствуютъ у новорожденныхъ и старухъ. Во время беременности железы выступаютъ надъ поверхностью. Спереди малыя половыя губы дѣлятся на двѣ пары ножекъ изъ которыхъ верхнія образуютъ Praeputium clitoridis (крайнюю плотъ клитора), а нижніе направляются къ клитору, въ видѣ Crura clitoridis (ножекъ клитора). Эта область какъ внѣ беременности такъ въ особенности во время нея очень богата кровью. Здѣсь проходитъ много мелкихъ артерій, пораненіе которыхъ подаетъ поводъ къ сильному кровотеченію, иногда даже къ смертельному.

Между крайней плотью и ножками клитора у неопятныхъ беременныхъ можно видѣть толстыя корки желтовато бѣлой смегмы, которая должна быть тщательно удалена при обмываніи половыхъ

частей передъ родами. Подъ клиторомъ находится отверстіе мочеиспускательнаго канала и за нимъ выступъ мочеиспускательнаго канала, который выступаетъ во время беременности на подобіе опухоли и можетъ имѣть синеvато-черный цвѣтъ. Въ случаѣ катетеризаціи безъ обмыванія, катетеромъ легко можно вдвинуть грязь съ окружающихъ частей въ мочеиспускательный каналъ и въ пузырь. При этомъ наступаетъ зараженіе содержимаго мочевого пузыря и развивается воспаление его, въ особенности, если катетеризація производилась нѣсколько грубо, съ пораненіемъ мочеиспускательнаго канала.



Наружные половые органы (схематично): а) большая половая губа, б) Praeputium clitoridis (крайняя плоть клитора), в) Клиторъ, подъ нимъ съ обѣихъ сторонъ малыя половыя губы, е) отверстія выводныхъ протоковъ Бартолиновыхъ желѣзъ, f) Верхніе концы малыхъ половыхъ губъ, сливающихся у Praeputium clitoridis, g) Scura clitoridis, также исходящая изъ верхняго конца малыхъ половыхъ губъ, h) Задняя снѣжка, i) отверстіе мочеиспускательнаго канала, k) Fossa navicularis, l) Нymen, m) Introitus vaginae n) Mons Veneris.

Влагалище отдѣляется дѣвственной плевой. Какъ слѣдствіе нарушенія дѣвственности, обыкновенно бываютъ ясно видны 2 или 3 радіальныхъ надрыва, идущихъ въ косвенномъ направленіи отъ верхняго края кнаружи. Однако, въ случаѣ небольшой вышины дѣвственной плевы и рѣдкихъ осторожныхъ совокупленій, дѣвственная плева можетъ также оказаться ненарушенной. И даже при полной сохранности большой дѣвственной плевы возможно зачатіе, благодаря тому, что сѣмя извергается изъ отверстія мужскаго мочеиспускательнаго канала прямо во влагалище, даже безъ введенія полового члена. Случаи большой ненарушенной дѣвственной плевы у беременныхъ совершенно не рѣдки.

У рожавшей женщины, дѣвственная плева по большей части разрушается. На томъ мѣстѣ, гдѣ помѣщается дѣвственная плева, видны лишь нѣсколько лоскутковъ и возвышеній: Carunculae myrtiformes (миртовидные сосочки). Въ случаѣ необходимости установить, въ

качествѣ судебнаго врача, имѣли ли мѣсто своевременные роды, подобное состояніе дѣвственной плевы можетъ послужить самымъ вѣрнымъ признакомъ. По направленію кверху отъ дѣвственной плевы, почти параллельно крестцовой впадинѣ, идетъ влагалище. Его стѣнки внизу толще, чѣмъ вверху, въ особенности спереди, выступъ мочеиспускательнаго канала, набухая вслѣдствіе гиперэміи во время беременности, выдается въ половую щель даже у нерожавшихъ. На разрѣзѣ онъ представляетъ

почти пещеристое строение. Онъ пронизанъ множествомъ расширенныхъ сосудовъ.

У повторнородящихъ, съ незажившими разрывами промежности, *Columna rugarum anterior* и *posterior* часто свисаютъ до половой щели въ видѣ *Prolapsus* или *Descensus vaginae* (выпаденія или опущенія влагалища). Верхняя часть влагалища просторна и растяжима, такъ что въ ней легко можно обвести пальцемъ влагалищную часть шейки матки.

Во время беременности влагалище чрезвычайно богато кровью. Нанесеніе даже небольшихъ пораненій, напр., удаленіе изъ влагалища кисты или острыхъ кондиломъ, представляется опаснымъ. Лишь самымъ тщательнымъ образомъ наложенный шовъ въ состояніи остановить эти кровотечения. Стѣнки влагалища настолько мягки, что при грубомъ изслѣдованіи пальцами или инструментомъ легко получаютъ разрывы и сильныя кровотечения. Влагалище прикрѣпляется вверху къ влагалищной части шейки матки, образуя позади ея просторный задній и впереди ея—передній сводъ влагалища.

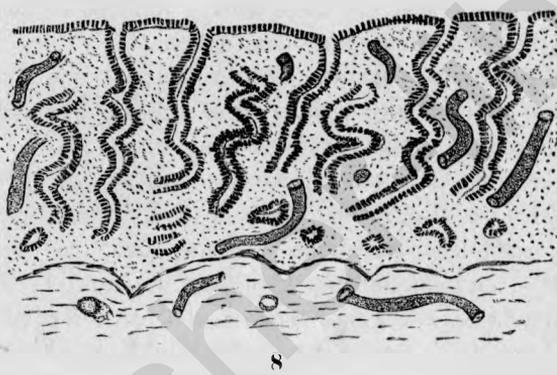
Мы различаемъ въ маткѣ *Corpus uteri* (тѣло матки) и *Cervix* (шейку), нижній конецъ которой, *Portio vaginalis* (влагалищная часть) вдается во влагалище. Мускулатура матки состоитъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и такимъ образомъ распределена, что образуетъ надъ дномъ какъ-бы чехоль, который, будучи крѣпко связанъ съ брюшиной, переходитъ въ маточныя связки, сообщая имъ мышечную основу. Средній, сильно переплетенный слой наиболѣе богатъ кровью. Во время беременности сосуды настолько увеличиваются, что слои могутъ быть разложены на отдѣльныя пластинки, раздѣленныя щелевидными кровеносными полостями. Подслизистый слой образуетъ кольцевидныя наслоенія вокругъ отверстій трубъ а также внутренняго и наружнаго маточнаго зѣва. Наружный маточный зѣвъ представляетъ собой поперечную щель, длиной приблизительно въ 1 сант., часто онъ бываетъ меньше, или же совершенно круглъ, на подобіе булавочной головки. Черезъ наружный маточный зѣвъ открывается доступъ въ полость шейки, цервикальный каналъ, который у беременныхъ наполненъ тягучей, стекловидной слизистой пробкой. У рожавшихъ маточный зѣвъ шире—и зияетъ. У повторно-беременныхъ легко можно ввести палецъ въ наружный маточный зѣвъ. Часто также шейка разрывается во время родовъ съ одной, или съ обѣихъ сторонъ, такъ что влагалищная часть ея обнаруживаетъ разрывъ на одной сторонѣ, или же раздѣлена на переднюю и заднюю губу маточнаго зѣва.

У внутренняго маточнаго зѣва начинается *Cavum uteri* (полость матки), трехъ-угольная, передняя и задняя стѣнки которой прилегаютъ другъ къ другу. Вверху, съ правой и лѣвой стороны, находятся отвер-

стія трубъ, отъ которыхъ направляется кнаружи и въ стороны, межуточная часть трубъ. Эти отверстія очень малы и не могутъ быть зондированы со стороны матки.

Въ то время, какъ цервикальный каналъ имѣетъ вѣтвящіяся на подобіе оленьихъ роговъ железы, железы полости матки, выстланной мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, трубчаты и, самое большее, вилообразно раздѣлены въ глубинѣ. Железы штопорообразно направляются вглубь. Околожелезистая соединительная ткань мягка и состоитъ изъ снабженныхъ нитевидными отростками круглыхъ соединительно-тканыхъ клѣтокъ, которыя во время беременности, рѣзко увеличиваясь переходятъ въ такъ-называемыя децидуальныя клѣтки.

Граница слизистой оболочки не представляетъ собой прямой линіи. То здѣсь, то тамъ слѣпой конецъ железы вмѣстѣ съ околожелезистой тканью вѣдряется въ мышечный слой.



Слизистая оболочка матки,верху желѣзы, внизу мускулатура съ сосудами.

Богатство кровью слизистой оболочки очень значительно. По Leopold'у въ нее входитъ больше артерій, чѣмъ восходитъ вень, такъ что, въ случаѣ гиперэміи, должно наступить кровотеченіе.

Брюшина совершенно покрываетъ переднюю и заднюю поверхность матки. Тамъ, гдѣ влагалище прикрѣпляется сзади къ маткѣ, она переходитъ на заднюю стѣнку влагалища, въ видѣ передняго листка Дугласова пространства. Спереди брюшина переходитъ на пузырь, приблизительно на томъ уровнѣ, гдѣ въ маткѣ находится внутренній маточный зѣвъ. Передній и задній брюшинный покровъ образуютъ Ligamenta lata (широкія связки), оставляя матку у боковыхъ краевъ и направляясь вмѣстѣ кнаружи и кзади. Оба листка этой связки сверху оставляютъ между собой пространство, въ которомъ Arteria spermatica и сопровождающія ее вены направляются къ яичнику, трубѣ и верхнему углу матки. Изъ этого бокового маточнаго угла выходятъ четыре образованія: толстая, здѣсь кругловатая, широкая

связка, связка яичника, труба и круглая связка. (*Ligamentum rotundum*) Въ беременной маткѣ въ послѣдніе періоды беременности мѣста перехода этихъ связокъ на маткѣ раздвигаются и снова сближаются послѣ ея обратнаго развитія. Далѣе кнаружи листки широкой связки плотно срощены другъ съ другомъ. Внизу передній листокъ широкой связки удаляется отъ задняго, такъ что получается трехъугольное пространство параметрій. Оно ограничено: сверху расходящимися листками широкой связки, свнутри шейкой матки, снизу влагалищемъ. Въ этомъ пространствѣ направляются вверхъ подходящія къ маткѣ вѣтвящіяся *Art. uterinae*, которыя происходятъ отъ *Art. hypogastricae*. Онѣ вступаютъ въ матку нѣсколько выше того мѣста, гдѣ внутри находится внутренній маточный зѣвъ. Нѣкоторыя вѣтви, одну изъ которыхъ при кровотеченіи принимаютъ за самую *art. uterina*, проникаютъ глубже въ шейку, или въ стѣнку влагалища. Рыхлая клѣтчатка параметрія сообщается съ клѣтчаткой подсерознаго слоя, а отсюда съ клѣтчаткой между пузыремъ и маткой, между маткой и прямой кишкой, въ крестцовой впадинѣ и впереди пузыря, надъ Пупартовой связкой. Даже до окологпочечной клѣтчатки можетъ распространиться идущій въ ней восходящій воспалительный процессъ.

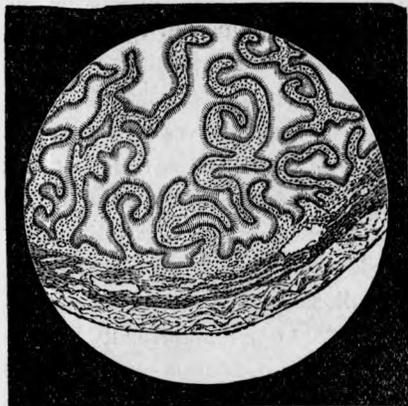
Влагалищныя вѣтви *Art. uterinae* также увеличиваются въ толщинѣ во время беременности и достигаютъ размѣровъ *Art. uterinae* внѣ беременности. Если во время родовъ шейка разрывается сбоку и если разрывъ продолжается въ параметрій, то можетъ наступить смертельное кровотеченіе изъ разорваннаго *Ramus vaginalis art. uterinae*,

Возлѣ артеріи проходятъ вены, которыя чрезъ *Vena Hypogastrica*, *Піаса*, *Vena cava* и сердце несутъ къ легкимъ матери венозную кровь, кислородъ которой былъ подвезенъ плоду. Эти вены представляютъ собой не отдѣльные сосуды, а широкія, дряблыя, множественно аностомозирующія между собой венозныя сплетенія, заложенныя какъ между листками широкихъ связокъ, такъ и между листками *Mesosalpin*, *Mesovarium* и въ *Parametrium*. Если въ соединительной ткани, окружающей эти сплетенія, развивается инфекціонный послѣродовой воспалительный процессъ, то онъ легко можетъ распространиться на сплетенія, слѣдствіемъ этого является перифлебитъ, тромбозъ, флебитъ, эндофлебитъ, піэмія.

Какъ выше замѣчено у угловъ матки подвѣшены придатки: трубы и яичники.

Труба, начало которой, въ видѣ узкой межучточной части, пронизываетъ стѣнки матки, имѣетъ извилистый ходъ. На трупахъ родильницъ у нихъ часто обнаруживается совершенно прямолинейный ходъ. Просвѣтъ увеличивается по направленію кнаружи, такъ что послѣдній широкій

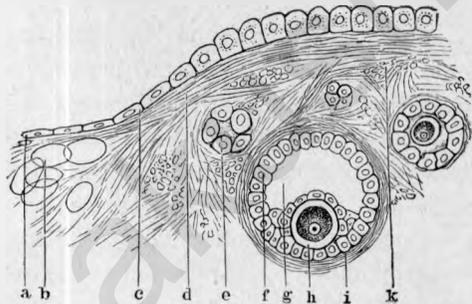
отдѣль носить названіе ампуллы. Она выстлана сидящей на древо-видныхъ выступахъ и валикахъ слизистой оболочкой съ мерцательнымъ эпителиемъ, движущимся по направленію къ полости матки. Кольцевидная мускулатура составляетъ главную составную часть трубы. Надъ ней находится тонкій продольный мышечный слой, а надъ нимъ брюшина.



9

Труба, сверху вверхъ: эндотелій брюшины, продольный слой (Muscularis), круговой слой, слизистая оболочка, покрытая цилиндрическимъ эпителиемъ, образующая порсинки.

зародышевымъ эпителиемъ, граница котораго съ брюшиной, въ видѣ такъ-называемой линіи Fagré, видна также макроскопически.



10

Яичникъ (схематично). а Низкій эпителий брюшины. в жировыя клѣтки въ брюшинѣ, с переходъ отъ эпителия брюшины къ зародышевому эпителию яичника, d плотная соединительная ткань, такъ-наз. Albuginea, e неарѣлый фолликулъ, f эпителий Графова фолликула Membrana granulosa g Liqueur folliculi, h яйцо лежащее въ Sinulus proligerus, nasлоеніи эпителия Графова фолликула Zona pellucida, желтокъ. Vesicula и macula germinaliva, i Theca folliculi, k соединительная ткань яичника, иродольныя и поперечныя волокна.

Труба оканчивается у Morsus diaboli, у брюшиннаго отверстия трубы, которое окружено ворсинчатыми, также покрытыми мерцательнымъ эпителиемъ фимбріями. Токомъ вызваннымъ движеніемъ мерцательнаго эпителия яйцо, выходящее изъ яичника, вовлекается въ трубу и затѣмъ продвигается въ матку, благодаря ли перистальтикѣ, или же мерцанію эпителия.

Яичникъ соединяется при помощи Ligamentum ovarii (связки яичника) съ угломъ матки, а при помощи Mesovarium, складки брюшины, — съ задней поверхностью широкой связки. Онъ покрытъ низкимъ

Подъ зародышевымъ эпителиемъ лежитъ корковый слой, толщиной въ 2—3 мм. Уже чрезъ поверхностные слои видны фолликулы, изъ которыхъ болѣе крупныя называются Граафовыми фолликулами. Они лежатъ поверхностно. Внутренній отдѣль яичника — это мозговой слой, въ которой входитъ питающая артерія, происходящая изъ Art. spermatica.

Зародышевый эпителий, вдающийся у плода въ строму яичника въ видѣ крупныхъ отростковъ, Pflüger'овскихъ ходовъ, образуетъ

при помощи отшнуровыванія фолликулярныя и яйцевыя клѣтки, такъ-называемыя примордіальные фолликулы. По Waldeyer'у ихъ имѣется

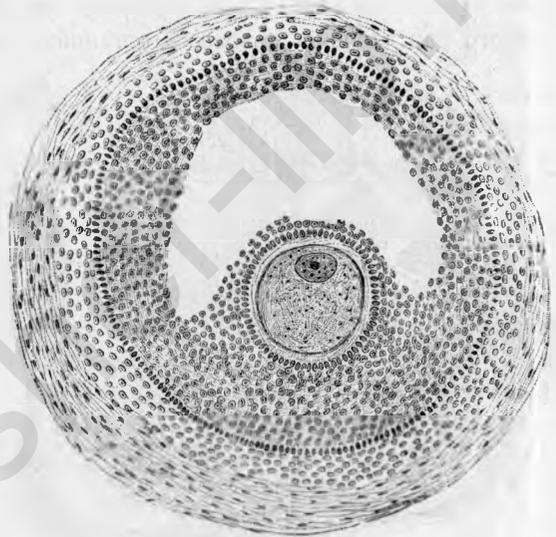
приблизительно 100,000, налицо уже у новорожденной дѣвочки. Ко времени половой зрѣлости изъ нихъ развиваются такъ-называемые Граафовы фолликулы. Если считать 14 менструацій resp. овуляцій на каждый годъ, въ общемъ 35 лѣтъ родовой функціи и нѣкоторое число овуляцій въ промежутки между менструаціями то окажется что женщина выдѣляетъ самое большее, 600 зрѣлыхъ яицъ. Сначала яйцо окружено постепенно размножающимся фолликулярнымъ эпителиемъ. Въ этомъ эпителии образуется полость, которая, наполняясь серозной жидкостью, превращаетъ фолликулъ въ небольшую кисту, Граафовъ фолликулъ выпячивается. Увеличивающійся фолликулъ на поверхности яичника образуетъ здѣсь просвѣчивающуюся кисту въ 0,4—1,0 сант., въ видѣ большаго свѣтлаго вздутія.

Итакъ, зрѣлый фолликулъ представляетъ собой кисту со свободной полостью, въ которую вдается *Cumulus proligerus* съ противоположной отъ поверхности стороны. Къ яйцу, выступающему наружу послѣ раскрытія фолликула, прикрѣплены клѣтки выстилающаго яйцо, клѣточного слоя, клѣтки *Membranae granulosae*.

Фолликулъ окруженъ *Theca folliculi*. Лопнувшій фолликулъ развивается въ *Corpus luteum* (желтое тѣло), которое немногимъ больше фолликула. Если же яйцо подверглось оплодотворенію, то *Corpus luteum*, въ данномъ случаѣ получающее названіе *verum*, достигаетъ величины почти выши.

Со времени прекращенія менструацій до старческаго возраста яичникъ подвергается сморщиванію. Онъ становится плотнымъ, неподатливымъ, маленькимъ, покрытъ рубцами и втяженіями, фолликулы и строма исчезаютъ.

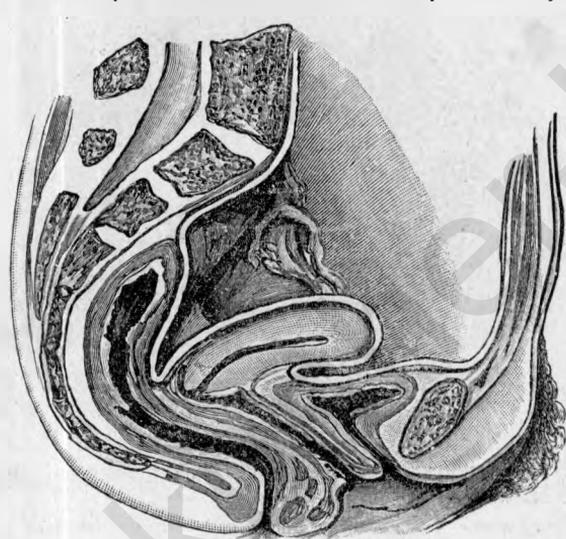
Яичники и трубы такъ, приблизительно, расположены на задней поверхности небеременной матки, что отверстія концовъ трубъ обращенныя къ средней линіи, находятся на небольшомъ разстояніи другъ отъ друга. Въ виду этого, яйцо изъ одного яичника легко можетъ



11
Изображеніе фолликула по микроскопическому препарату.
Отдѣльныя части, какъ на рис. 10.

проникнуть до трубнаго отверстия другой стороны, гесп. въ кругъ дѣйствія мерцательнаго эпителия другой стороны, а отсюда въ трубу: наружное передвиженіе яйца.

Flexura sigmoidea толстыхъ кишекъ, въ опорожненномъ состояніи, часто западаетъ въ глубь Дугласова пространства. Опорожненная прямая кишка лежитъ въ крестцовой впадинѣ, позади матки и влагалища. При сильномъ наполненіи, она отодвигаетъ матку кпереди и кверху. При этомъ матка устанавливается приблизительно по оси таза и, будучи теперь наклонена кзади, не образуетъ уже прямого, или острого угла съ влагалищемъ. Вслѣдствіе этого, матка, ось которой совпадаетъ, при сильномъ наполненіи прямой кишки, съ осью влагалища, можетъ опуститься внизъ внутри влагалища. Этотъ процессъ особенно легко можетъ имѣть мѣсто во время послѣродоваго періода, въ виду общаго расслабленія тазовыхъ органовъ, увеличенія и тяжести матки.



12

Сангальный разрѣзъ черезъ тазовые органы женщины.

и пузырь даетъ, слѣдовательно, изображенную на рис. 12 картину.

Для большей ясности, брюшина изображено на рисункѣ въ видѣ толстой бѣлой черты, начинаясь у мыса и переходя на прямую кишку, Дугласово пространство, матку и пузырь.

Пузырь плотно связанъ съ влагалищемъ и очень рыхло — съ маткой. Будучи опорожненъ, онъ нѣсколько отходитъ отъ матки кпереди. Въ наполненномъ состояніи, онъ нѣсколько приподнимаетъ тѣло матки кверху, отодвигается, однако, и самъ въ силу своихъ очень тонкихъ стѣнокъ, въ сторону и впереди отъ матки кверху. Онъ также выпячиваетъ переднюю влагалищную стѣнку во влагалище.

Разрѣзъ таза при опорожненномъ кишечникѣ

Мышцы таза.

Изъ внутреннихъ мышцъ таза раньше всего слѣдуетъ принять во вниманіе подвздошныя мышцы, *Ileopsoas*, *Obturatorius* и *Piriformis*.

Онѣ измѣняютъ родовой каналъ лишь несущественнымъ образомъ и не оказываютъ вліянія на теченіе родовъ. (Sellheim). Хотя *Leopsoas* уменьшаетъ нѣсколько поперечные размѣры, но какъ разъ поперечный размѣръ имѣетъ длину 13,5 сант., такъ что этой мышцей не создается препятствія для прохожденія головки. Благодаря пояснично-подвздошнымъ мышцамъ, входъ таза приобретаетъ трехъугольную форму, и косые размѣры являются наибольшими. *Obturatorius* (запирательная мышца) имѣетъ по Sellheim'у въ томъ мѣстѣ, гдѣ костная стѣнка больше всего вдается внутрь въ вертлужной области, лишь 3 мм. толщины. Главная масса мышцы можетъ уклониться отъ головки въ *Foramen obturatorium*. Еще меньшее значеніе имѣетъ *Piriformis*, который лежатъ позади *Plexus sacralis*, не можетъ быть достигнуть головкой.

Мышцы дна таза образуютъ вмѣстѣ съ фасціями прикрѣпленную къ тазовой стѣнкѣ воронку, которая прободена мочеиспускательнымъ каналомъ, влагалищемъ и прямой кишкой. Въ этой мышечной массѣ, замыкающей тазъ, принимаютъ участіе *Levator ani*, *m. pubo-coccygeus*, *m. rectalis*, *m. ileo-* и *ischio-coccygeus*, подъ ними *m. compressor urethrae*, *m. transversus perinei profundus*, *m. bulbocavernosus* (*Constrictor cunni*), *Sphincter ani externus* и *m. transversus perinei superficialis*.

Эти мышцы также не измѣняютъ въ значительной степени полости таза. Онѣ растягиваются въ значительной мѣрѣ во время прохожденія головки. По тщательнымъ изслѣдованіямъ Sellheim'a, разстояніе отъ верхушки копчика до задней спайки наружныхъ половыхъ частей равняется 6—8 сант. При наибольшемъ растяженіи во время прохожденія головки чрезъ половую щель это разстояніе составляетъ 14—16 сант., слѣдовательно, въ среднемъ вдвое больше!

ТРЕТЬЯ ГЛАВА.

Тазъ новорожденнаго, ростъ и развитіе таза.

Тазъ новорожденнаго представляетъ существенныя отличія отъ таза взрослога челоуѣка. Половыя различія хотя имѣются налицо, но не такъ выражены, какъ въ тазу взрослога. Мужской тазъ выше, женскій ниже и шире. Поперечный размѣръ входа въ женскомъ тазу уже у новорожденныхъ больше, чѣмъ въ мужскомъ. Лонная дуга у мальчиковъ острѣе. Опытный, знающій анатомію акушеръ можетъ распознать полъ при тщательномъ изученіи таза доношеннаго ребенка.

Тазъ новорожденнаго представляетъ слѣдующіе характерныя признаки: поясничная кривизна хотя имѣется налицо, но менѣе выражена,

чѣмъ въ послѣдствіи. Въ виду того, что вертикальная вогнутость крестца выражена также только въ слабой степени, передняя его поверхность имѣетъ почти прямолинейное направленіе сверху внизъ. Область мыса — мѣсто соединенія послѣдняго поясничнаго позвонка съ первымъ крестцовымъ позвонкомъ — стоитъ относительно высоко надъ входомъ таза. Крылья крестца, связанныя съ крестцомъ хрящевой еще массой, сравнительно меньше, чѣмъ въ тазу женщины. Онѣ не обладаютъ еще горизонтальной вогнутостью. Верхушка копчика еще мало отклонена къ полости таза. Въ большомъ тазу больше всего бросается въ глаза то обстоятельство, что подвздошныя кости имѣютъ нескладную форму, направлены болѣе отвѣсно вверхъ и лишены вогнутости. Сообразно этому и *Crista ilei* имѣетъ болѣе прямолинейное направленіе.

Множество труда и остроумія употреблено на то, чтобы установить, какимъ образомъ изъ таза новорожденной образуется тазъ взрослой женщины. Слѣдовало бы предположить, что это легко поддается изученію, если взять одинъ или нѣсколько тазовъ изъ каждаго года жизни и прослѣдить, такимъ образомъ, всѣ фазы. Къ сожалѣнію, мы не располагаемъ еще подобнымъ трудомъ, основаннымъ на достаточномъ количествѣ матерьяла. Если этотъ путь, такимъ образомъ, закрыть, то все-таки предприняты попытки освѣтить этотъ вопросъ болѣе умозрительнымъ путемъ, на основаніи аналогій и сравненій. Зная начало, конецъ и силы дѣйствующія на тазъ, изучили его генезисъ.

А ригіи само собою понятно, что только механическія причины обуславливаютъ особенность роста, ибо и то, что прежде называли «имманентнымъ направленіемъ движенія, или роста», находитъ себѣ механическое объясненіе съ точки зрѣнія современной механики развитія.

Вполнѣ понятно, что тяжесть туловища сверху и давленіе со стороны нижнихъ конечностей снизу вліяютъ на тазъ въ смыслѣ измѣненія его формы. Я не вижу причинъ, по которымъ въ настоящее время считается ошибочнымъ пользованіе патологическимъ тазомъ для объясненія физиологическихъ процессовъ. Если особенныя измѣненія совершаются при особенно мягкихъ и очень гибкихъ костяхъ и тазѣ, то при менѣе гибкихъ костяхъ эти измѣненія должны выступить хотя, въ менѣе сильной, но все же отчетливой формѣ.

Силы, вліяющія на форму таза, слѣдующія:

Давленіе тяжести туловища. Подъ вліяніемъ тяжести туловища физиологическіе кифозы и лордозы позвоночника постепенно усиливаются. Спина изгибается кзади, поясничный лордозъ компенсаторно кпереди. Чѣмъ больше развивается поясничный лордозъ, тѣмъ ниже опускается мысь и тѣмъ болѣе образуетъ выступъ. При этомъ крестецъ, слѣдуя тяжести туловища, дѣлаетъ своимъ основаніемъ

поворотъ вокругъ поперечной оси. Онъ опускается ниже между подвздошными костями и такъ поворачивается, что его верхняя поверхность, основаніе, образуетъ все большій и большій уголъ съ горизонталью.

Задняя поверхность крестца соединена при помощи плотной связочной массы съ *Spina ilei posterior superior*. Въ случаѣ опусканія крестца глубже въ тазъ и такого же поворота основанія книзу должно наступить растяженіе этихъ связокъ. Онѣ бы сблизили *Spinae posteriores superiores* и вывернули бы безъимѣнные кости кнаружи, если бы послѣднія были крѣпко соединены въ лонномъ сочлененіи и если бы бедра не оказывали противодѣйствія на боковыя части таза. И то и другое имѣетъ мѣсто при физиологическихъ состояніяхъ. Въ виду того, что безъимѣнные гесп. лобковыя кости спереди крѣпко соединены въ лонномъ сочлененіи и боковыя части таза въ своемъ движеніи кнаружи встрѣчаютъ препятствіе со стороны давленія бедеръ, поперечный размѣръ увеличивается и длина конъюгаты уменьшается. Слѣдовательно, если въ тазу плода конъюгата была лишь немногимъ меньше поперечнаго размѣра, то подъ вліяніемъ тяжести туловища должны сложиться такія соотношенія, что у взрослыхъ конъюгата становится сравнительно короче, а поперечный размѣръ — длиннѣе.

Съ другой стороны, при отсутствіи въ тазу, при двухстороннемъ вывихѣ бедра, всякаго воздѣйствія со стороны бедеръ, поперечный размѣръ все увеличивается, а прямой укорачивается. И при отсутствіи лоннаго сочлененія въ расщепленномъ тазу, безъимѣнные кости отгибаются кнаружи, оставляя спереди большую щель отъ 8 до 10 сант.

Въ виду того, что крѣпкая связочная масса, идущая отъ задней крестцовой поверхности къ подвздошной кости, къ *Spina posterior superior* и *inferior* не прижимаетъ особенно сильно заднюю поверхность *Superficies auricularis*, послѣдняя, будучи мало сдавливаема крыломъ крестцовой кости, можетъ расширяться по мѣрѣ своего роста. Въ силу этого, крыло увеличивается, а вмѣстѣ съ нимъ и поперечное разстояніе.

При сидѣніи производится давленіе на копчикъ гесп. на нижній конецъ крестца, а также на *Tubera ischii*. Сообразно направленію этихъ костей, верхушка крестца оттѣсняется кнутри, а сѣдалищный бугоръ — кнаружи. Такимъ образомъ создается вертикальная вогнутость крестца и постепенно расширяющаяся женская лонная дуга.

При ростѣ таза важная роль принадлежитъ и относительному кровенаполненію въ женскомъ тазу. При отсутствіи женскихъ внутреннихъ половыхъ органовъ, тазъ также часто бываетъ малъ и недоразвитъ. Это объясняется не тѣмъ, что центробѣжное давленіе вслѣдствіе увеличенія лежащихъ въ полости таза половыхъ органовъ,

будто, способствуетъ раздвиганію стѣнокъ таза. Отъ этого давленія мягкія части могли бы уклониться по направленію вверхъ и внизъ, оно не оказывало бы вліянія на кость. Скорѣе слѣдуетъ допустить, что сильный приливъ крови, необходимый для построенія и развитія половыхъ органовъ, используется и сосѣдными костями. И въ случаѣ отсутствія половыхъ органовъ, кость плохо питается и плохо развивается. Такъ мы, напр., видимъ что, при одностороннемъ вывихѣ таза, или же при излеченномъ въ ранней юности коксалгическомъ тазѣ, на сторонѣ недоразвитой конечности кости таза также остаются нѣжными и тонкими. Въ такихъ случаяхъ, типичныя питательныя отверстія (Foramina nutritiva) совершенно отсутствуютъ на недоразвитой сторонѣ, или же поразительно малы.

Интересно, что точныя измѣренія таза новорожденныхъ обнаруживаютъ весьма различную величину и форму его. Если даже поперечный размѣръ, въ общемъ, длиннѣе чѣмъ конъюгата, то все таки имѣются также тазы съ обратными отношеніями этихъ размѣровъ. Во всякомъ случаѣ, встрѣчаются индивидуальныя особенности развитія.

Важно также развитіе кости изъ точекъ окостенѣнія, которыхъ въ общемъ имѣется 1500, въ тазу же около 40. Онѣ встрѣчаются не вполнѣ правильно. Въ виду того, что окостенѣніе завершается вполнѣ лишь на 26-мъ году жизни, отсутствіе какой либо точки окостенѣнія герсп. обусловленная имъ мягкость и податливость участка кости можетъ оказать вліяніе на ростъ и форму таза.

ЧЕТВЕРТАЯ ГЛАВА.

Менструація и овуляція.

Внѣшнимъ признакомъ половой зрѣлости дѣвочки служитъ менструація. Въ нашемъ климатѣ она наступаетъ на 12—15-мъ году и прекращается на 48—52 году. Встрѣчаются исключенія. Бываютъ случаи такъ-называемой Menstruatio praecox (преждевременной менструаціи). Однако, въ большинствѣ случаевъ эти дѣти представляютъ патологическія отклоненія и въ другихъ отношеніяхъ. 9-й и 10-й годъ жизни является самымъ раннимъ срокомъ наступленія беременности у здоровыхъ дѣвочекъ. Точно такъ же менструація въ рѣдкихъ случаяхъ только продолжается отъ наличности патологическихъ условій до среды 6-го десятка, а прекращается по большей части незадолго до или послѣ 50-го года жизни.

Промежутки между двумя менструациями длятся 20—30 дней, въ среднемъ 28 дней. Кровотеченію предшествуетъ постепенно усиливающееся набуханіе всѣхъ внутреннихъ половыхъ органовъ, въ особенности слизистой оболочки матки. Будучи во время своего наименьшаго набуханія толщиною приблизительно въ 0,2 сант. она при менструаціи достигаетъ до 0,5 сант., даже до 1 сант., въ среднемъ до 0,7 сант. Затѣмъ наступаютъ многочисленныя кровоизліянія *per gñexin* изъ расширенныхъ сосудовъ въ подэпителиальный слой. Вслѣдствіе этого, эпителий мѣстами отслоивается, такъ что микроскопически слизистая оболочка имѣетъ разѣденный видъ. Мускулатура, повидимому, сокращается и расслабляется попеременно, вслѣдствіе чего происходятъ тянущія боли. Эпителий перерождается жирно не первично, но вторично, послѣ отслойки. По прекращеніи кровотеченій, большая часть эпителиального покрова снова прилегаетъ къ поверхности и сохраняется. Кровоизліяніе происходитъ только въ полости матки. Слизистая оболочка шейки, обыкновенно, не кровоточитъ.

Одновременное набуханіе яичниковъ во время менструацій доказано на непосредственно прошупываемыхъ яичникахъ, заложенныхъ въ грыжевомъ мѣшкѣ, прямо подъ кожей. Утверждаютъ даже, что въ одномъ увеличенномъ яичникѣ прошупывался зрѣлый фолликулъ, который лопнулъ подъ вліяніемъ надавливанія.

Въ общемъ, женщина вырабатываетъ около 600 яицъ. Независимо отъ выработки яицъ, яичники выдѣляютъ еще вещества, находящіяся въ извѣстныхъ отношеніяхъ воздѣйствія на общее состояніе организма. Это доказывается такъ-называемыми явленіями выпаденія, наблюдающимися послѣ удаленія яичниковъ у молодыхъ особъ. Какъ духъ, такъ и тѣло страдаютъ при выпаденіи этой секреціи. Бросается также въ глаза отложеніе жира и накопленіе климактерическихъ разстройствъ послѣ кастраціи.

Ко времени наступленія менструацій, можетъ быть еще до нея изъ яичниковъ выдѣляются яйца, и тогда наступленіе беременности становится возможнымъ.

На существованіе связи между менструаціей и овуляціей указываетъ одновременное ихъ наступленіе, а главнымъ образомъ одновременное прекращеніе, какъ физиологически, такъ и при патологическихъ состояніяхъ. Неменструировавшая женщина, обыкновенно не беременѣетъ. Но случается, что у дѣвушки наступаетъ беременность какъ разъ къ тому времени, когда должна-была начаться менструація, такъ что беременность наступаетъ, между тѣмъ какъ менструаціи не было. То же самое возможно и послѣ родовъ. Такъ, я зналъ женщину, котарая родила 6 дѣтей, не имѣя менструацій въ промежуткахъ. Она была сильно изумлена, когда затѣмъ дѣло снова дошло до менструацій,

такъ какъ она предполагала, что въ супружествѣ уже не бываетъ менструацій.

Послѣ кастраціи — удаленія яичниковъ — менструація прекращается и матка атрофируется, ея слизистая оболочка истончается и лишается железистыхъ элементовъ. Движеніе мерцательнаго эпителия какъ въ маткѣ, такъ и въ трубахъ прекращается. Яичники, остающіеся послѣ удаленія матки, могутъ, функционировать какъ внутренней секреціей, такъ и выработкой и выдѣленіемъ яицъ. Наблюдалось оплодотвореніе послѣ удаленія матки, оно должно было, естественнымъ образомъ, привести къ внѣматочной беременности. Однако вскорѣ яичники подвергаются атрофіи и сморщиванію, въ чемъ неоднократно приходилось убѣждаться при вторичныхъ чревосѣченіяхъ послѣ полной экстирпаціи матки.

Итакъ, должна существовать причинная связь между менструаціей и овуляціей. Для объясненія ея Pflüger выставилъ законъ, который втеченіе многихъ десятилѣтій считался вѣрнымъ, не подвергаясь оспариванію, и даже въ настоящее время многими признается вѣрнымъ: что набуханіе, созрѣваніе Граафова фолликула раздражаетъ нервы яичника. Что слѣдствіемъ этого раздраженія является рефлекторный приливъ крови къ женскимъ половымъ органамъ, который ведетъ какъ къ лопанію фолликула, овуляціи, такъ и къ гиперэміи и кровотеченію въ слизистой оболочкѣ матки, менструаціи. Я не могу, подобно нѣкоторымъ авторамъ отвергнуть новѣйшее объясненіе Born'a и L. Fraenkel'я. По Born'у и Fraenkel'ю, Corpus luteum представляетъ собой железу съ внутренней секреціей, не только по своей формѣ, но и по своему значенію. «Менструація имѣетъ своей причиной секреторную дѣятельность Corporis lutei. Оно обусловливаетъ періодическую, чрезъ четыре недѣли, гиперэмію матки, которая ведетъ либо къ беременности, либо къ менструаціи». Независимо отъ доказательныхъ опытовъ на животныхъ за мнѣніе Born'a говоритъ то обстоятельство, что, въ случаѣ удаленія во время беременности обоихъ перерожденныхъ въ опухоль яичниковъ, плодъ погибаетъ и что выкидышъ наступаетъ также каждый разъ, когда corpus luteum graviditatis находится случайно въ удаленномъ кистовидно перерожденномъ яичникѣ. По L. Fraenkel'ю секретъ железы — corporis lutei — облегчаетъ прикрѣпленіе и дальнѣйшее развитіе яйца, подобно тому, какъ у небеременныхъ онъ вызываетъ гиперэмію, ведущую къ менструаціи. Какимъ образомъ менструація и овуляція совпадаютъ въ времени, согласно этому воззрѣнію — это подлежитъ еще выясненію.

Какъ только яйца выталкиваются изъ фолликуловъ, поступаютъ въ трубы и матку, наступленіе беременности становится возможнымъ, такъ что дѣти, рано начавшія менструировать, могутъ также рано за-

беременѣтъ. Самая ранняя удостовѣренная беременность наблюдалась въ нашемъ климатѣ на 9-мъ году жизни, самая поздняя, будто, имѣла мѣсто на 62-мъ году жизни. Шгобак наблюдалъ роды на 55-мъ году жизни. Случаи забеременѣнія дѣтей на 13-мъ году жизни нерѣдки. Почти ежегодно въ моей клиникѣ бывали случаи родовъ у 14-лѣтнихъ дѣвочекъ. Если столь ранняя беременность, къ счастью, представляетъ, въ общемъ, исключеніе, то это обусловливается нашими упорядоченными соціальными условіями, а не бесплодіемъ молодыхъ дѣвушекъ.

Вопросъ о томъ, имѣетъ ли овуляція мѣсто лишь одновременно съ менструаціей, или же также независимо отъ нея, рѣшенъ въ томъ смыслѣ, что яйца выталкиваются и внѣ менструаціи. У особенно плодовитыхъ женщинъ имѣется много Граафовыхъ фолликуловъ, изъ которыхъ одинъ-другой можетъ лопнуть и въ межменструальное время. Слѣдовательно, менструація представляетъ собой второстепенное сопровождающее явленіе, овуляція имѣетъ главное значеніе. И даже невозможно съ точностью доказать, что овуляція и менструація правильно совпадаютъ вполне во времени.

Послѣ выхожденія яйца изъ яичника, наступаетъ кровоизліяніе въ полость фолликула. Имѣетъ ли это постоянно мѣсто и всегда ли одинаково велико количество крови — неизвѣстно. Въ фолликулѣ остается *membrana granulosa* (зернистая оболочка), и только небольшая часть ея прикрѣпляется къ выходящему яйцу. Клѣтки остающагося эпителія увеличиваются въ 8—10 разъ въ размѣрахъ, становятся эпителиодными, многоугольными и окрашиваются въ желтый цвѣтъ (лутеиновыя клѣтки). Онѣ заполняютъ фолликулъ, въ значительной степени увеличиваютъ его и замыкаютъ собой мѣсто разрыва. Между ними разрастается соединительная ткань внутренняго слоя *Theca folliculi* въ которой встрѣчаются блуждающія и гигантскія клѣтки. Въ эту массу, заполняющую фолликулъ, врастаютъ также петли капилляровъ. Въ этомъ состояніи Граафовъ фолликулъ называется во время беременности *Corpus luteum verum* (истиннымъ желтымъ тѣломъ). Постепенно содержимое фолликула подвергается рубцеванію, пигментъ исчезаетъ, остается нѣжный соединительно-тканый рубецъ: *Corpus albicans*.

Подъ вліяніемъ гипереміи во время беременности, процессъ образования желтаго тѣла идетъ очень интенсивно. Къ 4 мѣсяцамъ оно вырастаетъ въ круглое тѣло, свыше вишни величиной, выступающее надъ поверхностью яичника, красновато-золотистожелтаго цвѣта. Впослѣдствіи оно подвергается обратному развитію. Однако, при вскрытіи родильницы всегда еще можно обнаружить желтое тѣло того фолликула, изъ котораго происходитъ оплодотворенное яйцо.

Если беременность не наступает, то *Corpus luteum* называемое въ такомъ случаѣ *sprium* (ложнымъ), уменьшается и быстрѣе исчезаетъ. Однако, бываютъ и переходы. Такъ, при очень богатыхъ кровью мѣмахъ, также при очень богатой кровью маткѣ можно открыть желтыя тѣла величиной съ желтое тѣло во время беременности. Внѣшняго анатомически обнаруживаемаго отличія не существуетъ. Разница между истиннымъ и ложнымъ желтыми тѣлами лишь количественная, что также говоритъ за справедливость взгляда Ворг'а.

ПЯТАЯ ГЛАВА.

Беременность.

Оплодотвореніе.

Если послѣ плодотворнаго совокупленія яйцо (ср. стр. 15 рис. 11) оплодотворяется сѣменной нитью, то наступаетъ беременность.

Изъ многихъ миллионовъ сѣменныхъ нитей, которыя извергаются во влагалище во время совокупленія и двигаются по всѣмъ направленіямъ, нѣкоторыя попадаютъ противъ тока мерцающаго по направленію кнаружи эпителія, въ матку и въ трубу, можетъ быть даже каждый разъ вплоть до яичника. Сѣменные нити двигаются приблизительно со скоростью 2 мм. въ минуту, въ силу этого имъ нужны самое большее 4 часа, чтобы пройти отъ зѣва матки до бахромчатаго края трубы. Уже спустя 30 минутъ послѣ совокупленія находили сѣмя въ полости матки. Слѣдовательно, мѣстомъ оплодотворенія можетъ быть и матка, и труба и даже яичникъ, если яйцо не можетъ быстро выступить чрезъ слишкомъ малое мѣсто разрыва въ Граафовомъ фолликулѣ. Возможность всего этого доказываютъ различныя мѣстонахожденія внѣ маточной беременности.

Большинство авторовъ считаютъ мѣстомъ оплодотворенія мѣсто между яичникомъ и трубой *гесп.* ампулу трубы, гдѣ, вѣроятно, происходитъ встрѣча яйца съ сѣмянной нитью. Сѣмянные нити отличаются необыкновенной жизнеспособностью, проникнувъ въ матку, онѣ измѣняютъ лишь свое мѣстопребываніе, но не физиологическія условія своего существованія. Въ маткѣ и въ яичникѣ онѣ живутъ при той же температурѣ и въ той же питательной жидкости, какъ и въ яичкѣ. Вслѣдствіе этого, онѣ сохраняютъ свою жизнеспособность и въ половыхъ частяхъ женщины въ теченіе долгаго времени, до 3-хъ недѣль, можетъ быть и дольше, такъ что мыслимо, чтобы оплодотвореніе произошло лишь спустя 3 недѣли послѣ совокупленія. Сколько времени,

въ дѣйствительности, требуется сѣменнымъ нитямъ для прохожденія ихъ пути по трубѣ, — это у человѣка еще точно не извѣстно. У животныхъ немного часовъ, у человѣка, обыкновенно, вѣроятно часовъ двѣнадцать, или больше.

Выступившее изъ фолликула яйцо не имѣетъ активнаго движенія, на пути къ маткѣ оно двигается лишь пассивно. Въ водоворотъ, который образуется у бахромчатаго края трубы въ жидкости брюшины, благодаря мерцательному эпителию бахромчатаго края и канала трубы, яйцо, какъ бы, всасывается и препровождается дальше. Мускулатура трубы, которая производитъ въ ней перистальтическія движенія, продвигаетъ яйцо дальше къ полости матки. Время, въ которомъ нуждается яйцо для своего прохожденія чрезъ трубу, у человѣка не установлено. Однако, на основаніи того, что маточный отдѣлъ трубы имѣетъ въ поперечникѣ лишь 2—3 мм., а оплодотворенное яйцо, спустя 8 дней, — 3—6 мм., слѣдуетъ предполагать, что, обыкновенно, яйцо располагаетъ не больше 6, самое большее 8-ми днями для прохожденія чрезъ трубу.

Человѣческое яйцо, клѣтка, происходящая изъ Граафова фолликула, состоитъ изъ зародышеваго пятна (*Macula germinativa*), лежащаго въ зародышевомъ пузырькѣ (*Vesicula germinativa*), изъ желтка (*Vitellus*), окруженнаго яйцевой оболочкой (*Sona pellucida*) ср. стр. 15 рис. 11.

Какимъ образомъ человѣческое яйцо оставляетъ фолликулъ этого, хотя, не наблюдали, однако, по наблюдающемуся часто мѣсту разрыва можно заключить, что благодаря увеличенію количества фолликулярной жидкости гесп. давленію внутри фолликула, фолликулъ въ концѣ концовъ лопається. Можетъ быть, напряженіе при совокупленіи, механически способствуетъ лопанью фолликула, или же наступаетъ увеличеніе количества жидкости подѣ влияніемъ гиперэміи, вслѣдствіе полового возбужденія.

Относительно того какъ процессъ оплодотворенія протекаетъ морфологически у человѣка, не имѣется наблюденій. Однако, по всей вѣроятности, у человѣка, какъ и у животныхъ, въ яйцо проникаетъ одна сѣменная нить, соединяется съ клѣточнымъ ядромъ яйца, такъ что происходитъ матерьяльное соединеніе зачатковыхъ веществъ.

Послѣ оплодотворенія яйца, наступаетъ дробленіе, дѣленіе клѣтокъ, дальнѣйшее развитіе въ плодъ.

Внѣдреніе яйца.

Оплодотворенное яйцо, около 1 мм. въ поперечникѣ, проникаетъ въ полость матки, слизистая оболочка котораго эдемаатозно разрывается уже во время прохожденія яйца чрезъ трубу и, благодаря этому, подготовлена къ имплантациіи яйца. Даже при внѣдреніи яйца внѣ матки, слизистая оболочка послѣдней разрастается.

Яйцо не ложится на покрытую эпителиемъ слизистую оболочку, а проникаетъ, можетъ быть, подъ давленіемъ противоположной стѣнки матки, вглубь, «подобно тому, какъ дробинка вталкивается въ мягкій песокъ» (Pfannenstiel). Допустимо также, что яйцо обладаетъ свойствомъ разѣдать, растворять маточный эпителий и, такимъ образомъ, вырывать себѣ гнѣздо. Въ глубинѣ слизистой оболочки, подъэпителиально раздвигая железы въ стороны, яйцо прорастаетъ дальше въ компактной части слизистой оболочки матки, превращающейся въ децидуальную оболочку. Въ глубинѣ надъ мѣстомъ входа яйца resp. надъ яйцомъ находится, согласно новѣйшимъ наблюденіямъ, кровяная пробка, которая вполсѣдствіи организуется.

Если принять во вниманіе, что не дни, а можетъ быть, лишь часы измѣняютъ соотношенія между яйцомъ и слизистой оболочкой матки, что одно какое либо состояніе остается неизмѣннымъ лишь втеченіе короткаго времени, что моментъ оплодотворенія, слѣдовательно, возрастъ яйца почти всегда ускользаетъ отъ нашихъ свѣдѣній, то становится яснымъ, что относительно человѣка имѣется лишь мало случайнаго матерьяла, и то не свободнаго отъ возраженій. Къ сожалѣнію, никогда не возможно опровергнуть возраженія относительно того, что случайная счастливая находка и та можетъ представлять собой явленіе патологическое, и что факты, добытые на животныхъ, не могутъ быть безъ дальнѣйшаго перенесены на человѣка. Въ виду этого, самая ранняя стадія развитія и имплантациі яйца понынѣ еще служатъ предметомъ различнаго толкованія и различной оцѣнки.

Однако, одно можно считать вѣрно установленнымъ — что яйцо разсасываетъ эпителий матки на мѣстѣ соприкосновенія и погружается въ подъэпителиальную, отчетно размягченную ткань, можетъ быть, въ лимфатическую щель. Надъ яйцомъ образуется по направленію къ полости, матки покровы благодаря разрастанію вокругъ яйца межжелезистой ткани слизистой оболочки матки. Въ этомъ разрастаніи ткани resp. инкапсуляциі эпителий матки и железы принимаетъ только пассивное участіе. По мѣрѣ своего роста, яйцо раздвигаетъ тканевые элементы слизистой оболочки матки—расщепляетъ децидуальную оболочку, — такъ что часть децидуальной оболочки располагается надъ, а часть — подъ его экваторомъ. Надъ экваторомъ лежитъ Decidua capsularis, прежде называемая *reflexa*, подъ нимъ — *Decidua basalis*, прежняя *serotina*, остальная децидуально измѣненная часть слизистой оболочки матки называется *Decidua vera* (истинной отпадающей оболочкой).

Decidua.

(Отпадающая оболочка).

Decidua издавна обозначали специфически измененную во время беременности слизистую оболочку матки. Ее разделяют, какъ сказано выше, на три части. Во-первыхъ, на decidua basalis (serotina) (запоздалую отпадающую оболочку), которая лежитъ непосредственно подъ яйцомъ, на decidua capsularis (reflexa) заворачивающуюся отпадающую оболочку, которая осумковываетъ яйцо, и, слѣдовательно, лежитъ надъ нимъ, и остальную часть слизистой оболочки: decidua vera (истинная отпадающая оболочка).

Измѣненія децидуальной оболочки во время беременности частью механическія, частью органическія, частью дегенеративныя, частью продуктивныя.

Механически decidua capsularis постепенно истончается, благодаря растяженію, производимому растущимъ яйцомъ. Въ концѣ концовъ, она плотно прилегаетъ къ противолежащей истинной отпадающей оболочкѣ и перерождается въ фибринъ подъ вліяніемъ коагуляціоннаго некроза къ тому времени, когда яйцо совершенно заполняетъ матку. Уже на 3-мъ и 4-мъ мѣсяцѣ невозможно отличить нѣкоторые тканевые элементы въ decidua capsularis между тѣмъ, какъ въ первыя недѣли можно еще ясно обнаружить съ периферіи дугообразно переходящія на яйцо, расположенныя тангениально железы и кровеносные сосуды, точно такъ же подвергающіеся перерожденію. На зрѣломъ яйцѣ обнаружить decidua capsularis уже невозможно.

Decidua basalis имѣетъ, подобно decidua vera верхній компактный и нижній спонгиозный слой. Въ первомъ изъ нихъ вѣдряется яйцо, оно, какъ бы, расщепляетъ его, такъ что подъ яйцомъ еще находится часть компактнаго слоя. Онъ погибаетъ вслѣдствіе сжатія лимфатическихъ сосудовъ растущимъ яйцомъ, подъ вліяніемъ коагуляціоннаго некроза, подвергаясь фибринозному перерожденію. Болѣе податливая губчатая часть въ глубинѣ сохраняется дольше. И въ самыхъ глубокихъ ея частяхъ ткань и железы даже совершенно сохраняются, такъ что, исходя изъ ея эпителиальныхъ элементовъ, маточный эпителий можетъ вновь образоваться впослѣдствіи, во время послѣродоваго періода.

Продуктивныя измѣненія въ decidua basalis заключаются, главнымъ образомъ, въ образованіе кровяныхъ пространствъ, въ которые погружаются ворсинки хоріона и изъ которыхъ яйцо воспринимаетъ вещества, необходимыя для питанія и роста.

Decidua vera представляетъ собой гипертрофирующуюся до 4-го мѣсяца беременности слизистую оболочку матки. Всѣ составныя части слизистой оболочки, за исключеніемъ поверхностнаго эпителия, прини-

мають участіє въ этой гипертрофіи. Железы приобрѣтають извилистый ходъ, расширяются и даютъ въ глубинѣ боковыя выпячиванія, между тѣмъ, какъ въ верхнемъ слоѣ онѣ подвергаются скорѣе пассивному растяженію. Благодаря этому, слизистая оболочка становится губчатой въ глубинѣ, въ верхнемъ же слоѣ она остается плотной (спонгиозный и компактный слой). Поверхностный эпителий исчезаетъ на 7—8й недѣлѣ. Въ железахъ губчатого слоя эпителий становится болѣе низкимъ, кубическимъ. И здѣсь онъ перерождается, resp. частью исчезаетъ, такъ что въ прежнее время железистыя щели принимали за щели лимфатическія. Однако, почти всегда можно видѣть, то тамъ, то здѣсь, большій или меньшій рядъ эпителиальныхъ клѣтокъ, хотя и измѣненныхъ въ своей формѣ, уплощенныхъ, прикрѣпленныхъ, или свободно лежащихъ въ просвѣтѣ железы.

Круглыя маленькія соединительно-тканныя клѣтки межжелезистой ткани очень значительно увеличиваются во время беременности. Онѣ становятся многоугольными, имѣють большія ядра и ясно выраженные отростки, ихъ форма становится «эпителиальной», онѣ превращаются въ типичныя децидуальныя клѣтки. Въ компактномъ слоѣ эти клѣтки меньшей величины, болѣе округлой формы и болѣе плотно прилегають другъ къ другу. И здѣсь клѣтки исчезаютъ подъ вліяніемъ коагуляціоннаго некроза, по мѣрѣ развитія беременности. Однако, въ глубинѣ, вплотную къ мускулатурѣ, и даже простираясь въ нее, концевые отдѣлы железъ и железистыя щели сохраняють свой эпителий. Исходя изъ этихъ эпителиальныхъ элементовъ, начинается послѣродовая регенерація слизистой оболочки.

Ростъ яйца, водная оболочка, ворсистая оболочка, послѣдъ.

Помѣщающееся въ decidua basalis, сначала эллиптическое, впоследствии шарообразное, лишенное еще ворсинокъ яйцо быстро растетъ. Лежащій въ яйцѣ зародышевый зачатокъ, окруженный водной оболочкой соединяется съ ворсистой оболочкой съ помощью брюшнаго стебля или стебля прикрѣпленія, главной составной частью будущей пуповины, въ томъ мѣстѣ гдѣ яйцо прилежитъ decidua basalis.

Водная оболочка окружаетъ зачатокъ зародыша уже на третьей недѣлѣ. Благодаря скопленію амниотической жидкости, она увеличивается, прилегаеть къ ворсистой оболочкѣ и переходитъ, послѣ смыканія брюшной полости, на пупочный канатикъ. Желточный мѣшокъ постепенно оттѣсняется. Желточный протокъ сдавливается и частью исчезаетъ. Однако, даже у доношеннаго плода часто удается найти между водной и ворсистой оболочкой «пупочный пузырекъ», желточный

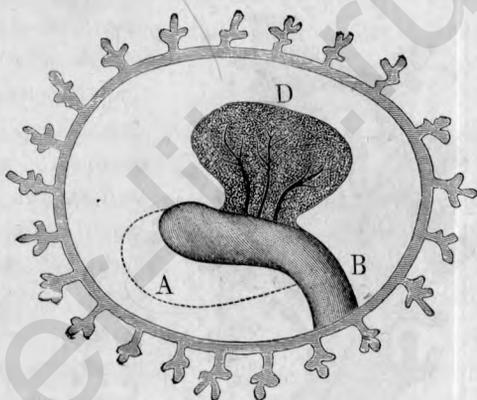
мѣшокъ въ видѣ небольшой, величиной съ чечевицу, желтоватой пластинки, тканевые элементы которой уже не могутъ быть дифференцированы подъ микроскопомъ.

Водная оболочка состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани и покрыта на обращенной къ ея полости сторонѣ очень неправильной формы эпителиемъ, уплощеннымъ и растянутымъ подъ влияніемъ нарастающаго давленія со стороны содержимаго.



13

Схема яйца въ маткѣ съ тремя отпадающими оболочками и послѣдомъ.



14

Зародышъ, окруженный ворсистой оболочкой D желточный пузырь. B Брюшной стебель. A Водная об.

Пупочный канатикъ образуется изъ брюшного стебля, къ которому прилегаютъ желточный протокъ и аллантаисъ, окруженные «амниотическимъ влагалищемъ». Слѣдовательно, въ пуповинѣ мы находимъ протокъ аллантаиса, желточный протокъ, соединившіяся въ одинъ сосудъ двѣ пупочныя вены и двѣ артеріи, окруженные студенисто-волокнистой тканью — Вартоновой студенью. Въ видѣ покрова надъ всѣми этими составными частями, канатикъ окруженъ амниотической оболочкой.

Тамъ, гдѣ ворсистая оболочка прилежитъ къ decidua basalis, образуется послѣдъ, середина котораго, мѣсто позднѣйшаго прикрѣпленія пуповины, соответствуетъ мѣсту прикрѣпленія брюшного стебля къ ворсистой оболочкѣ. На брюшной сторонѣ зародыша подвѣшенъ сидящій на широкомъ основаніи желточный мѣшокъ, который къ этому времени значительно больше остальной части зародыша.

Первичныя ворсинки хоріона развиваются, вѣроятно, на второй недѣлѣ по всей поверхности яйца. Ихъ образованіе, вѣроятно, не

правильно, по крайней мѣрѣ различные авторы изображаютъ положеніе ворсинокъ различно, неравномѣрно распредѣленнымъ по поверхности. У основанія, тамъ, гдѣ яйцо прилежитъ къ *decidua basalis*, онѣ должны сильнѣе всего развиваться, потому что туда обильнѣе всего притекаетъ питательный матеріалъ, между тѣмъ, какъ у полюса *deciduae reflexae* развитие ихъ наиболѣе скудное.

Ворсинки уже съ самаго начала обнаруживаютъ вѣтвистость, колбасовидное утолщеніе концовъ и пуговчатые выступы, являющіеся выраженіемъ роста. Тканевые элементы плода матери принимаютъ участіе въ образованіи окружающаго яйцо пояса «зоны трофобласта». Въ ней находятся новообразованные капилляры отпадающей оболочки, мате-



15

Ворсинки.

ринскія кровяныя пространства, которыя подвозятъ яйцу питательный матеріалъ: межворсинчатая пространства. Яйцо лежитъ настолько свободно въ капсулѣ, что при раннемъ выкидышѣ, до 3 недѣль, прямо выпадаетъ изъ нея, однако, при изслѣдованіи подъ микроскопомъ всегда можно открыть обрывки ворсинокъ, часть которыхъ остается прикрѣпленной къ *decidua basalis*. Большинство ворсинокъ свободно плаваютъ въ кровяныхъ пространствахъ, ворсинки же или корешки прикрѣпленія сидятъ крѣпко въ отпадающей оболочкѣ. Вполнѣ развившаяся ворсинка состоитъ сначала изъ слизистой ткани, которая впоследствии превращается въ волокнистую

ткань. Кровь плода чрезъ артерію входитъ въ ворсинку, циркулируетъ по капиллярной сѣти и покидаетъ ворсинку чрезъ вену. Уже на третьей или четвертой недѣлѣ можно обнаружить сосуды. Аллантаоисъ не принимаетъ участія въ образованіи сосудовъ.

Ворсинки имѣютъ двойной покровъ. Въ наружномъ слоѣ имѣется много ядеръ, но отсутствуютъ границы между клѣтками, такъ что этой сплошной ядра-содержащей оболочкѣ дано названіе «Syncytium». Этотъ внѣшній слой образуетъ много снабженныхъ ядрами булавовидныхъ выступовъ, въ которые впоследствии вростають ворсинки хоріона вмѣстѣ съ сосудами. По описанію однихъ авторовъ синцитій представляетъ собой материнскую часть ворсинокъ. Онъ состоитъ изъ эндотелія материнскихъ кровяныхъ пространствъ, который превращается въ синцитіальную оболочку и обростаетъ ворсинки хоріона при образованіи межворсинчатыхъ пространствъ. Онъ обладаетъ высокимъ физиологическимъ значеніемъ ибо, обуславливая обмѣнъ веществъ между

плодомъ и матерью, подвозить плоду питательный материалъ и способствуетъ газообмѣну. Согласно другимъ авторамъ, Syncytium происходитъ изъ элементовъ плода, по мнѣнію третьихъ онъ представляетъ собой видоизмѣненный маточный эпителий. Первый взглядъ, вѣроятно, наиболѣе вѣрный.

Эпителиальный слой подъ синцитіемъ, слой клѣтокъ Langhans'a, ведетъ свое происхождение отъ плода, клѣтки, рѣзко отграниченныя отъ стромы ворсинокъ, прилегаютъ другъ къ другу, въ видѣ правильно расположеннаго эпителия, имѣютъ большія ядра и мало протоплазмы.

Участокъ ворсинокъ хоріона, находящійся надъ decidua basalis, прорастаетъ дальше (Chorion frondosum) и образуетъ послѣдъ, между тѣмъ, какъ ворсинки, находящіяся надъ экваторомъ яйцо подвергаются атрофіи (Chorion laeve). Слѣдовательно хоріонъ раздѣленъ на двѣ части, на chorion frondosum на decidua basalis и chorion laeve — безъ ворсинокъ — resp. съ атрофирующимися исчезающими и исчезнувшими ворсинками, на decidua capsularis. Ворсинки свисаютъ въ материнскія вены, какъ синцитій, такъ и участки ворсинокъ могутъ быть унесены токомъ крови материнскихъ сосудовъ «заносъ ворсинъ» Veit'a.

На третьей и четвертой недѣлѣ въ описанныя межворсинчатая пространства открываются многочисленныя артеріи и вены. Въ послѣднія врастаютъ ворсинки — питающія ворсинки — растягиваютъ ихъ и образуютъ изъ этихъ «исполиски расширенныхъ» капилляровъ вторичныя межворсинчатая пространства развитаго послѣда. Промежуточная ткань превращается въ перегородки. Однако, она не остается совершенно пассивной, ибо наблюдается взаимное проростаніе ворсинокъ хоріона и deciduae basalis, причемъ ворсинки хоріона принимаютъ, конечно, главное участіе въ образованіи послѣда.

Изъ питающихъ ворсинокъ образуются также ворсинки прикрѣпленія. У ихъ конца синцитій исчезаетъ. Слой клѣтокъ Langhans'a становится сначала многослойнымъ и прорастаетъ въ отпадающую оболочку. Впослѣдствіи клѣтки Langhans'a точно такъ же исчезаютъ, такъ что строма ворсинокъ прикрѣпленія непосредственно переходитъ въ ткань отпадающей оболочки. Благодаря этому, происходитъ тѣсное соединеніе между decidua и chorion.

Ворсинки никогда не врастаютъ въ артеріи. Артеріи, окруженныя децидуальной тканью, которая далеко сопровождаетъ ихъ вдоль послѣда, поднимаются вверхъ въ видѣ столбовъ и изливаютъ въ межворсинчатая пространства артеріальную кровь матери. У края яйца, тамъ, гдѣ reflexa еще толста и богата сосудами, ворсинки хоріона точно такъ же прорастаютъ въ децидуальную ткань, которая, разростаясь, образуетъ здѣсь кольцевидную decidua subchorialis.

Постоянный токъ и постоянная смѣна крови въ межворсинчатыхъ пространствахъ являются физиологически необходимыми. Артеріи, проходящія по перегородкамъ и прослойкамъ децидуальной ткани, подвозятъ артеріальную ткань матери въ межворсинчатыя пространства. Черезъ посредство синцитія происходитъ газообмѣнъ и подвозъ питательныхъ веществъ въ ворсинкахъ. Исползованная материнская кровь оттекаетъ по венамъ. Непосредственнаго сообщенія между кровью матери и плода не существуетъ. Растворимыя въ крови вещества переходятъ черезъ синцитій гесп. черезъ ворсинки отъ матери къ плоду. Такъ, іодистый калий, принятый матерью во время родовъ, можетъ быть обнаруженъ послѣ родовъ въ мочѣ. Хлороформъ также проникаетъ въ кругъ кровообращенія плода. При кесаревомъ сѣченіи ребенка находятъ часто въ такомъ состояніи, которое можно объяснить лишь наркозомъ. Точно такъ же дѣйствуетъ на плодъ морфій, употребляемый матерью. Въ виду этого, беременнымъ по справедливости запрещается употребленіе алкоголя.

Насколько мельчайшіе организмы, напр. кокки или туберкулезныя бациллы, въ состояніи проникать сквозь границу между материнской и плодовой частью послѣда, остается еще не выясненнымъ.

Кровь вытекающая при неповрежденной плацентѣ, напр. при *placenta graevi* до родовъ, а также, вытекающая изъ полости мѣшка или послѣда, гесп. покрывающая послѣдъ или выжимающаяся изъ него послѣ родовъ, представляетъ собой, само собой разумѣется, материнскую кровь. Плодъ истекаетъ кровью лишь въ томъ случаѣ, когда нарушено цѣлостъ пуповины или послѣда.

Пуповина.

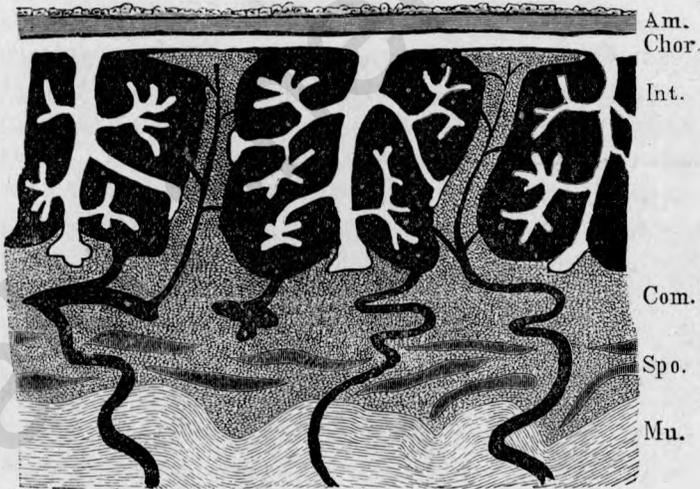
Пуповина около 50 сант. длиной, идетъ отъ пупка плода къ послѣду. Въ большинствѣ случаевъ она прикрѣпляется въ серединѣ, иногда сбоку, въ рѣдкихъ случаяхъ она проходитъ по яйцевымъ оболочкамъ къ краю послѣда (*Insertio velamentosa*). Въ немъ проходятъ три сосуда. Вена, которая доставляетъ изъ дѣтскаго мѣста артеріальную кровь и питательныя вещества, и двѣ артеріи, по которымъ исползованная кровь оттекаетъ отъ плода къ послѣду.

Пуповина вначалѣ отсутствуетъ, она образуется лишь къ времени развитія сосудовъ и постепенно становится длиннѣе. Она большей частью извита влѣво, рѣже вправо. Это спиральное извитіе не нашло еще себѣ неопровержимаго объясненія. Она возникаетъ, якобы, отъ того, что правая артерія, обыкновенно толще. Вена вдвое толще одной изъ артерій, на ней наблюдаются выпячиванія суженія, но она лишена отчетливыхъ клапановъ.

Длина пуповины допускаетъ свободныя движенія плода, безъ перегиба или растяженія. Часто одинъ сосудъ бываетъ, какъ бы, слишкомъ длиненъ, такъ что онъ образуетъ много короткихъ оборотовъ, даже вспять, и затѣмъ, съ образованіемъ петли, — снова впередъ. Благодаря этому, возникаютъ утолщенія — ложные узлы — пуповины. Истинный узелъ образуется въ томъ случаѣ, когда плодъ проскальзываетъ чрезъ петлю, такъ что въ результатѣ на пуповинѣ получается настоящій узелъ. Сосуды заложены въ студенистой ткани — Вартовой студени, питается не чрезъ сосуды, а путемъ осмоса. Кожа плода, прилегающая къ пуповинѣ, богата сосудами. На границѣ между кожей и Вартовой студени пуповина послѣ родовъ отмираетъ. На поперечномъ разрѣзѣ пуповины, у обращеннаго къ плоду конца можно обнаружить подъ микроскопомъ протокъ аллантаиса, въ видѣ тонкаго шнура. Пуповина покрыта водной оболочкой.

Послѣдъ.

Послѣдъ рѣдко помѣщается на днѣ матки, по большей части на передней, или задней стѣнкѣ. Его форма круга, рѣдко неправильна. Она можетъ быть прямоугольной, лентовидной, благодаря



16

Схема послѣда.

Am.: Водная оболочка. Chor.: Ворс. обол. Int.: Межворсинчатая пространства. Com.: Плотная отпад. обол. Spo.: Губчатая отп. оболочка. Mu.: Мускулатуры. Черное: Артеріи и мѣнворсинная пространства. Бѣлое: Ворсины послѣда и ворсины прикрѣпа.

атрофіи отдѣльныхъ котиледоновъ (долекъ) получается раздѣленная плацента. Иногда она бываетъ поразительно мала и толста, будучи хорошо развитой у боковыхъ угловъ, еще рѣже она бываетъ

совершенно тонкой перепончатой. При проведеніи рукой по послѣду часто можно обнаружить известковые конкременты, которые принимались за признаки перезрѣлости плода, на томъ основаніи, что при этомъ плодъ бываетъ особенно великъ. Однако, этотъ признакъ не представляетъ никакого значенія.

Строеніе послѣда до сихъ поръ еще не вполне выяснено, несмотря на множество тщательныхъ изслѣдованій.

Зрѣлый послѣдъ посерединѣ толщиной въ 3—4 сант., уплощается по направленію къ острому краю, большей частью круглой формы, вѣсиль 500 г. На обращенной къ плоду сторонѣ онъ покрытъ ворсистой и водной оболочкой. На поверхности, обращенной къ матери, видно раздѣленіе плаценты на дольки. Мѣстами удается оттянуть пинцетомъ неправильные остатки *deciduae basalis*. Въ борозды открываются межворсинчатая пространства, по которымъ циркулируетъ материнская кровь. По краю находится большой круговой сосудъ, краевой синусъ, который множественно сообщается съ межворсинчатыми синусами. Черезъ него кровь оттекаетъ къ матери.

Околоплодная жидкость.

Въ виду того, что околоплодная жидкость имѣется налицо еще до образованія почекъ, недопустимо, чтобы она происходила исключительно изъ мочи плода. Скорѣе всего она представляетъ трансудатъ собой происходящій изъ кровеносныхъ сосудовъ матери. Во всякомъ случаѣ, осмотическое давленіе, resp. концентрація химическаго раствора можетъ быть выше, чѣмъ въ тканевой жидкости, или крови матери. Въ виду этого, яйцевая полость воспринимаетъ еще сыворотку подъ вліяніемъ осмоса. Количество колеблется къ концу беременности между 250 и 2000 г., удѣльный вѣсъ между 1002—1020. Она содержатъ около 1,0 проц. плотныхъ составныхъ частей, бѣлокъ 0,5—5 на тысячу, различныя соли и постоянно мочевины.

Очень возможно, что околоплодная жидкость предназначена для питанія плода, хотя она и не имѣетъ большаго значенія, въ виду скуднаго содержанія бѣлковыхъ веществъ. За это говоритъ также то обстоятельство, что плодъ несомнѣнно пьетъ околоплодную жидкость, ибо въ кишечномъ трактѣ, въ меконіи, содержимомъ кишечника, находятся многія составныя части слушающейся кожи плода: пушокъ и чешуйки эпидермиса.

Съ другой стороны, нельзя отрицать, что плодъ мочится, ибо способныя функционировать почки имѣются налицо и околоплодная жидкость содержитъ мочевины. То обстоятельство, что, при водянкѣ матери, околоплодная жидкость также можетъ громадно нарос-

тать, говорить за то, что околоплодная жидкость доставляется матерью. Точно такъ же обнаруживали въ околоплодной жидкости, красящія вещества, впрыснутыя въ вены самки, между тѣмъ какъ въ почкахъ и пузырьѣ плода ихъ не удавалось открыть. Случаи развитія большого количества околоплодной жидкости при заболѣваніяхъ плода, напр. печеночныхъ страданіяхъ, указываютъ на то, что плодъ также принимаетъ участіе въ образованіи околоплодной жидкости. Съ другой стороны, несомнѣнно, что химическій составъ *resp.* количественное содержаніе солей и бѣлку измѣнчиво, ибо въ зависимости отъ обуславливаемой осмотическимъ давленіемъ концентраціи происходитъ отдача и поступленіе воды. Поэтому, никогда нельзя сказать, что случайно найденныя химическія соотношенія околоплодной жидкости даютъ указанія относительно постоянства химическаго состава. Между околоплодной жидкостью и тканевой жидкостью матери происходитъ непрерывный обмѣнъ веществъ.

Околоплодная жидкость защищаетъ плодъ отъ поврежденій, ибо она доставляетъ ему подвижность и способность ускользать отъ инсультовъ, которымъ подвергается животъ матери.

Питаніе и кровообращеніе плода.

Въ первые дни послѣ внѣдренія яйца, плодъ питается при помощи осмоса. Затѣмъ, приблизительно до начала третьей недѣли, происходитъ питаніе чрезъ желточное кровообращеніе, причемъ питательныя вещества притекаютъ къ плоду изъ желточного мѣшка. Желточный канатикъ можетъ быть открытъ въ пуповинѣ впоследствии, точно такъ же и желточный пузырекъ, какъ показалъ В. S. Schultze (стр. 28).

Съ этого времени возникаетъ второй кругъ кровообращенія чрезъ сосуды аллантаиса къ хоріону и чрезъ сообщеніе хоріона со слизистой оболочкой матки: образуется плацентарное кровообращеніе, которое держится до рожденія плода.

Въ пуповинѣ находятся три сосуда, вена и двѣ артеріи. Чрезъ вену плоду подвозится матеріалъ для построенія тканей, *resp.* роста, и кислородъ. т. е. необходимая для жизни артеріальная кровь.

Что послѣднее, въ дѣйствительности, имѣетъ мѣсто, въ точности доказано Zweifel'емъ. Онъ представилъ спектроскопическія доказательства обогащенія кислородомъ крови пупочной вены, по сравненію съ кровью артерій, которыя обратно приносятъ въ послѣдъ богатую угольной кислотой кровь.

Какимъ образомъ и въ какомъ химическомъ видѣ вещества, служащія для построенія организма ребенка, подвозятся чрезъ послѣдъ

плоду, еще не установлено. Точно такъ же и способъ, по которому конечные продукты обмѣна веществъ плода, выводятся обходнымъ путемъ чрезъ кровообращеніе матери.

Послѣ своего вступленія въ полость живота плода, пупочная вѣна дѣлится на двѣ вѣтви, на ductus venosus Arantii, который впадаетъ прямо въ нижнюю полу ю вену, и меньшую вѣтвь которая приноситъ кровь къ печени чрезъ воротную вену. Изъ полой вены кровь, смѣшанная съ кровью, притекающей чрезъ полу ю вену изъ нижнихъ конечностей вступаетъ въ правое предсердіе. Эта хоть и смѣшанная съ венозной кровью, однако болѣе кислородъ-содержащая кровь, течетъ чрезъ существующее лишь у плода сообщеніе овальнаго отверстія въ лѣвое предсердіе, которое получаетъ еще небольшое количество ея изъ легкихъ чрезъ легочныя вены.

Изъ правого предсердія кровь, притекающая черезъ верхнюю полу ю вену изъ верхней половины тѣла, поступаетъ во время діастолы въ правый желудочекъ.

Отсюда небольшая часть крови втекаетъ въ легочную артерію, которая предъявляетъ спросъ на небольшое количество крови, въ виду малыхъ размѣровъ легкихъ. Главная масса крови поступаетъ черезъ запусѣвающій впослѣдствіи Боталловъ протокъ въ нисходящую часть аорты.

Артеріализованная кровь, втекающая изъ пупочной вены въ ductus venosus Arantii и чрезъ правое предсердіе и овальное отверстіе въ лѣвое предсердіе, вступаетъ въ лѣвый желудочекъ. Отсюда она питаетъ голову и верхнія конечности — чрезъ безимѣнную, сонную и подключичную артерію и нижнюю половину тѣла — чрезъ нисходящую часть аорты.

Нисходящая часть аорты имѣетъ у плода, какъ бы, два корня, два сосуда, снабжающіе ее кровью: дугу аорты и происходящій изъ правого желудочка ductus arteriosus Botalli (артеріальный Боталловъ протокъ). Эта кровь устремляется по нисходящей части аорты къ нижней части тѣла.

Отъ обѣихъ подчревныхъ артерій берутъ начало двѣ пупочныя артеріи, которыя поднимаются по обѣимъ сторонамъ пузрыя по передней стѣнкѣ живота и направляются чрезъ пупочное кольцо въ пуповину. Такимъ образомъ, по нимъ использованная кровь, бѣдная кислородомъ, богатая углекислотой направляется къ пуповинѣ и послѣду—легкимъ плода.

Итакъ, плодъ снабжается смѣсью артеріальной и венозной крови.

Быстрый ростъ плода объясняется тѣмъ, что ему не приходится выработать теплоту, ибо въ маткѣ онъ содержится матерью въ теплѣ, что онъ не производитъ никакой работы и что онъ получаетъ пита-

тельный матеріалъ въ совершенно готовомъ видѣ и, слѣдовательно, можетъ употреблять его для постройки своихъ тканей. Съ другой стороны, о наличности у плода собственнаго обмѣна веществъ свидѣтельствуеетъ дѣятельность почекъ и кишечника. Изслѣдованіемъ околоплодной жидкости доказано, что плодъ мочится. Точно такъ же находили растянутый или лопнувшій мочевой пузырь при закупоркѣ мочевыхъ органовъ. Въ желудкѣ и кишечникѣ можно демонстрировать подъ микроскопомъ составныя части околоплодной жидкости и продуктовъ шелушенія кожи плода, напр. волосы.

Экспериментально доказано, что растворимыя въ крови лекарственныя вещества, напр., іодистой калий, салициловая кислота проходятъ чрезъ плаценту и чрезъ кровообращеніе плода проникаютъ въ мочу и околоплодную жидкость.

Въ какомъ видѣ, или въ какомъ химическомъ составѣ питательный матеріалъ поступаетъ чрезъ послѣдъ къ плоду, неизвѣстно. Въ всякомъ случаѣ эпителий хоріона, или синцитій представляютъ собой такой органъ, который, подобно эпителию железъ, обладаетъ совершенно опредѣленными химическими функціями и отнюдь не служитъ для одной лишь фильтраціи. Съ другой стороны, фізіологически необходимо, чтобы плодъ также выдѣлялъ продукты обратнаго метаморфоза и чтобы послѣдніе выводились лишь чрезъ организмъ матери. При эклампсіи эти вещества, поступающія въ кровь матери и не выводимыя при недостаточности почекъ матери, ведутъ къ тяжелому отравленію организма. И при впрыскиваніи стрихнина въ околоплодную жидкость стельнаго животнаго, плодъ и самка погибаютъ отъ отравленія стрихниномъ.

Данныя относительно величины и увеличенія роста плода, само собой понятно, не математически точны. Въ результатѣ многочисленныхъ отдѣльныхъ вычисленій составилось слѣдующая таблица:

	(Ростъ) Длина	Вѣсъ
Конецъ 4-й недѣли	1 сант.	—
„ 8-й „	3 „	—
„ 12-й „	8 „	25 гр.
„ 16-й „	16 „	100 „
„ 20-й „	25 „	300 „
„ 24-й „	30 „	600 „
„ 28-й „	35 „	1300 „
„ 32-й „	40 „	1800 „
„ 36-й „	45 „	2500 „
„ 40-й „	50 „	3300 „

Увеличеніе и форма матки во время беременности.

Измѣненія въ слизистой оболочкѣ изложены вмѣстѣ съ описаніемъ внѣдрѣнія яйца.

На первыхъ порахъ беременности матка растетъ активно. Стѣнки ея увеличиваются въ толщинѣ подѣ влияніемъ самостоятельнаго роста до середины беременности, впоследствии же матка растягивается растущимъ въ ней плодомъ. При кесарскихъ сѣченіяхъ приходится наблюдать, что толщина стѣнки не всегда равномерна. Иной разъ дно достигаетъ толщины 3—4 сант., безъ всякой наличности схватокъ, въ другой разъ — лишь 2 сант.

Мышечныя волокна чрезвычайно увеличиваются въ размѣрѣ, возможно, что образуются также новыя волокна. Они приблизительно въ 10 разъ длиннѣе и толще, чѣмъ въ небеременной маткѣ. Точно такъ же и артеріи утолщаются въ маткѣ и вблизи ея. Art. uterinae (маточныя артеріи) достигаютъ размѣровъ доброй лучевой артеріи, а rami vaginales размѣровъ височной артеріи. Вены точно такъ же увеличиваются. При кесарскомъ сѣченіи, ихъ можно видѣть въ видѣ шнуровъ въ палецъ шириной на поверхности матки и въ видѣ толстыхъ сосудовъ по краю брюшинныхъ связокъ. Нервы, въ особенности Ganglion cervicale, и лимфатическіе сосуды также увеличиваются. Брюшинный покровъ значительно растягивается. Однако, онъ не истончается, а, наоборотъ, гиперпластически утолщается. Онъ спереди прикрѣпленъ къ передней стѣнкѣ матки до извѣстнаго уровня, который находится сначала на 2 сант., а въ болѣе поздній періодъ беременности до 7 сант. надъ уровнемъ внутренняго маточнаго зѣва. Чрезмѣрно большой брюшинный покровъ не можетъ послѣдовать за уменьшеніемъ матки непосредственно послѣ ея опорожненія, такъ что въ немъ образуются складки. По направленію этихъ складокъ, которыя идутъ, конечно, перпендикулярно къ направленію сокращенія можно дѣлать заключенія о способѣ послѣродоваго сокращенія.

Форма матки измѣняется такимъ образомъ, что въ началѣ беременности тѣло матки становится поразительно широкимъ и, какъ бы, образуетъ сводъ надъ входомъ таза. Въ виду того, что яйцо внѣдряется по большей части вблизи дна, нижняя половина тѣла остается вначалѣ порожней, и измѣненіе формы на ней не отражается. Braun'у удавалось даже по выпячиванію одной половины дна и разности консистенціи опредѣлять, находится ли яйцо въ правой, или лѣвой части дна. Послѣдъ развивается большей частью на передней и задней стѣнкѣ, рѣдко въ днѣ, прямо вверху. На 5-мъ мѣсяцѣ матка большей частью шарообразной формы, впоследствии она становится продольно — овальной при продольныхъ положеніяхъ плода, поперечно-овальной при попе-

речныхъ положеніяхъ. Матка очень мягка, какъ это видно при кесарскомъ сѣченіи. Она съ легкостью приспосабливается къ всякому положенію плода.

Беременная матка какъ и небеременная, отклонена почти всегда нѣсколько вправо, еще со времени внутриутробнаго развитія, тоже самое наблюдается и во время послѣродового періода. Вслѣдствіе этого, круглая связка слѣва прощупывается отчетливѣе, чѣмъ справа, въ видѣ крѣпкаго подвижнаго шнура въ палець толщиной.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дно паразитально широко и при продольныхъ положеніяхъ — указаніе на двурогость дна — *uterus incudiformis*.

Вслѣдствіе увеличенія дна, яичникъ лежитъ сбоку нѣсколько ниже, чѣмъ обыкновенно, и ближе къ маткѣ, которая, увеличиваясь вдвигается между широкими связками.

Шейка и нижній сегментъ матки.

Мѣстомъ развитія яйца служитъ полость тѣла матки. Эта полость простирается книзу лишь настолько, насколько простирается типичная слизистая оболочка матки. Ниже находится каналъ шейки, который, обыкновенно, сохраняется совершенно до конца беременности. Граница между полостью матки и каналомъ шейки, хотя, легко можетъ быть опредѣлена и демонстрирована у небеременной, но у беременныхъ это не удается. Граница эпителия непостоянна, въ особенности у многородящихъ.

Между тѣломъ и шейкой матки принято различать нѣкоторый поясъ, который называется нижнимъ сегментомъ матки. Онъ начинается внутри тамъ, гдѣ снаружи брюшина плотно прикрѣплена къ маткѣ, и простирается книзу до верхняго конца канала шейки. Однако, въ многихъ случаяхъ въ образованіи нижняго сегмента принимаетъ участіе часть цервикальнаго канала, такъ что область внутренняго маточнаго зѣва, не имѣющаго никакого значенія при беременности, находится въ нижнемъ сегментѣ матки. Верхнюю границу нижняго маточнаго сегмента составляетъ «контракціонное кольцо» которое находится тамъ, гдѣ прекращается толстая мускулатура тѣла матки, верхняго активнаго отдѣла плододмѣстилища. Контракціонное кольцо возникаетъ подъ влияніемъ схватокъ и поэтому, тѣмъ лучше прощупывается, чѣмъ сильнѣе дѣйствовали родовыя схватки. Сильнѣе всего оно выражено въ тѣхъ случаяхъ, напр., когда при узкомъ тазѣ очень сильныя схватки не въ состояніи бывають способствовать вступленію подлежащей части во входъ таза. Меньше всего оно прощупывается при быстрыхъ и легкихъ родахъ, оно даже можетъ совер-

шенно отсутствовать здѣсь. Контракціонное кольцо и наличие тонкостѣннаго нижняго сегмента матки указываютъ на то, что имѣлись родовыя схватки. Въ виду того, что схватки бываютъ и къ концу беременности, нижній сегментъ можетъ образоваться и во время беременности. Если даже контракціонное кольцо часто не бываетъ видно, то его все таки удается прощупать, напр., при поворотѣ, въ видѣ „isthmus uteri“. Книзу отъ контракціоннаго кольца, которое никакъ не соотвѣтствуетъ внутреннему маточному зѣву, начинается нижній сегментъ матки, пассивный отдѣлъ родового канала, тонкая часть матки. Ея мускулатура имѣетъ пластинчатое строеніе и кончается у плотной мускулатуры цервикальной стѣнки. Въ образованіи нижняго маточнаго сегмента въ очень многихъ случаяхъ принимаетъ участіе и верхняя часть цервикальнаго канала съ ея складками, такъ называемымъ *arbor vitae*, переходъ которыхъ въ стѣнку яйца можно отчетливо видѣть даже выше узкой части шейки. Уже на вскрытіи 5-и мѣсячной матки я ясно видѣлъ начало развитія верхней части шейки. Участокъ шейки, входящій въ образованіи нижняго сегмента выстланъ „молодой децидуальной оболочкой, децидуально измѣненной слизистой оболочкой шейки“. Однако, граница между ясно выраженной слизистой оболочкой матки и шейки колеблется, стоитъ то выше, то ниже, такъ что въ послѣднее время беременности невозможно продемонстрировать на основаніи микроскопическихъ изслѣдованій слизистой оболочки постоянную ихъ границу — внутренній зѣвъ. Итакъ, внутренній зѣвъ, матки который такъ отчетливо виденъ въ небеременной маткѣ, въ беременной маткѣ точно обнаруженъ быть не можетъ.

Для патологіи это истонченіе мускулатуры представляетъ высокое значеніе. Если растяженіе становится значительнымъ подѣ влияніемъ массы вколоченнаго въ нижній зѣвъ матки тѣла плода, то тонкій мышечный слой легко разрывается, въ особенности при быстромъ и насильственномъ введеніи руки, съ цѣлью произвести поворотъ.

Точно такъ же сильно истонченъ нижній сегментъ матки и въ томъ случаѣ, когда головка низко вколочена въ тазу у первородящей, въ послѣднія три недѣли беременности. Онъ иногда настолько истончается, что чрезъ нижній сегментъ матки возможно прощупать роднички и швы головки плода. И даже бывали случаи, когда нижній сегментъ, въ силу поразительно отчетливаго прощупыванія головки плода, ошибочно принимали за плодный пузырь.

Однако цервикальный каналъ сохраняется еще даже въ этихъ случаяхъ, даже если онъ и сплющивается. При этомъ каналъ шейки получаетъ также другое направленіе. Влагалищная часть кажется совершенно исчезнувшей, каналъ идетъ въ косомъ направленіи сверху назадъ, напередъ. На препаратахъ, полученныхъ отъ случайно погиб-

шихъ, удается, обыкновенно, обнаружить влагалищную часть, resp. видѣть ее на замороженныхъ срѣзахъ.

Наружный маточный зѣвъ расширяется въ послѣднія шесть недѣль беременности. Около четырехъ недѣль до родовъ и у первородящей удается, обыкновенно, проникнуть сквозь него пальцемъ. У многородящихъ находятъ большей частью надрывы справа и слѣва, или на обѣихъ сторонахъ. Мѣсто наибольшаго разрыва представляетъ собой мѣсто прохождения затылка. Такимъ образомъ, шейка многородящихъ зияетъ, проходима, часто у нижняго конца канала шейки ясно прощупывается черепная кость, или шовъ, уже за 3—4 недѣли до родовъ. Иногда надрывы совершенно отсутствуютъ. Встрѣчаются женщины, много разъ рожавшія, тѣмъ не менѣе съ совершенно не нарушеннымъ наружнымъ маточнымъ зѣвамъ.

У перво-беременныхъ влагалищная часть укорочивается, это явленіе только кажущееся. Благодаря разрыхленію влагалищныхъ сводовъ и наклоненію матки впередъ, главнымъ же образомъ благодаря давленію со стороны низко стоящей головки, влагалищная часть отодвигается и кажется укороченной.

При двойняхъ весь цервикальный каналъ часто вовлекается въ плодвомѣстилище, такъ что маточный зѣвъ оказывается совершенно проходимымъ, что подаетъ поводъ предполагать наступленіе родовъ.

То обстоятельство, что у перво—беременныхъ головка стоитъ глубоко въ тазу, а у повторно — беременныхъ — подвижно надъ входомъ таза, объясняется различными соотношеніями брюшныхъ покрововъ.

У нерожавшихъ женщинъ растущей маткѣ resp. растущему плоду приходится преодолевать сопротивленіе со стороны неразслабленныхъ брюшныхъ покрововъ, по мѣрѣ своего роста снизу вверхъ. Это сопротивленіе можно считать равнымъ тому сильному давленію, подъ влияніемъ котораго плодъ отодвигается по направленію сверху внизъ. Благодаря этому, подлежащая головка вдавливается въ тазъ и въ послѣднія 3—4 недѣли находится уже въ полости таза.

У повторнородящихъ же сильное сопротивленіе у дна матки отсутствуетъ. Плодъ можетъ свободно развиваться и легко отодвигаетъ вверхъ вялые брюшные покровы. Въ виду этого, весь плодъ находится надъ входомъ таза даже въ послѣдній періодъ беременности. Въ особенности при значительной вялости брюшныхъ покрововъ и быстромъ слѣдованіи беременности другъ за другомъ, при отвисломъ, напр., животѣ и расхожденіи прямыхъ мышцъ, подлежащая головка плода также стоитъ очень высоко.

Среди женщинъ болѣе состоятельныхъ классовъ, у которыхъ животъ бинтовался во время послѣродового періода, у которыхъ

прямая мышца живота не раздалась, которая во время новой беременности поддерживала животъ бинтомъ, часто и у многородящихъ случается находить головку въ тазу.

Это имѣетъ мѣсто и въ тѣхъ случаяхъ, когда существуетъ большой промежутокъ между первыми и послѣдующими родами. Послѣ родовъ животъ принимаетъ свою обычную форму, лишь приблизительно полъ-года спустя. Въ случаѣ наступленія новой беременности уже чрезъ 2—3 мѣсяца послѣ предшествовавшей, обратное развитие совершается не полно. Тогда животъ на долгое время остается вялымъ и толстымъ. Особенно у женщинъ бѣдныхъ классовъ, несущихъ тяжелую работу и не придающихъ значенія сохраненію фигуры, «талы», отвислый животъ образуется даже при совершенно нормальныхъ соотношеніяхъ таза. Если затѣмъ плодъ развивается въ заложенной въ отвисломъ животѣ, сильно наклоненной кпереди маткѣ, то плодъ resp. матка покоится на передней стѣнкѣ живота. Онъ не лежитъ въ входѣ въ тазъ, resp. въ нижнемъ сегментѣ матки. Въ силу этого, головка легко отклоняется сзади въ сторону, и получается косое, или поперечное положеніе.

На влагалищную часть эти соотношенія также оказываютъ вліяніе. Между тѣмъ какъ у первородящей она сдавливается глубоко стоящей головкой, у многородящихъ это давленіе отсутствуетъ и, поэтому она сохраняетъ свою форму. Итакъ, у многородящихъ она часто бываетъ длинна даже въ первый періодъ родовъ и прощупывается въ видѣ настоящей rotio въ видѣ шейки, въ видѣ выступа, между тѣмъ какъ у первородящей, послѣ раскрытія внутренняго зѣва, прощупывается лишь отверстіе наружнаго и внутренняго зѣва. Чрезъ отверстіе это изслѣдующій палецъ попадаетъ непосредственно на головку плода, resp. на выпятившійся плодный мѣшокъ.

Между тѣмъ, въ случаѣ гиперэміи шейки у многородящей, напр. при выпаденіи матки, трубчатый цервикальный каналъ можетъ еще прощупываться даже послѣ длившейся часами родовой дѣятельности. И даже бываетъ нерѣдко, что у многородящихъ, у которыхъ влагалищная часть раздѣлена на двѣ губы благодаря предъдущимъ разрывамъ, набухшая передняя губа маточнаго зѣва прощупывается, въ видѣ большой опухоли впереди вплоть до ея прохожденія. Эта опухшая передняя губа маточнаго зѣва, лежа впереди головки, можетъ даже иногда создавать препятствіе для родовъ и отгѣсняется глубоко въ половую щель, гдѣ ее можно видѣть, при поперечномъ растяженіи щели въ поперечномъ направленіи въ видѣ синевато-красной опухоли.

Продолжительность и вычисление срока беременности.

Продолжительность беременности не поддается точному определению. Точно установлено, что она у разных женщин различна и что у одной и той же женщины разные беременности разное длятся, без всякой видимой причины. Как правило, должно быть установлено, что дольше вынашиваемая дѣти бываютъ тяжелѣе и больше. Согласно моимъ вычислениямъ, всякій ребенокъ, который вѣситъ больше 3300 граммовъ, носился лишнихъ 10—20 дней. Уже отъ лишнихъ 3-хъ недѣль вынашивания ребенокъ становится тяжелѣе на 500 граммовъ. Если бы даже можно было установить день совокупления и тотъ фактъ, что дальнѣйшихъ совокуплений не происходило, то и на основаніи этихъ данныхъ точное определение не было бы возможно.

Можно вести начало беременности со времени оплодотворенія яйца, но въ большинствѣ случаевъ его ведутъ отъ времени внѣдренія яйца въ слизистую оболочку матки. Яйцо употребляетъ однако 6—8 дней для достиженія полости матки. Сперматозоиды живутъ двѣ недѣли и дольше. Мѣсто оплодотворенія яйца намъ не извѣстно. Возможно, что оплодотвореніе происходитъ въ яичникѣ, въ различныхъ мѣстахъ трубы, въ видѣ исключенія лишь въ маткѣ. Это уже составляетъ разницу отъ 14 дней до 3 недѣль.

Дальше возможно, что яйцо изъ Граафоваго пузырька, лопнушаго во время менструаціи, подвергается оплодотворенію вскорѣ послѣ менструаціи. Въ такомъ случаѣ, при ненаступленіи послѣдующей менструаціи, пришлось бы считать женщину беременной уже втеченіе 3—4 недѣль. Или же сперматозоиды, остающіеся въ живыхъ втеченіе 2—3 недѣль, оплодотворяютъ яйцо незадолго до менструаціи, которая тогда выпадаетъ. Въ этомъ случаѣ пришлось бы считать начало беременности на 2—3 недѣли раньше.

Къ этому присоединяется еще то обстоятельство, что при менструаціи не одно яйцо выдѣляется изъ яичника, что, наоборотъ, у очень плодovitыхъ женщинъ несомнѣнно происходитъ овуляція и между двумя менструаціями. Вычисленіе на основаніи анатомическаго изслѣдованія зародышей также оказывается неточнымъ. Возрастъ человѣческихъ зародышей не можетъ быть определенъ достаточно точно, въ виду скудости матеріала.

Итакъ, невозможно точнымъ образомъ, по днямъ и часамъ, вычислить продолжительность беременности.

Очень основательнымъ казалось воспользоваться продолжительностью промежутковъ между менструаціями для вычисленія продолжительности беременности, такъ, напр., если у женщины бываетъ менструація черезъ каждые 21 день, то утверждаютъ, что этотъ проме-

жутокъ будучи умноженъ на 10, дастъ продолжительность беременности. Мои точныя изслѣдованія показали мнѣ, что это вычисленіе ошибочно. Я несомнѣнно наблюдалъ, что при короткихъ межменструальныхъ промежуткахъ беременность продолжается иногда поразительно долго и при долгихъ промежуткахъ бываетъ значительно короче.

Въ заключеніе не слѣдуетъ забывать, что день наступленія родовъ можетъ зависѣть отъ случайныхъ обстоятельствъ, совершенно не находящихся въ связи съ развитіемъ плода. Такъ часто приходится видѣть, что при узкихъ тазахъ, при отклоненіи головки отсутствіе давленія на нижній маточный сегментъ замедляетъ наступленіе родовъ, между тѣмъ, какъ случайности, напр., большое количество околоплодной жидкости, двойни, индивидуально особенно высокая раздражимость матки, сильное чиханіе, кашель, душевныя волненія вызываютъ преждевременное наступленіе родовъ. Иныя совершенно здоровыя женщины всегда рожаютъ нѣсколько преждевременно.

И такъ день наступленія родовъ мы должны вычислять съ приближеніемъ въ 14 дней, и удовлетвориться признаніемъ стараго положенія, что беременность продолжается 270—300 дней.

Въ гражданскомъ законодательствѣ принята продолжительность беременности въ 180 до 302 дней, акушеры устанавливаютъ продолжительность беременности въ 240 до 320 дней, значитъ, въ среднемъ въ 40 недѣль.

На практикѣ вычисленіе продолжительности беременности, или, вѣрнѣе, предсказаніе срока родовъ, имѣетъ большое значеніе, какъ для того, чтобы дѣлать заключеніе относительно дня плодотворнаго совокупленія при гражданскихъ искахъ о содержаніи ребенка, такъ и для того, чтобы предвидѣть день наступленія родовъ, съ цѣлью сдѣлать всѣ необходимыя, требуемыя гигиеной, приготовленія; запатись акушерскимъ матеріаломъ, акушеркой, сидѣлкой.

Самый простой способъ вычисленія слѣдующій: считаютъ, что половое влеченіе, какъ у жены, такъ и у мужа, наиболѣе велико послѣ менструаціи, въ виду обусловленнаго менструаціей воздержанія, что, поэтому, послѣ прекращенія менструаціи регулярно совершается совокупленіе. Если сюда причислить нѣсколько дней, которые могутъ быть нужны сѣменнымъ нитямъ для встрѣчи съ яйцомъ, то приходится приурочить наступленіе беременности къ 8-му дню послѣ прекращенія менструаціи. Сюда просто присчитываютъ 9 календарныхъ мѣсяцевъ, чтобы опредѣлить день наступленія родовъ. Такъ, если менструація прекратилась 1-го Января, то роды должны наступить 8-го Октября.

Далѣе, слѣдуетъ установить время, когда женщина почувствовала первыя движенія плода. Само собой понятно, что повторно-беременная

лучше умѣетъ узнавать это знакомое ей ощущеніе, чѣмъ перво-беременная, слѣдовательно, повторно-беременная ощущаетъ движенія плода на нѣсколько дней раньше. Въ виду этого для опредѣленія срока родовъ у повторно—беременныхъ присчитываютъ не $4\frac{1}{2}$ мѣсяца, отъ появляющихся въ серединѣ беременности движеній плода, а недѣлю больше.

Въ случаѣ, если оба вычисленія совпадаютъ, приступаютъ къ изслѣдованію. Если при этомъ оказывается, что положеніе дна матки, влагалищной и предлежащей части соотвѣтствуетъ вычисленному времени (ср. ниже отдѣлъ о распознаваніи), то вычисленіе довольно точно.

Въ случаѣ отчетливаго прощупыванія головки, слѣдуетъ еще принимать во вниманіе величину головки, или же всего плода.

Слѣдуетъ остерегаться опредѣленія дня родовъ, надо, лучше, указать промежутокъ въ 14 дней, втеченіе котораго роды, вѣроятно, наступятъ. Лучше называть болѣе поздній срокъ, допуская, однако, возможность болѣе ранняго наступленія родовъ. Въ противномъ случаѣ, беременная становится нетерпѣливой, нервной и, при минованіи назначеннаго врачомъ срока, опасается, что предстоить какое либо несчастіе. Вычисленіе срока родовъ особенно важно въ томъ случаѣ, когда желательно произвести искусственные преждевременные роды. Объ этомъ послѣ.

Признаки и теченіе беременности.

Оплодотвореніе яйца сказывается иногда во общемъ самочувствіи беременной. Нѣкоторыя женщины вполне опредѣленно знаютъ, спустя нѣсколько дней послѣ плодотворнаго совокупленія, что онѣ беременны. Еще до того, какъ имѣется такое увеличеніе матки, которое ведетъ къ измѣримуму увеличенію живота, беременныя ощущаютъ набуханіе внутреннихъ половыхъ органовъ, въ видѣ тяжести и набуханія живота.

Грудныя железы становятся напряженнѣе и больше, при надавливаніи на сосокъ онѣ отдѣляютъ прозрачную, какъ вода, жидкость, впослѣдствіи съ примѣсью бѣлыхъ и желтоватыхъ хлопковъ. Это, конечно, не представляютъ собой безошибочнаго признака, ибо у нѣкоторыхъ женщинъ, особенно у тѣхъ, у которыхъ матка находится въ состояніи раздраженія (хроническій метритъ) наблюдается набуханіе груди во время каждой менструаціи. Встрѣчаются также женщины, у которыхъ, вплоть до старости, железы отдѣляютъ при сильномъ надавливаніи немного жидкости. При ракъ грудной железы точно такъ же часто удается выдавить секретъ изъ сосковъ. Если же, кромѣ того, поле соска темнѣе окрашено, если сосокъ выдается и чувствителенъ, то это составляетъ важные признаки беременности.

Сосковое поле становится у brunetokъ больше, темнѣе, почти чернымъ, у blondinokъ пріобрѣтаетъ живую розовую окраску. Монгломеровы железы видны въ видѣ неправильно разсѣянныхъ по сосковому полю острыхъ возвышеній. Въ особенности, если вызывать путемъ раздраженія эректильную способность грудныхъ сосковъ, эти железы выступаютъ наружу, благодаря сокращенію мышечныхъ элементовъ соскового поля. Часто груди бываютъ чувствительны, такъ что даже давленіе со стороны свободно прилегающаго платья причиняетъ боли (Mastodynia).

Отъ пупка до лоннаго сочлененія по средней линіи живота тянется сильно пигментированная болѣе или менѣе широкая полоса: пигментация въ области *lineae albae*. Вѣрный признакъ, когда онъ имѣется налицо. Полное его отсутствіе отнюдь не говоритъ противъ беременности.

У первородящихъ животъ большей частью совершенно симметрично выпяченъ до середины беременности. Въ послѣдніе мѣсяцы, а у многородящихъ съ вялыми брюшными покровами еще раньше, одинъ изъ верхнихъ квадрантовъ большей частью правый — отчетливо больше другого: матка отклонена въ правую сторону. Кожа живота несетъ на себѣ *striae* — рубцы беременности: разрывы подкожной клѣтчатки. Они начинаются большей частью у обоихъ нижнихъ квадрантовъ сбоку, иногда въ большемъ, иногда въ скудномъ количествѣ. Они могутъ также вполне отсутствовать.

Рубцы отъ предшествовавшихъ беременностей хотя блѣднѣютъ, однако бываютъ видны въ видѣ бѣловатыхъ, морщинистыхъ, лежащихъ нѣсколько ниже уровня узкихъ или же до $\frac{1}{2}$ сант. шириной линій. Рубцы новой, или первой беременности представляютъ собой ярко-красныя «свѣжія» *striae*, на которыхъ не обнаруживается еще мелкихъ поперечныхъ складокъ. И этотъ признакъ беременности больше замѣтенъ у blondinokъ, чѣмъ у brunetokъ, у которыхъ онъ, между прочимъ, можетъ совершенно отсутствовать. Эти рубцы встрѣчаются также нерѣдко на сильно развитыхъ грудяхъ blondinokъ и рыжихъ, у которыхъ кожа нѣжна и мягка. И у мужчинъ бываютъ подобныя же разрывы болѣе глубокихъ слоевъ кожи, напр., у гимнастовъ, на плечѣ, надъ *biceps'омъ*.

Наружныя половыя части получаютъ ярко красную съ синеватымъ оттѣнкомъ окраску, ударяющую въ синеву, гиперэмичны, чувствительны, часто сильно зудятъ, отдѣляютъ жиръ и слизь. Онѣ легко воспаляются при недостаткѣ опрятности и распространяютъ тогда острый запахъ жирныхъ кислотъ.

Большія и малыя губы, увеличиваются. Сальныя железы видны и прощупываются въ видѣ маленькихъ зернышекъ.

Слизистая оболочка влагалища разрыхляется, становится бархатисто-мягкой, часто также морщинистой, такъ что отдѣльные участки прощупываются въ видѣ твердыхъ зернышекъ — зернистое влагалище. Зернистое влагалище является, между прочимъ, но далеко не всегда, признакомъ гоннорройной инфекціи. Часто слизистая оболочка влагалища настолько значительно набухаетъ, что влагалище какъ бы, не находить себѣ мѣста въ тазу, въ особенности, когда отгѣсняется внизъ низко-стоящей головкой. Въ такомъ случаѣ задняя *columna rugarum*, а еще больше передняя, выступъ мочеиспускательнаго канала опускается въ половую щель и даже впереди ея. Неопрятное платьѣ, или уличная пыль, осѣдая на влажныхъ мѣстахъ, раздражаетъ выпавшую влагалищную стѣнку, вызываетъ въ ней воспалительное состояніе съ гнойными выдѣленіями и ведетъ къ набуханію и болѣзненнымъ ощущеніямъ.

Бартолиновы железы отдѣляютъ больше жидкости, чѣмъ обыкновенно. Точно такъ же и цервикальный каналъ. Секретъ цервикальнаго канала, плотная тягучая масса, «слизистая пробка», тѣсно пристаётъ съ гипертрофированнымъ *palmae plicatae*. Микроскопическій разрѣзъ чрезъ *palmae plicatae* обнаруживаетъ почти пещеристое строеніе съ большими кистообразными слизистыми фолликулами. Слизистая пробка образуетъ плотный надежный запоръ матки даже противъ бактерій и кокковъ, и, слѣдовательно, несетъ физиологическую задачу отграничивать и защищать полость матки. Даже при ихорозномъ ракѣ шейки слизистая пробка часто втеченіе долгаго времени защищаетъ содержимое матки отъ гніенія, если только она не подвергается разрыхленію и непосредственному зараженію, благодаря частымъ изслѣдованіямъ.

Влагалищная часть мягка. Подобно тому, какъ при менструаціи, *portio* становится толще, краснѣе и мягче. Уже послѣ двухнедѣльной беременности это разрыхленіе обращаетъ на себя вниманіе опытнаго изслѣдователя. При изслѣдованіи незадолго до случайно запоздавшей менструаціи, легко можно ошибиться въ діагнозѣ. При изслѣдованіи находятъ размягченную шейку и увеличенное тѣло, что бываетъ и передъ менструаціей. На основаніи отсутствія менструаціи дѣлается распознаваніе начинающейся беременности. Когда затѣмъ наступаетъ менструація, можетъ быть болѣе сильная, то сначала едвали возможно высказаться относительно того, имѣлся ли здѣсь весьма ранній выкидышъ, или же запоздавшая и усиленная менструація. Спустя нѣсколько дней, вопросъ, конечно, выясняется.

Менструація прекращается во время беременности. Это извѣстно и профану тѣмъ не менѣе, этотъ признакъ часто слишкомъ мало оцѣнивается. Если у вполне здоровой женщины приостанавливается

менструація, то почти во всѣхъ случаяхъ, даже при отсутствіи всѣхъ остальныхъ явленій, имѣется налицо беременность. Есть множество здоровыхъ женщинъ, которыя во время беременности чувствуютъ и ведутъ себя совершенно нормально, которымъ, вообще, не извѣстенъ ни одинъ симптомъ беременности, кромѣ только прекращенія менструаціи и видимаго увеличенія живота. Случается даже, что въ одну беременность наблюдается субъективно очень много симптомовъ беременности, а въ другую — никакихъ. Психика играетъ при этомъ большую роль. Женщины, опасаящіяся беременности и желающія ея прекращенія, преувеличиваютъ всякія мелкія разстройства, чувствуютъ себя очень плохо въ своемъ воображаемомъ несчастьи и внушаютъ себѣ всякаго рода тяжкія страданія. Другія же, счастливыя въ своей надеждѣ на материнство, охотно переносятъ всѣ мелкія разстройства, пренебрегаютъ ими и проявляютъ больше радости, чѣмъ жалобъ.

Часто за совѣтомъ обращаются женщины климактерическаго періода. Менструація, становящаяся неправильной, не наступила, пациентка предполагаетъ, что она беременна и жалуется на всѣ извѣстныя ей съ прежняго времени разстройства при беременности. Какъ только врачъ ставитъ распознаваніе относительно отсутствія беременности, или же снова наступаетъ менструація, сразу исчезаютъ всѣ самовнушенные симптомы, которые ею самой объясняются внушеніемъ.

Слѣдуетъ признать, что менструація часто наступаетъ во время беременности одинъ разъ и, притомъ, въ болѣе слабой степени, чѣмъ обыкновенно. Это уже много разъ приводило къ ошибкамъ при распознаваніи періода беременности. Но что правильная менструація продолжалась во время всей, или даже половины беременности — это однѣ басни. Я, хотя, читалъ объ этомъ въ нѣкоторыхъ книгахъ и журналахъ, но никогда самъ не наблюдалъ. Сообщающіе эти свѣдѣнія были, вѣроятно, введены въ заблужденіе женщинами, желавшими показаться интересными. Между тѣмъ, при слизистыхъ полипахъ, въ особенности же при ракѣ, наблюдаются неправильныя кровотеченія, часто втеченіе всей беременности.

Въ первыя недѣли беременности матка часто выпрямляется, ея ось совпадаетъ съ осью входа въ тазъ. Она даже часто нѣсколько наклонена кзади и опущена, однако вскорѣ, по нарастаніи величины тѣла ея, снова принимаетъ положеніе наклоненія впередъ. Она образуетъ сводъ надъ тазомъ, такъ что прощупывается, при пустомъ пузырьѣ, въ видѣ поразительно широкаго и мягкаго тѣла, въ переднемъ сводѣ влагалища.

Гиперемія растущей матки сообщается пузырю, который реагируетъ въ отвѣтъ на это усиленнымъ позывомъ къ мочеиспусканію исимпто-

мами, напоминающими катаръ пузыря. Эта то гиперэмия, а не тяжесть матки вызываетъ усиленный позывъ къ мочеиспусканию.

Геморoidalные узлы набухаютъ, или образуются вновь, въ особенности у перво-беременныхъ, у которыхъ кровообращеніе встрѣчаетъ препятствіе со стороны стоящей въ тазу головки. Задній проходъ и прямая кишка также принимаютъ участіе въ гиперэмии тазовыхъ органовъ, такъ что очень легко могутъ возникнуть трещины, болевья ощущенія и незначительныя кровотеченія во время дефекаціи, въ особенности при запорахъ. Отправленія кишечника становятся вялыми, въ виду того, что беременная часто чувствуетъ себя нехорошо, вслѣдствіе этого много отдыхаетъ, мало работаетъ и, вообще, мало выходитъ изъ дому.

При долгомъ пребываніи кала въ толстыхъ кишкахъ, всасываніе жидкихъ составныхъ частей все болѣе загнивающаго кала ведетъ къ аутоинтоксикаціи продуктами гніенія, слѣдствіемъ этого являются головныя боли, тошнота, отсутствіе аппетита, плохое самочувствіе. Подобныя беременныя часто утверждаютъ, что онѣ ощущаютъ во рту каловый вкусъ: смѣшеніе, конечно, вкуса съ запахомъ. То обстоятельство, что послѣ упорядоченія отправленія кишечника беременныя чувствуютъ себя часто гораздо лучше, говоритъ за то, что имѣлась аутоинтоксикація продуктами гніенія.

Желудочные и кишечные симптомы могутъ возникать и рефлекторнымъ путемъ. Чтобы доставлять плоду питательный матеріалъ, беременныя нуждаются въ большемъ количествѣ пищи. Онѣ часто въ состояніи непрерывно ѣсть и дѣлаютъ это также за счетъ плода. Прихоти беременныхъ, которымъ онѣ подаются, приводятъ ихъ къ перегруженію желудка трудно переваримыми кушаньями, ибо только послѣднія поѣдаются ими съ аппетитомъ. Вслѣдствіе этого получается расширеніе желудка, ухудшеніе его двигательной способности, такъ что содержимое желудка слишкомъ долго остается въ немъ, разлагается, подвергается броженію, и впослѣдствіи наступаетъ pyrosis, (изжога) даже рвота очень кислыми массами. Hyperaciditas, (повышеніе кислотности) можетъ быть очень значительнымъ и очень быстро возобновляется, даже при примѣненіи въ огромномъ количествѣ двууглекислаго натра, или жженой магнезії.

Извѣстныя прихоти беременныхъ.

Беременныя не ѣдятъ того, что онѣ до того любили, и желаютъ потреблять въ чрезмѣрномъ количествѣ то, что имъ до того было противно. Различныя запахи часто вызываютъ отвращеніе. Кушанья или лекарства съ какимъ либо запахомъ не переносятся.

Типична такъ-называемая рвота беременныхъ, которая наблюдается особенно по утрамъ, при вставаніи съ постели, и вообще, при порожнемъ желудкѣ. Нѣкоторыя беременныя всякій разъ выводятъ сперва рвотой часть съѣденнаго, съ тѣмъ, чтобы тотчасъ же, безъ всякой тошноты, продолжать ѣсть. Другія беременныя въ состояніи ѣсть въ томъ случаѣ, если онѣ не знаютъ, что имъ будетъ подано, не въ состояніи потреблять то кушанье, которое ими самими приготовлено, или про которое онѣ знаютъ, что оно будетъ подано къ столу. Или же беременныя не могутъ ѣсть дома, между тѣмъ, какъ внѣ дома онѣ ѣдятъ съ прекраснымъ аппетитомъ.

Hyperaciditas распространяется и на слизистую оболочку полости рта, секретія слюнныхъ железъ поразительно усиливается. Процессы броженія ведутъ къ непрерывной отрыжкѣ и точно такъ же къ тошнотѣ, отъ чего сильно страдаютъ зубы, такъ что каріозныя процессы быстро подвигаются впередъ, или же быстро образуются новыя каріозныя мѣста. То обстоятельство, что беременныя изъ боязни выкидыша неохотно даютъ лечить свои зубы, ведетъ къ болѣе быстрому усилению каріозныхъ поражений и къ зараженію другихъ зубовъ.

Своеобразно то обстоятельство, что цвѣтъ кожи часто поражается у беременныхъ — «цвѣтъ лица портится», лицо покрывается коричневыми пятнами: *chloasma uterinum*. Лицо часто имѣетъ блѣдный вздутый видъ. У нѣкоторыхъ беременныхъ наблюдается выпаденіе волосъ, либо уже во время беременности, либо лишь втеченіе послѣродового періода. Часто беременныя бываютъ блѣдны и во всякомъ случаѣ дурнѣютъ.

Давленіе со стороны тяжелой матки на тазовые органы вызываетъ у чувствительныхъ женщинъ очень непріятныя ощущенія. Имъ хочется много лежать, онѣ становятся мало—поворотливыми, жалуются на то, что ходьба причиняетъ и оставляетъ послѣ себя боль, и бояться всякаго движенія. Особенно это наблюдается у тѣхъ женщинъ, которыя отвыкаютъ отъ ходьбы уже въ началѣ беременности.

То обстоятельство, что въ гиперэміи всѣхъ тазовыхъ органовъ принимаютъ участіе и полусуставы таза, является, вѣроятно, анатомической причиной этой неповоротливости. Наростаніе ничтожнаго при фізіологическихъ состояніяхъ количества синовіальной жидкости и увлажненіе суставовъ таза во время беременности имѣетъ своимъ послѣдствіемъ незначительное, однако, доказанное увеличеніе подвижности суставовъ. И это увеличившаяся подвижность приводитъ затѣмъ къ ощущенію тяжеловѣсности и къ затрудненіямъ при ходьбѣ.

Психика поражается отчасти подъ вліяніемъ страха предъ предстоящими трудными минутами, отчасти подъ вліяніемъ цѣлаго ряда

мелкихъ разстройствъ, которыя подрываютъ ощущеніе здоровья и разстраиваютъ чувство благосостоянія.

Беременные часто бываютъ плаксивы, чувствительны, раздражительны, дурно настроены и угрюмы, онѣ нуждаются и требуютъ со стороны врача ласковаго воздѣйствія, увѣщаній и слова утѣшенія.

Если брюшные покровы еще напряжены, какъ это бываетъ у первородящихъ, работоспособность подвергается малымъ измѣненіямъ. Беременная изъ бѣдныхъ классовъ, привыкшія къ физическому труду, часто работаютъ до послѣдней минуты, не страдая при этомъ и не ускоряя наступленія родовъ.

Если же брюшные покровы, какъ у многородящихъ, уже разрыхлены, если имѣется расхожденіе прямыхъ мышцъ живота, если искривленная кпереди матка ложится на истонченное мѣсто передней стѣнки живота между раздвинутыми прямыми мышцами, то беременныя становятся очень тяжеловѣсными и даже совершенно неработоспособными.

У нѣкоторыхъ беременныхъ наблюдается отдышка и, при движеніи, сердцебиенія, приливы къ головѣ, головокруженія, шумъ въ ушахъ и цѣлый рядъ симптомовъ, свидѣтельствующихъ о переутомленіи органовъ кровообращенія. Сердцу приходится продвигать больше крови, ибо къ прежнему количеству ея присоединяется еще кровь, циркулирующая въ набухшей беременной маткѣ. Изслѣдованія стельныхъ животныхъ показали, что количество крови дѣйствительно нарастаетъ во время беременности. Въ виду этого, предполагаютъ, что сердце, которому приходится продвигать большую массу крови, нѣсколько увеличивается во время беременности. Физическими методами изслѣдованія это увеличеніе сердца не можетъ быть доказано, но оно несомнѣнно имѣется налицо. Оно было опредѣлено перкуссіей, однако нѣкоторые авторы предполагаютъ, что обнаруженная тупость слишкомъ велика, оттого что въ концѣ беременности сердце нѣсколько смѣщено, нѣсколько оттѣснено и плотнѣе прилежитъ къ грудной стѣнкѣ. Что, въ виду этого, тупой звукъ сердечной тупости, дѣйствительно, сильнѣе въ послѣдній періодъ беременности, но что сердце не увеличено.

Нерѣдко у беременныхъ слышенъ *bruit de souffle* съ первымъ тономъ. Это истолковано нѣкоторыми авторами въ смыслѣ малокровнаго шума, другими же—въ видѣ послѣдствія увеличенія сердца. Указываютъ на то, что шумъ можетъ вызываться порокомъ сердца, который до того времени не былъ обнаруженъ. Однако у многихъ наблюдаются сходные шумы, безъ того, чтобы были указанія на какое либо патологическое состояніе.

Когда количество крови увеличивается, задачи, возложенныя на почки, также нарастаютъ. Кромѣ того, у плода, какъ у существа

живого, имѣется самостоятельный обмѣнъ веществъ точно такъ же, какъ у матери. Продукты обратнаго метаморфоза плода, «отбросы обмѣна веществъ плода», не имѣютъ никакихъ другихъ путей выведенія, кромѣ крови и почекъ матери. Слѣдовательно къ задачамъ, возложеннымъ на почки матери, присоединяется необходимость выведенія конечныхъ продуктовъ обмѣна веществъ плода. Разстройства здѣсь, конечно, мыслимы и возможны. Разстройства при выведеніи «отбросовъ» могутъ вести къ значительнымъ заболѣваніямъ, какъ мы это увидимъ при эклампсіи. Однако, допустимо также, что менѣе значительныя разстройства обмѣна веществъ могутъ подать поводъ къ менѣе значительнымъ симптомамъ: головной боли, отсутствію аппетита у матери и. т. п.

Распознаваніе беременности.

Старые авторы различаютъ точные и неточные признаки беременности. Мы различаемъ субъективныя и объективныя явленія беременности.

Первыя сейчасъ изложены. Тошнота, рвота по утрамъ, усиленіе слюноотдѣленія, учащенный позывъ къ мочеиспусканію, ощущеніе набуханія груди, тяжесть въ нижней части живота, психическія явленія тоски, недомоганія, отвращеніе къ извѣстнымъ кушаньямъ; вначалѣ пріостановка менструаціи, впоследствии движенія плода.

Объективные признаки — это тѣ, которые врачъ ощущаетъ и видитъ.

Ошибки при распознаваніи беременности въ первые два мѣсяца очень легки, въ особенности, если указанія беременной неточны и если хотятъ скрыть или симулировать беременность. Врачъ практикъ лучше всего долженъ вообще отказываться отъ изслѣдованія въ первые 2 мѣсяца беременности, ссылаясь на неточность распознаванія и на тотъ фактъ, что ничто въ мірѣ не обнаружится вскорѣ само собой съ такой точностью, какъ беременность; онъ долженъ заявлять, что изслѣдованіе къ этому времени и опасно, и излишне.

Втеченіе многихъ лѣтъ я видѣлъ цѣлый рядъ случаевъ, когда послѣ подобныхъ изслѣдованій въ первые 2 мѣсяца наступалъ выкидышъ. Я считаю также практически совершенно излишнимъ и противопоказаннымъ добиваться точнаго распознаванія ранней беременности при помощи энергичнаго комбинированнаго изслѣдованія. Вѣдь, ежедневно бываютъ случаи, что женщины изъ-за самыхъ ничтожныхъ причинъ, чтобы отправиться на балъ, или предпринять поѣздку для развлеченія, даже изъ простаго любопытства хотятъ узнать, беременны ли онѣ, или нѣтъ.

Если же имъ сказать серьезно, что изслѣдованіе обуславливаетъ извѣстную опасность, что оно даже не даетъ точныхъ результатовъ, что съ опредѣленностью высказаться относительно этого—невозможно, и что, 4—8 недѣль спустя, вопросъ навѣрное вполнѣ выяснится и безъ изслѣдованія, то онѣ охотно отказываются отъ болѣзненного все таки изслѣдованія.

Часты также случаи, гдѣ менструація останавливается при какихъ либо потрясеніяхъ, какъ смерть или заболѣваніе близкаго человѣка. Потрясенія эти, нарушаютъ физическое здоровье, благодаря угнетенію психики. Въ такомъ случаѣ матка бываетъ, обыкновенно нѣсколько увеличенной до тѣхъ поръ, пока менструація не устанавливается снова. Нервныя женщины испытываютъ подъ вліяніемъ самовнушенія всѣ знакомые имъ симптомы беременности. Ошибки здѣсь легко возможны.

Первымъ точнымъ признакомъ я постоянно считалъ бросающуюся въ глаза ширину и мягкость шарообразной, искривленной кпереди, нѣсколько ниже, чѣмъ обыкновенно, стоящей матки. Это легко можно ощущать пальцемъ *per vaginam*, но при этомъ пузырь долженъ быть навѣрняка совершенно опорожненъ. При умѣренномъ надавливаніи на животъ надъ лоннымъ сочлененіемъ никакого вреда не наносится и все таки удается, хотя и не непосредственно, настолько глубоко оттѣснить матку, что, начиная съ 4-й недѣли беременности, распознаваніе можетъ быть поставлено довольно точно.

Neagar обратилъ вниманіе на то, что нижній отрѣзокъ тѣла матки прощупывается въ видѣ особенно мягкаго тугоэластическаго тѣла, и Sellheim на то, что возможно оттѣснить вверхъ сидящее въ верхнемъ отдѣлѣ матки яйцо. Braun указалъ, что удается даже по разности консистенціи дна матки опредѣлить мѣстонахожденіе яйца—вправо или влѣво. Я совѣтую отказываться отъ подобныхъ экспериментовъ и выжидать. Черезъ 4 недѣли женщины сами узнаютъ, беременны ли онѣ, resp. врачъ это установитъ къ тому времени безъ труда и опасности.

Когда матка достигаетъ величины головки ребенка, или взрослого человѣка, распознаваніе становится легкимъ. Связь опухоли живота съ влагалищной частью, одновременная смѣщаемость влагалищной и брюшной части матки, характерная мягкость даютъ возможность поставить распознаваніе. Однако, казуистика указываетъ на возможность ошибокъ при однородной миоматозной маткѣ. Врядъ-ли найдется гинекологъ, располагающій большимъ опытомъ, который бы не ошибся и даже не сдѣлалъ бы чревосѣченія при беременности.

Въ одномъ случаѣ кровяного заноса съ «*missed abortion*» 6-ти мѣсяцевъ, послѣ того какъ, несмотря на задержавшійся заносъ, возстановилась правильная менструація, твердая, крѣпкая матка была

экстирпирована мной въ качествѣ міомы, и лишь въ послѣдствіи, на препаратѣ, я распозналъ беременность. Груды, наружные половые органы подверглись, послѣ отмиранія яйца, полному обратному развитію. Яйцо же настолько затвердѣло, подѣ влияніемъ субъ-хоріальныхъ свернувшихся экстравазатовъ крови, что я исключилъ беременность.

Дважды я предполагалъ *antepositis uleri gravidi* и ущемленіе опухоли яичника подѣ мысомъ. Оказалось, что предполагавшаяся наклоненная впередъ матка представляла собой не что иное, какъ подбрюшинную размягченную міому, а ошибочно распознанная яичниковая киста—оттѣсненную въ положеніе *retroflexio* беременную матку. Въ обоихъ случаяхъ удалось вылушеніе міомы и благополучное окончаніе беременности.

Въ виду того, что ошибки случались у знаменитѣйшихъ гинекологовъ, какъ *Spencer Wells* и другихъ—не слѣдуетъ бросать камень ни въ кого, кто впадаетъ въ ошибку, въ особенности же въ врача—практика, которому рѣдко приходится видѣть подобные случаи.

Къ тому времени, когда матка доходитъ до пупка и наступилъ 5-й мѣсяць беременности, существуютъ 3 вѣрныхъ объективныхъ признака. Во-первыхъ, сокращенія матки. При изслѣдованіи пальпаціей бросается въ глаза, что подѣ влияніемъ раздраженія отъ давленія наступаютъ сокращенія, которыя при опухоляхъ, конечно, не наблюдаются. *Ahlfeld* совершенно правъ, говоря о частичныхъ сокращеніяхъ, ибо, дѣйствительно, не всегда вся матка становится плотнѣе, а ощущается уплотненіе и послѣдовательное расслабленіе отдѣльныхъ ея участковъ.

Во-вторыхъ, при болѣе продолжительномъ держаніи руки часто ощущаются движенія плода, съ легкимъ похлопываніемъ ударяющія о стѣнку. Плодъ двигается въ маткѣ взадъ и впередъ, во время выслушиванія приложенной щекой особенно хорошо ощущается, какъ плодъ проскальзываетъ. Пальцемъ, оттѣсняя имъ подлежащую часть кверху, при пустомъ пузырьѣ, также можно ощущать движенія плода. Плотность, сейчасъ наблюдавшаяся, исчезаетъ и снова возвращается. Въ третьихъ, можно при тщательномъ, продолжительномъ выслушиваніи опухоли живота, слышать сердечные тоны плода, начиная уже съ 5-го мѣсяца.

Къ концу беременности у насъ имѣется такъ много объективныхъ признаковъ, что изслѣдованіе не можетъ уже ввести въ заблужденіе. Ощущаются движенія плода, они даже видны на животѣ, въ особенности, если нѣсколько сдвинуть плодъ изъ его обычнаго положенія, быстро отнять руки и затѣмъ снова ихъ положить. Плодъ реагируетъ на смѣщеніе, онъ снова принимаетъ удобное положеніе и, при этомъ тамъ и сямъ видимо отодвигаетъ вверхъ брюшные покровы.

При аускультации слышны сердечные тоны, а сбоку изохроничный съ сердечными тонами матери, сильно дуошій маточный шумъ, возникаюшій въ сильно извитыхъ артеріяхъ по краю матки. Этотъ шумъ встрѣчается, хотя, и при опухоляхъ, но представляетъ тамъ, вѣдь, очень большую рѣдкость.

Если тщательно изслѣдовать, взвѣсить изложенные симптомы, принять во вниманіе возрастъ женщины, оцѣнить ея указанія и всѣ описанные признаки беременности, то къ концу беременности распознаваніе становится безошибочнымъ. Конечно, при осложненіи опухолями и отсутствіи данныхъ анамнеза бываютъ легко простительныя ошибки. Такъ, міоматозная опухоль можетъ такъ располагаться, что лежащій за ней плодъ не прощупывается. При этомъ матка можетъ имѣть настолько неправильную форму, что наличность опухоли несомнѣнна, и беременность упускается изъ виду. Ошибки встрѣчались у самыхъ опытныхъ гинекологовъ. Между тѣмъ, это въ практическомъ отношеніи не важно, ибо опухоль, быстро увеличиваясь, какъ разъ, подъ влияніемъ беременности, причиняетъ серьезныя разстройства, вынуждающія произвести экстирпацію.

Распознаваніе періода беременности.

Періодъ беременности опредѣляется на основаніи данныхъ изслѣдованія. Въ первые мѣсяцы производится комбинированное, изслѣдованіе, въ болѣе поздніе лишь наружное, затѣмъ внутреннее и, наконецъ, снова комбинированное.

Въ первый мѣсяцъ болѣе тяжелая матка часто опускается нѣсколько книзу, такъ что при внутреннемъ изслѣдованіи находятъ незначительную *retroversio*, разрыхленіе влагалищной части и утолщеніе паразитально мягкаго тѣла матки.

На второмъ мѣсяцѣ матка уже больше, какъ бы, образуетъ сводъ надъ тазомъ. При хорошо опорожненномъ пузырьѣ, нижняя поверхность тѣла матки лежитъ подъ верхнимъ краемъ лоннаго сочлененія. Тѣло матки имѣетъ въ толщину 6 ст. и болѣе увеличено въ ширину, чѣмъ въ длину.

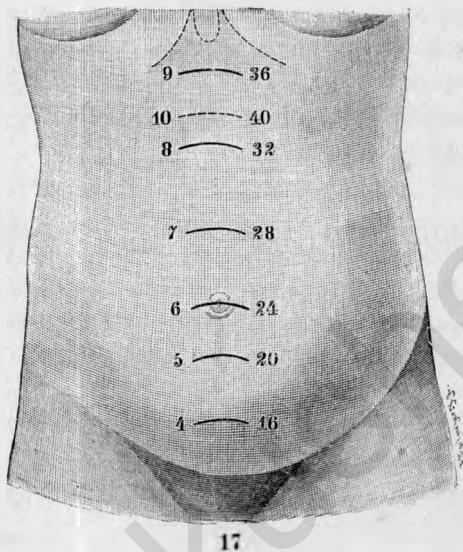
Добавлю здѣсь, что размѣры, полученные чрезъ брюшныя покровы съ трудомъ поддаются точному опредѣленію. Если предъ каждой экстирпаціей опухоли живота точно обозначать предполагаемую ея величину, то впослѣдствіи, на экстирпированной опухоли, часто приходится убѣждаться въ допущенной ошибкѣ. При толстыхъ напряженныхъ брюшныхъ покровахъ опухоль кажется больше.

На третьемъ мѣсяцѣ форма и величина матки ясно прощупывается. При комбинированномъ изслѣдованіи видно, что она стоитъ

выше лоннаго сочлененія, влагалищная часть отклоняется кзади и кверху, соотвѣтственно увеличенію *anteversio*. Нижняя поверхность влагалищной части направлена къ крестцовой впадинѣ.

На четвертомъ мѣсяцѣ матка прощупывается и при одномъ наружномъ изслѣдованіи въ видѣ круглой мягкой опухоли надъ лоннымъ сочлененіемъ. Вслѣдствіе того, что дно матки встрѣчаетъ въ наклоненіи впередъ препятствіе со стороны напряженныхъ брюшныхъ покрововъ, матка имѣетъ болѣе прямое положеніе, такъ что влагалищная часть снова подходит болѣе къ проводной линіи.

На пятомъ мѣсяцѣ дно матки стоитъ на срединѣ разстоянія между пупкомъ и лоннымъ сочлененіемъ. Вся матка наклонена вправо и поворачивается лѣвымъ краемъ нѣсколько кпереди. Влагалищная часть отклоняется нѣсколько влѣво кзади.



17

Положеніе дна матки во время беременности, слѣва мѣсяцы, справа недѣли.

На шестомъ мѣсяцѣ дно матки достигаетъ высоты пупка. На седьмомъ оно стоитъ на два пальца, на восьмомъ — на ладонь выше пупка. Она спереди плотно прилегаетъ къ брюшнымъ покровамъ. Влагалищная часть находится высоко вверху, такъ что палець едва въ состояніи достигнуть ея и ощупать, она еще плотна и ясно различима, однако, постепенно все болѣе и болѣе разрыхляется.

На девятомъ мѣсяцѣ матка достигаетъ своего наивысшаго уровня оно доходитъ до края реберъ. На десятомъ мѣсяцѣ дно матки снова опускается, вслѣдствіе наклоненія впередъ тяжелой матки, и стоитъ приблизительно на той же высотѣ, какъ на восьмомъ мѣсяцѣ. Положеніе влагалищной части различно. Если весь плодь лежитъ надъ входомъ таза, какъ это бываетъ у многородящей или при суженіи входа таза, то влагалищная часть также стоитъ высоко вверху, большей частью нѣсколько влѣво. Если же у первородящей головка стоитъ уже въ тазу, то она оттѣсняетъ и влагалищную часть глубже книзу. Она перегибается, прощупывается на задней сторонѣ въ видѣ маленькой постепенно исчезающей трубки.

Это, хотя, и представляетъ собой старую схему, при которой уровень дна матки, прощупываемый при пальпации живота, служитъ существ-

веннымъ признакамъ для опредѣленія періода беременности, однако, здѣсь не мало бываетъ исключеній и затрудненій. Итакъ, ошибки относительно періода беременности легки. Часто бываютъ ошибки на 2—3 недѣли. Однако слѣдуетъ принимать во вниманіе, что сюда присоединяется еще много другихъ вспомогательныхъ симптомовъ для точной постановки распознаванія какъ пріостановка менструаціи, движенія плода, опредѣленіе величины всего плода и его головки и. т. д.

При сильномъ напряженіи брюшныхъ покрововъ у первородящихъ головка часто бываетъ настолько глубоко вдвинута, что матка кажется паразитально малой. Отвислость живота также отсутствуетъ, и по этому, наклоненіе матки и увеличивающееся растяженіе живота книзу отъ пупка неясно выражены. На основаніи одного наружнаго изслѣдованія, по величинѣ живота и уровню дна матки можно предположить начало девятого мѣсяца. На самомъ же дѣлѣ рѣчь идетъ о десятомъ мѣсяцѣ, что тотчасъ же выясняется на основаніи данныхъ ощупыванія головки въ тазу.

Далѣе, приходится принимать въ соображеніе, большого ли, или малаго роста беременная. У стройной, высокаго роста женщины беременность, вообще, не видна на первый взглядъ до шестого мѣсяца. У матки имѣется достаточно мѣста, такъ какъ разстояніе отъ груди до таза очень велико. У женщинъ низкаго роста животъ очень сильно выступаетъ уже на четвертомъ мѣсяцѣ въ особенности при узкомъ тазѣ, въ который головка впоследствии не можетъ вступить. И одежда имѣетъ значеніе. Особамъ, стремящимся скрыть беременность, удается до восьмого мѣсяца настолько стягивать животъ, что даже врачъ на первый взглядъ не замѣчаетъ беременности.

Женщины же, ощущающія чувство полноты внизу живота и испытывающія отъ этого затрудненія, одѣваются въ настолько свободное и удобное платье, что уже чрезъ 3—4 мѣсяца размѣры живота представляются значительно больше, чѣмъ каковы они въ дѣйствительности.

Если у беременной узкій тазъ, при которомъ плодъ лежитъ въ отвисломъ животѣ поперечно, или косо, то матка часто бываетъ совершенно кругла, въ такомъ случаѣ «стояніе дна», вообще, не даетъ никакихъ указаній.

Однако, въ этомъ случаѣ большей частью удается вполне отчетливо захватить между обѣими руками головку плода, которая стоитъ совершенно свободно надъ тазомъ. По величинѣ головки, въ связи съ остальными признаками, представляется тогда возможность сдѣлать довольно точный выводъ относительно величины плода.

Ahlfeld предложилъ также прямое измѣреніе длины плода при помощи криваго циркуля, причѣмъ одна ножка циркуля ставится на дно

снаружи, а другая на головку во влагалищѣ внутри. Полученная такимъ образомъ цифра, якобы, соотвѣтствуетъ половинѣ длины плода.

Я втеченіе многихъ лѣтъ примѣнялъ этотъ методъ, не получая достовѣрныхъ результатовъ. Опредѣленіе величины отчетливо, съ обѣихъ сторонъ, обхватываемаго надъ тазомъ черепа кажется мнѣ боле надежнымъ.

Втеченіе всей беременности матка очень мягка и прилегаєтъ къ окружающимъ частямъ. При предлежаніи спинки плодъ вмѣстѣ съ маткой склоняется большей частью вправо, отклоняясь отъ гребня позвоночника. При стоячемъ положеніи, плодъ вмѣстѣ съ маткой такъ тѣсно прилегаєтъ къ передней брюшной стѣнкѣ, что былъ поднятъ вопросъ о физиологической anteversio uteri при опусканіи живота. Чѣмъ болѣе вялы брюшные покровы, тѣмъ сильнѣе нарастаетъ anteversio. Когда она достигаетъ патологически высокиxъ степеней, передняя брюшная стѣнка касается при стоячемъ положеніи, передней поверхности бедеръ. Въ такомъ случаѣ получается сильно отвислый животъ.

Гигіена беременности.

Беременные должны продолжать жить такъ, какъ онѣ привыкли. Если бы привыкшая къ физическому труду женщина вздумала во время беременности постоянно лежать, то это ей было бы такъ же вредно, какъ, если бы женщина, никогда не знавшая физическаго напряженія, во время беременности внезапно стала бы производить тяжелую работу.

Врачъ осаждаєтся вопросами со стороны беременных состоятельныхъ классовъ. Онъ постоянно долженъ себѣ говорить, что, если онъ будетъ слишкомъ строгъ, его совѣты все таки не будутъ выполняться, а если онъ слишкомъ будетъ идти навстрѣчу всякаго рода желаніямъ, то всякое случайное несчастье будетъ приписано его нерадѣнію.

Психика играетъ большую роль во время беременности, какъ уже замѣчено выше, стр. 40. Врачъ и окружающіе разумнымъ воздействием на беременных въ состояніи предотвратить много зла. Превеличенную боязливость слѣдуетъ подавлять указаніями на то, что, со времени существованія міра, миллионы и миллиарды женщинъ благополучно рожали и рожаютъ, и что, слѣдовательно, и въ данномъ случаѣ не имѣется какихъ либо поводовъ къ опасеніямъ. Однако, врачъ не долженъ только отрицательно высказываться и ограничиваться только запрещеніями. Наоборотъ, онъ долженъ предписывать опредѣленный режимъ. Беременной гораздо пріятнѣе, когда ей въ положительной формѣ говорится, что она должна дѣлать, чѣмъ когда ей лишь говорится о томъ, чего она не должна дѣлать.

Всѣ обыкновенныя кушанья дозволены. Особеннымъ прихотямъ беременныхъ можно удовлетворять, въ томъ случаѣ, если онѣ не приносятъ очевиднаго вреда. Завтракъ слѣдуетъ давать въ постели, въ особенности, если имѣется vomitus matutinus (рвота по утрамъ). Если, послѣ ѣды беременная продолжаетъ спокойно лежать въ постели втеченіе 1—2 часовъ, то этого большей частью достаточно для воспрепятствованія ранней рвотѣ. Слѣдуетъ часто ѣсть. Самый лучший способъ побороть рвоту и тошноту—это непрерывно ѣсть, или пить. Принятіе обильной и тяжелой пищи поздно вечеромъ ведетъ къ ухудшенію сна. Безсонница часто улучшается лишь благодаря тому, что въ послѣдній разъ пища принимается за 3 часа до сна и что она состоитъ только изъ молока съ хлѣбомъ, или супа.

Алкоголь по двумъ причинамъ долженъ быть совершенно и строго запрещенъ во время беременности. Во-первыхъ, многія женщины, приучившись во время беременности, ради подавленія чувства слабости и тошноты, къ употребленію ликеровъ или коньяку, превращались въ алкоголичекъ, и во-вторыхъ, у меня, на основаніи многихъ наблюденій, незыблемо установленъ фактъ, что дѣти отъ матерей, пившихъ во время беременности много алкоголя, рождаются, выражаясь просто, глупыми и глупыми остаются. Однако, это составляетъ еще наименьшее зло. Въ дѣлахъ безчисленнаго множества преступниковъ и слабоумныхъ людей анамнезъ показываетъ, что матери были алкоголичками. Здѣсь трудно быть достаточно строгимъ. *Principiis obsta!*

Старый взглядъ, что сильныя тѣлесныя напряженія вызываютъ прекращеніе беременности, вполне справедливъ. Беременная, котормъ случается падать, котормъ ѣздятъ на велосипедѣ, котормъ до усталости шьютъ на машинѣ, поднимаютъ большія тяжести, котормъ танцуютъ, у котормъ животъ подвергается прямому ушибу, на котормъ нападаетъ собака, котормъ ѣздятъ по ухабистой дорогѣ, котормъ совершаютъ продолжительныя путешествія по желѣзной дорогѣ, легко выкидываютъ, въ особенности, если онѣ не привыкли утомляться. Съ другой стороны не слѣдуетъ забывать, что часто беременныя подвергаются всевозможнымъ вреднымъ вліяніямъ, не имѣя никакого представленія о своей беременности и лишь впоследствии, когда чрезъ 6—8 недѣль признаки становятся болѣе отчетливыми, онѣ вдругъ начинаютъ быть осторожными. Если производились крупныя хирургическія операціи, ампутаціи конечностей, чревосѣченія, даже вылушенія міомъ изъ беременной матки и не наблюдалось, въ видѣ слѣдствія, выкидышей, то и обычныя напряженія повседневной жизни никакого вреда не нанесутъ. Сильныя запоры составляютъ большую травму для матки, чѣмъ физическій трудъ.

О томъ, что слишкомъ частое совокупленіе вредно, свидѣтельствуя частые случаи кровотеченій и выкидышей въ началѣ беременности. Половое влеченіе во время беременности часто бываетъ чрезвычайно сильно. Гиперэмія во время полового возбужденія, вѣроятно, болѣе вредитъ, чѣмъ nimius impetus coeundi. Во всякомъ случаѣ, въ этомъ отношеніи слѣдуетъ рекомендовать осторожность.

Беременная не должна затягиваться, желая изъ тщеславія скрыть беременность. Обычный корсетъ долженъ быть замѣненъ свободнымъ «корсетомъ беременности» или же совершенно упраздненъ. Животъ и груди не слѣдуетъ стягивать. Рекомендуется носить, начиная съ середины беременности, брюшной бинтъ для поддержанія живота. То обстоятельство, что у первородящихъ, за ничтожными исключениями, наблюдаются продольныя положенія, имѣетъ своей причиной напряженность брюшныхъ покрововъ. Если достигающимъ своей цѣли брюшнымъ бинтомъ (бандажемъ) замѣнять отсутствующее напряженіе, то и при послѣдующихъ родахъ плодъ будетъ имѣть такое же положеніе, какъ при первыхъ.

Беременная должна ходить ежедневно, до самой послѣдней поры. Въ какого либо непосредственнаго повода, тѣлесныя движенія не должны быть прекращены. Если беременная послѣднихъ періодовъ беременности пролежитъ лишь втеченіе одной недѣли, то послѣ этого всякія движенія становятся для нея почти совершенно невозможными. И нѣтъ лучшаго средства сохранить душевную и тѣлесную свѣжесть, какъ ручной трудъ и тѣлесныя движенія.

Половыя части должны содержаться опрятно обмываніями утромъ и вечеромъ прохладной водой, лучше всего въ видѣ, простыхъ ополаскиваній. Ванны полезны. Если возможно, беременнымъ слѣдуетъ принимать ванны разъ въ недѣлю, а въ послѣднія 4 недѣли 2 раза въ недѣлю. Прибавленіе соли слѣдуетъ запрещать. Продолжительныя горячія соленыя ванны дѣйствуютъ какъ abortivum. Соду можно прибавлять въ воду для ванны, или же въ жидкость для обмываній, для ванны одинъ фунтъ. Температура должна быть 33° С. Послѣ ванны, дѣйствующей большей частью утомляюще, беременная должна отдыхать. Поэтому, лучше всего принимать ванны вечеромъ, предъ сномъ. Частичныя ванны—сидячія и ножныя—должны быть запрещены. Многіе по справедливости считаютъ ихъ за abortiva и emmenagoga.

Необходимыя лекарства можно давать безъ опасенія. Такъ, хининъ не представляетъ собой abortivum, какъ считалось раньше. Точно такъ же при головныхъ и нервныхъ боляхъ безопасенъ фенацетинъ и пирамидонъ въ четверти дозы, какъ и антипиринъ, мигренинъ, также морфій. Во всякомъ случаѣ, слѣдуетъ назначать по

возможности меньше медикаментовъ, ибо всѣ растворимыя въ водѣ вещества, въ особенности морфій и алкоголь, переходятъ къ плоду и вредятъ—хотя это и не всегда обнаруживается—нѣжному организму плода. Что послѣдній болѣе уязвимъ, чѣмъ организмъ матери, вѣдь, ясно. Такъ, погибаетъ плодъ отъ сифилиса, который не убиваетъ матери, и не въ состояніи же плодъ устоять предъ дѣйствіемъ высокой лихорадки, которая переносится матерью. Въ виду этого, лучше, въ общемъ, пользоваться мѣрами діететическими, чѣмъ лекарственными.

Почти всѣ беременныя страдаютъ запорами. Отправленія кишечника становятся вялыми, въ силу того, что работа кишечника мало возбуждается, такъ какъ беременная въ общемъ бережетъ себя. Правильныя опорожненія кишечника, однако, необходимы. Этой цѣли стараются достигнуть при помощи меда и масла, принятія по утрамъ минеральной воды, обильной овощной пищи, плодовъ и примѣненія другихъ діететическихъ мѣръ. Очень рекомендуется, въ особенности слабымъ худымъ беременнымъ, молочный сахаръ, утромъ и вечеромъ по 30 г. растворенный въ молокѣ, водѣ или жидкомъ коффе. Онъ, повидимому, дѣйствуетъ также непосредственно на бессонницу. Минеральныя слабительныя можно примѣнять отъ времени до времени, но не постоянно, потому что вскорѣ развивается изжога и чувство жара въ нижнемъ отдѣлѣ толстыхъ кишекъ. Съ другой стороны, страхъ предъ проносными средствами преувеличивается. Если у беременной достигаются хорошія отправленія кишечника отъ приѣма вечеромъ нѣсколькихъ *pillulae aloëticae ferratae* 2—3 раза въ недѣлю, то можно продолжать принимать ихъ втеченіе цѣлыхъ недѣль. При этомъ я немедленно ихъ отмѣняю какъ и лепешки *Cascarae Sagradae*, Кнейповскія и швейцарскія пилюли, каскаринъ, пургатинъ и тамаринду, какъ только обычная доза (2 пилюли) оказывается уже недостаточной. *Vinum Cascarae Sagradae*, настой крушины, Сень-Жерменовъ чай, порошокъ ревеня, *magnesia cum rheo*, *tartarus depuratus*, Куреласч'овскій грудной порошокъ, всѣ эти средства должны быть испробованы въ малыхъ дозахъ. И, наоборотъ, слѣдуетъ немедленно ихъ отмѣнять, какъ только приходится черезчуръ повышать дозу.

Груди должны быть «высоко подвязаны». Грудные соски слѣдуетъ обмывать теплой водой, въ случаѣ надобности разведеннымъ алкоголемъ, чтобы очищать отъ присыхающихъ жирныхъ выдѣленій, выступающихъ во время беременности. Остающаяся подъ корками кожа мягка и легко ранима. Особенно тщательно слѣдуетъ обмывать растрескавшіеся соски. При малѣйшей ихъ чувствительности, слѣдуетъ ихъ обкладывать чистой ватой и защищать отъ всякаго тренія давленія и пораненія. Въ возможность удлинять глубоко-лежащіе соски при помощи вытягиванія я не вѣрю.

Уходъ за слизистой оболочкой рта, геср. уходъ за зубами слѣдуетъ настоятельно рекомендовать, ибо при повышенной желудочной кислотности или кислой рвотѣ наступаетъ припухание десенъ и caries зубовъ. Поэтому, слѣдуетъ полоскать ротъ, особенно послѣ плодovъ каждый разъ, щелочной водой (1 чайная ложка *Liquoris kalii carbonici* или *Aquae calcis* на 1 стаканъ воды). Изъ спиртныхъ примѣсей рекомендуется тимоловая вода для полосканія, *tinctura Myrrhae* или *Ratanae*. При разрыхленіи, отслоикѣ и незначительной кровоточивости десенъ необходимы смазыванія настойкой ратаніи, или въ тяжелыхъ случаяхъ—іодной настойкой.

Отвѣтъ на вопросъ относительно того, слѣдуетъ ли во время беременности удалять, или пломбировать зубы, зависитъ отъ индивидуальности беременной. У разумныхъ женщинъ подобныя манипуляціи особенной опасности не представляютъ. Если же беременная отправляется къ зубному врачу въ сильнѣйшемъ волненіи и страхѣ, если завязывается, какъ бы, борьба между врачомъ манипулирующимъ во рту, и сопротивляющейся больной, если лѣченіе больной продолжается долгое время, если оно очень болѣзненно, если постепенно повышается психическое возбужденіе и если дѣло даже доходитъ до насильственного сопротивленія рѣзкими отталкивающими движеніями, то манипуляція надъ зубами можетъ, естественно, тотчасъ повести къ выкидышу. Итакъ, необходимо знать больную и въ частности, родъ страданія зубовъ, чтобы сообразно этому рѣшать, слѣдуетъ ли дозволить леченіе зубовъ.

ШЕСТАЯ ГЛАВА.

Плодь въ отдѣльные мѣсяцы беременности.

Приблизительно до 6-й недѣли плодь называется *Embryo* (зародышемъ), а съ этого времени *Foetus*.

Къ концу 1-го мѣсяца *Embryo* имѣетъ 1 сант. въ длину. Однако этимъ измѣреніямъ нельзя придавать точнаго значенія, такъ какъ у измѣряемаго предмета не имѣется вѣрныхъ опознавательныхъ точекъ для измѣренія.

Въ концѣ 2-го мѣсяца можно различать большую голову, на ней уши, ротъ, глаза. На конечностяхъ можно видѣть зачатки пальцевъ. Верхняя и нижняя конечности уже раздѣлены на три части. Полость живота закрыта, пупокъ виденъ въ видѣ кольца, которое

смыкается на 3-мъ мѣсяцѣ. Зародышъ достигаетъ длины приблизительно 3 сант. Кожа стекловидна, кровеносные сосуды просвѣчиваютъ. Жиръ отсутствуетъ.

На 3-мъ мѣсяцѣ образуются ногти, плодь имѣеть 9—10 сант. въ длину. На такомъ плодѣ я отчетливо констатировалъ медленныя движенія конечностей.

Membrana pupillarigis видна макроскопически къ концу 3-го мѣсяца въ видѣ сѣрой, тонкой закрывающей зрачокъ оболочки.

Къ концу 4-го мѣсяца плодь имѣеть 15—17 сант. въ длину. Активныя движенія видны отчетливо. Половыя особенности наружныхъ половыхъ органовъ выражены. Вѣсъ этого маленькаго плода съ трудомъ поддается опредѣленію. Онъ очень быстро уменьшается вслѣдствіе испаренія влаги. Данныя взвѣшиванія имѣють значеніе лишь въ томъ случаѣ, если взвѣшиваніе производится непосредственно вслѣдъ за родами. И въ этомъ случаѣ получались столь крупныя разницы, что врядъ-ли возможно указать надежныя среднія цифры. Остальные признаки у очень раннихъ плодовъ во всякомъ случаѣ болѣе цѣнны, чѣмъ вѣсъ.

Къ концу 5-го мѣсяца плодь имѣеть около 24 сант. въ длину. На головѣ имѣются волосы. У живо-рожденнаго плода видны сердцебиенія, кожа стекловидна, красна, сосуды ясно просвѣчиваютъ. Плодь производитъ періодическія «напрасныя» дыхательныя движенія, не вводящія воздуха въ легкія. Вѣки плотно склеены. Membrana pupillarigis приобрѣтаетъ къ концу 5-го мѣсяца ббльшую плотность. Подъ увеличительнымъ стекломъ въ ней видны сосуды. Послѣ этого оболочка исчезаетъ.

На 6-мъ мѣсяцѣ плодь достигаетъ длины 33—35 сант. И эти цифры произвольны, въ виду того, что при выпрямленіи легко можно вытянуть плодь на 1—2 сант. Плодь вѣситъ около 1000 г., или нѣсколько больше. Онъ быстро двигается, однако, вскорѣ умираетъ.

Къ концу 7-го мѣсяца плодь имѣеть 34—39 сант. въ длину, онъ достигаетъ вѣса 1600 г. Отложеніе жира начинается, кожа уже не стекловидна и красна. Пушокъ имѣется въ изобиліи, на лицо, сыровидная смазка уже успѣла отложиться на спинѣ и затылкѣ. Голова бросается въ глаза своей величиной. Кости черепа легко едавливуются, роднички ясно прощупываются. Волосы на головѣ длинной въ 0,6 сант. Объемъ черепа составляетъ 23—24 сант., продольный размѣръ—7—8,5, поперечный размѣръ—6—6,5, длина большаго родничка—4,5 сант. Вѣки склеены, однако, раскрываются при растягиваніи. Membrana pupillarigis часто имѣется еще на лицѣ въ началѣ мѣсяца, въ видѣ небольшихъ темныхъ обрывковъ по зрачковому краю, но совершенно исчезаетъ до 8-го мѣсяца. Хрящи носа и ушныхъ

раковинъ при надавливаніи едва отличимы отъ мягкихъ частей, ушныя раковины дряблы и прижаты къ черепу, часто склеены сыровидной смазкой. Плечо достигаетъ длины 4,5—4,8 сант., локтевая кость—3,9 сант., лучевая кость—3,7 сант., бедро—4,2—4,5 сант., большая и малая берцовыя кости—4,1—4,5 сант.

Пупочный канатикъ толстъ, студенистъ и прикрѣплень значительно ниже середины разстоянія между мечевиднымъ отросткомъ и лоннымъ сочлененіемъ.

Яички вступаютъ въ брюшное кольцо, находятся, однако, и впоследствии въ немъ, или впереди его. Выступаютъ складки мошонки. Большія половыя губы, хотя, выпячиваются вслѣдствіе наростанія жира, однако, не прикрываютъ еще малыхъ половыхъ губъ, такъ что клиторъ отчетливо виденъ. Ногти не доходятъ еще до кончиковъ пальцевъ. Въ толстыхъ кишкахъ имѣется меконій. Въ мозгу уже имѣются извилины. Всѣ плаценты составляетъ приблизительно 450 г., пупочный канатикъ достигаетъ длины 45 сант.

Плечевой размѣръ равенъ 6—7,5 сант. Бедряной размѣръ—5—6 сант. Печень велика, темно-краснаго цвѣта. Въ прямой кишкѣ находится темнозеленый меконій, имѣющій болѣе свѣтлую окраску въ верхнихъ отдѣлахъ толстыхъ кишекъ. Дѣти 7-ми-мѣсячныя иногда громко и сильно кричатъ, однако, большей частью чрезъ нѣсколько часовъ умираютъ. Конечности двигаются, туловище, однако, не вполне выпрямляется. Ребенокъ хотя глотаетъ, но не сосетъ.

Введенная пища попадаетъ въ желудокъ. Мышечная сила недостаточна для поддержанія дыханія. Мнѣ и другимъ удавалось сохранить въ живыхъ дѣтей съ вѣсомъ 7-ми-мѣсячнаго плода, значить отъ 1300—1400 г. Но это большей частью очень мало развитые плоды болѣе поздняго періода. Такъ, напр., у женщины съ порокомъ сердца можетъ родиться на 8-мъ или 9-мъ мѣсяцѣ ребенокъ вѣсомъ въ 1400 г., который можетъ тогда остаться въ живыхъ. Или же у близнецовъ 9-го мѣсяца бываетъ вѣсъ въ 1350 г. Они, однако, старше, чѣмъ указываетъ вѣсъ. При своихъ малыхъ размѣрахъ, они, однако, обладаютъ жизнеспособностью дѣтей болѣе старшаго возраста. Въ такомъ случаѣ удастся сохранить ребенка въ живыхъ, при очень тщательномъ уходѣ, возможномъ лишь въ клиникѣ, въ особенности при искусственномъ согрѣваніи.

На 8-мъ мѣсяцѣ, на которомъ, по предположенію закона, приобрѣтается жизнеспособность, плодъ достигаетъ длины 38—43 сант. и вѣситъ 1500 до 2000 г., къ концу мѣсяца часто еще больше. Отложеніе жира хотя уже начинается, но старческой видъ еще сохраняется. Кожа еще красна, но свѣтлѣе, чѣмъ на 7-мъ мѣсяцѣ. Пушокъ имѣется на спинѣ и затылкѣ. Голова относительно велика и еще

мягка, кости легко сдвигаются. Волосы окрашены, длиной въ 0,5—0,7 сант. Объемъ головы равенъ 24—26 сант., продольный размѣръ—8—9,5, поперечный размѣръ—6—7,5 сант. Вѣки слабо склеены, однако, плодь произвольно открываетъ глаза, membrana pupillaris совершенно исчезла. При надавливаніи можно обнаружить хрящи носа и ушныхъ раковинъ. Въ кожѣ носа и окружности рта видно множество комедоновъ и просовидныхъ кистъ. Они постепенно исчезаютъ. Пупочный канатикъ прикрѣпленъ лишь очень немногимъ ниже середины разстоянія между мечевиднымъ отросткомъ и лоннымъ сочлененіемъ. Яички ощупываются снаружи, они спускаются въ мошонку. Большая половая губы толще, оставляютъ, однако, еще достаточный промежутокъ для того, чтобы клиторъ былъ виденъ, плечевой размѣръ равенъ 8—9 сант., бедряной размѣръ—5,5—7,5 сант. Мысь начинаетъ постепенно немного выступать. Въ 5-мъ крестцовомъ позвонкѣ появляется точка объизвѣствленія, въ челюстяхъ видны зубныя бороздки. Ногти на пальцахъ рукъ почти достигаютъ кончиковъ. Длина отдѣльныхъ костей: плечевой: 5—5,2, локтевой 4,5—5, лучевой 4—4,2, бедряной 5,2 больше — и мало-берцовой 4,8—5 сант.

Ребенокъ громко и энергично кричитъ и можетъ, при соотвѣтственномъ уходѣ, остаться въ живыхъ. Однако и онъ всегда погибаетъ, если подвергается охлажденію или даже при обычномъ уходѣ, какъ за доношеннымъ ребенкомъ.

На 9-мъ мѣсяцѣ плодь достигаетъ длины 42—48 сант. и вѣситъ 1700—2700 г., въ среднемъ 2000 г. Члены становятся болѣе округлыми, лицо становится болѣе похожимъ на лицо зрѣлаго плода, однако, оно еще отчетливо худѣ лица зрѣлаго плода. Кожа блѣдно-мясного цвѣта, пушокъ все болѣе и болѣе исчезаетъ. Голова имѣетъ болѣе пропорциональный видъ, черепныя кости даютъ ощущение болѣе плотности. Волосы на головѣ имѣются въ обильномъ количествѣ и достигаютъ длины 1—1,5 сант. Окружность головы равна 26—32 сант., продольный размѣръ—8,5—10 сант., поперечный размѣръ—7—8 сант. Глаза раскрываются. Яички находятся въ сморщенной мошонкѣ. Большая подовая губы ближе придвигаются другъ къ другу. Плечевой размѣръ равенъ 8—11, бедряной размѣръ—6,5—8 сант. Въ третьемъ крестцовомъ позвонкѣ появляются точки объизвѣствленія. Нижняя часть крестца начинаетъ нѣсколько сгибаться кпереди—приблизительно у 4-го крестцоваго позвонка. Во вторую половину 9-го мѣсяца въ большинствѣ случаевъ имѣется на лицо—на одной, по крайней мѣрѣ, сторонѣ—точка окостенѣнія въ нижнемъ эпифизѣ бедра, въ 0,5 сант. величиной. Послѣдъ вѣситъ 460 г., пупочный канатикъ длиной въ 46—47 сант.

Уже при относительномъ уходѣ подобный ребенокъ можетъ остаться въ живыхъ, хотя онъ, конечно, легче погибаетъ, чѣмъ доношенный ребенокъ. Лежа на открытомъ воздухѣ при прохладной температурѣ, онъ, обыкновенно, вскорѣ погибаетъ вслѣдствіе потери тепла.

Зрѣло-рожденный плодъ достигаетъ длины 48—55 сант. и вѣситъ 2800 до 5000 г., среднія цыфры составляютъ 50 сант. для длины и 3250 г. для вѣса. Первые дѣти обыкновенно меньше послѣдующихъ. Мертво-рожденныя дѣти длиннѣе, въ виду отсутствія мышечнаго тонуса.

У близнецовъ мы находимъ всѣ признаки зрѣлости, исключая длину и вѣсъ. Два близнеца едва-ли достигаютъ—когда-либо той длины и того вѣса, какъ двое одиночныхъ дѣтей. Близнецъ вѣсомъ въ 2700 г. вполне доношенъ. Зрѣлый плодъ имѣетъ хорошую жировую подстилку, члены имѣютъ округлую форму. Цвѣтъ лица болѣе блѣденъ, чѣмъ у незрѣлаго плода. Пушокъ исчезаетъ, однако, бываютъ исключенія. Спина, а также сгибательныя поверхности конечности въ большей, или меньшей степени покрыты *verrucae caseosa*, бѣловатой жировой смазкой. Она состоитъ изъ секрета сальныхъ железъ, отпавшаго пушка и эпителиальныхъ клѣтокъ. Волосы на головѣ большей частью темнаго цвѣта и длиной въ 5—6 сант., волосы рѣсницъ и бровей отчетливо выражены. Черепныя кости тверды и у швовъ плотно прилегаютъ другъ къ другу или лежатъ другъ надъ другомъ. Хрящи носа и ушной раковины тверды и придаютъ крѣпость этимъ органамъ. Ногти тверды и выступаютъ за кончики пальцевъ на рукахъ и ногахъ. Груды и грудныя соски нѣсколько выдаются и при надавливаніи выдѣляютъ жидкій секретъ. Большія половыя губы соприкасаются, такъ что малыя лишь немного видны. Въ сморщенной мошонкѣ ощупываются оба яичка. Содержимое кишечника, окрашенное желчью, зеленовато-чернаго цвѣта, находится въ толстыхъ кишкахъ, наружный конецъ ихъ покрытъ бѣловатой эпителиальной массой.

При вскрытіи раньше всего слѣдуетъ отыскивать точку окостенѣнія въ эпифизѣ бедра, имѣющую 0,5—1 сант. въ поперечникѣ. На свѣжемъ трупѣ она выдѣляется своимъ краснымъ цвѣтомъ на фонѣ бѣлой кости, въ пропитавшемся кровью хрящѣ она имѣетъ коричневатокрасный цвѣтъ, при разрѣзаніи и проведеніи пальцемъ можно убѣдиться въ томъ, что она представляетъ собой костную массу.

Зрѣлый ребенокъ медленно, но энергично двигаетъ конечностями. Онъ раскрываетъ глаза, однако, быстро закрываетъ ихъ снова. Зрачки реагируютъ на свѣтъ тотчасъ уже послѣ рожденія головки. Зрѣлый младенецъ кричитъ громко, длительно, сильно,

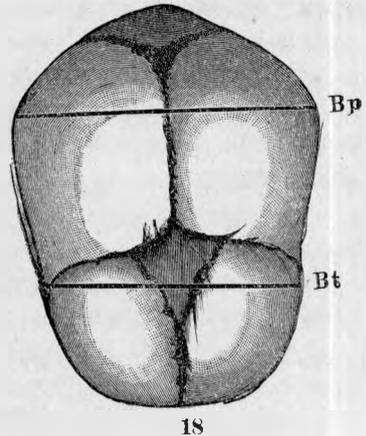
крикъ доносится далеко. Зрѣлый младенец сосеть рефлекторно всякій введенный въ ротъ предметъ. При прикладываніи къ груди кормилицы, онъ тотчасъ начинаетъ сосать. Рефлексы имѣются налицо полностью, но плохо развиты. Болевая чувствительность ничтожна. Часто уже бывали случаи нанесенія дѣтямъ ожоговъ грѣлками, помѣщенными слишкомъ близко къ конечностямъ, причемъ не наблюдалось даже продолжительныхъ криковъ. Если новорожденному вложить въ руку карандашъ, то онъ рефлекторно удерживаетъ его на нѣкоторое время.

Меконій, первородный калъ, окрашенный въ черный цвѣтъ испражнения выдѣляются во время рожденія, или вскорѣ послѣ того.

Черепъ младенца подвиженъ въ своихъ частяхъ, благодаря тому, что составляющія его кости соединены кожными «швами». Мы различаемъ: 2 лобныя кости, соприкасающіяся по средней линіи въ лобномъ швѣ (*sutura frontalis*) и сзади связанныя съ темянными костями въ вѣнечныхъ швахъ (*suturæ coronales*).

На мѣстѣ встрѣчи 4 костей находится большой родничекъ. Онъ образуетъ трапецію, съ острымъ переднимъ угломъ, переходящимъ въ лобный шовъ (*sutura frontalis*) и тупымъ заднимъ угломъ, переходящимъ сзади въ стрѣловидный шовъ (*sutura sagittalis*). Сзади теменная кость граничатъ съ затылочной костью, съ чешуей затылочной кости (*os occipitis*). Гладкій стрѣловидный шовъ образуетъ съ зубчатыми ламбдоидными швами малый родничекъ. Менѣе важное значеніе имѣетъ передній боковой родничекъ, между височной, лобной и клиновидной костями и задній— между затылочной, теменной и височной костями. Между обоими боковыми родничками направляется выпукло кпереди височный шовъ (*sutura temporalis*). Толще всего кость у затылочнаго бугра, у лобныхъ и теменныхъ бугровъ (*tubera parietalia*). По направленію къ швамъ кости истончаются. Часто край кости бываетъ у швовъ, особенно у стрѣловиднаго шва, лучеобразно неправиленъ и затѣмъ образуетъ дефекты, большей частью равномерно на обѣихъ сторонахъ. Вслѣдствіе этого получаютъ въ швахъ широкія пространства, дыры, ложные роднички. Въ затылочной кости также бываютъ дефекты окостенѣнія (*craniotabes*).

Мы различаемъ слѣдующіе размѣры головки:



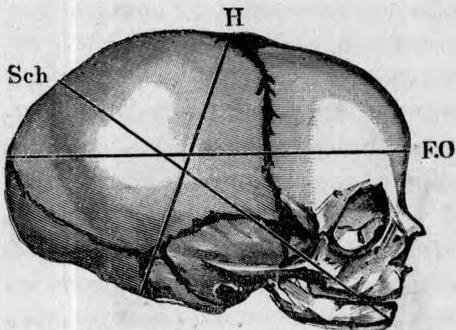
Черепная крышка. Вр — межлобной разм. Вт — межзатылочный разм.

1. Бипаріэталный (межтемянный) — большой поперечный размѣръ, отъ одного *tuber parietale* (теменного бугра) къ другому, рис. 18 $Bp = 9 - 10$ сант.

2. Битемпоральный (межвисочный) — малый поперечный размѣръ отъ одного виска къ другому, рис. 18 $Bt = 8$ сант.

3. Лобно-затылочный — прямой или продольный размѣръ отъ *glabella* (надпереносья) къ *tuber occipitale* (затылочному бугру), рис. 19 $FO = 1$ до 12 сант.

4. Окружность головы $= 33 - 35$ сант.



Боковой видъ черепа Н—вертикальный разм.
FO—лобно-затылочный разм. Sch—большой
косой разм.



Видъ черепа спереди.

5. Вертикальный размѣръ, называемый также малымъ косымъ размѣромъ, отъ задняго края большого родничка къ серединѣ линіи, идущей отъ *tuber occipitale* (затылочнаго бугра) къ *foramen magnum* (затылочной дырѣ), рис. 19 $H = 9,5$ сант.

6. Окружность черепа $= 31 - 33$ сант.

7. Менто-окципитальный (подбородочно-затылочный) размѣръ, называемый также большимъ косымъ размѣромъ, рис. 19 $Sch = 13 - 14$ сант.

СЕДЬМАЯ ГЛАВА.

Р о д ы .

Начало родовъ.

То обстоятельство, что нормальные роды начинаются почти всегда въ одинаковый срокъ, подавало акушерамъ поводъ къ самымъ разнообразнымъ попыткамъ выяснитъ причину его. Однако, приходится удовлетворяться тѣмъ, чтобы, просто, принять за законъ природы наступленіе родовъ приблизительно чрезъ 280 дней.

Въ объясненіе приводятся слѣдующіе моменты: что плодъ, постепенно превышающій вмѣстимость матки, побуждаетъ послѣднюю стремиться къ опорожненію; что головка, надавливая на нижній сегментъ матки, раздражаетъ многочисленныя здѣсь, размножающіеся еще во время беременности нервы, что кислородъ доставляемый матерью оказывается уже недостаточнымъ и что, поэтому, избытокъ углекислоты плода вызываетъ въ маткѣ сокращенія, что жирно-перерождающаяся decidua, дѣйствуя какъ бы инородное тѣло, вызываетъ схватки, что имѣющіяся уже въ послѣднее время беременности такъ называемыя схватки беременности усиливаются до степени родовыхъ схватокъ,— все это звучитъ вполнѣ вѣроятно. Однако, этого недостаточно для того, чтобы механически объяснить наступленіе родовъ къ опредѣленному сроку. И при внѣматочной беременности къ terminus partus (сроку родовъ) наступаютъ правильныя схватки, подъ влияніемъ которыхъ отслоивается слизистая оболочка и выталкивается въ видѣ pseudo decidua.

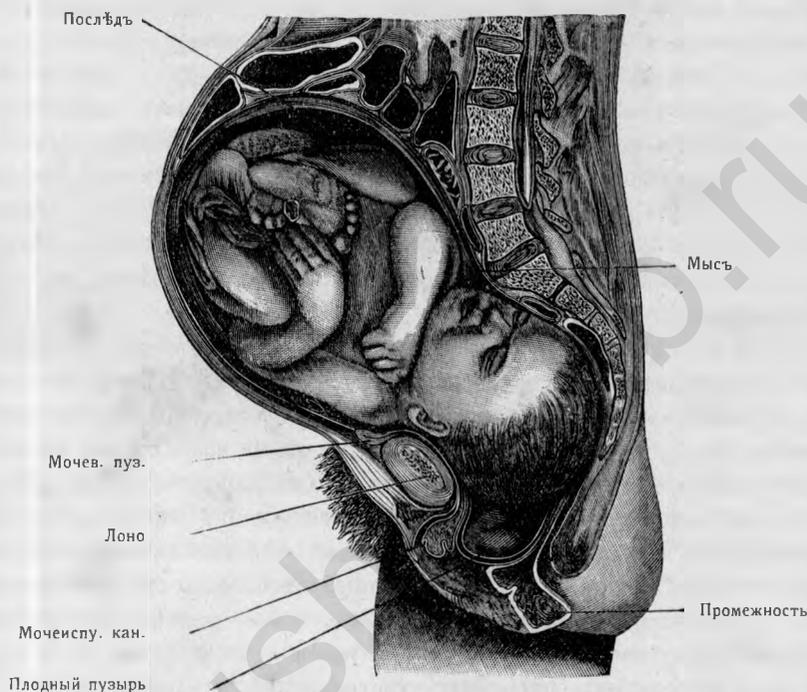
Въ большинствѣ случаевъ у матери началу родовъ предшествуетъ состояніе возбужденія въ сосудистой системѣ. Если беременная къ концу 10-го мѣсяца жалуется на внезапно наступающее ощущеніе жара, на приливъ крови къ головѣ, на недостатокъ воздуха и извѣстную прекордиальную тоску, то это большей частью представляетъ собой неприятое ощущеніе, непосредственно предшествующее началу родовъ, которое сказывается также въ разслабленномъ или плаксивомъ настроеніи. По этому «подымающемуся устрашающему жару» часто возможно точно распознать начало родовъ еще до возможности обнаружить что либо объективное.

Большая противъ прежняго чувствительность матки видна во время изслѣдованія. Уже одно представленіе о томъ, что будетъ производиться изслѣдованіе, вызываетъ сокращеніе матки. Изслѣдованіе само по себѣ вызываетъ схватки даже уже въ серединѣ беременности, еще больше къ концу ея. Эти такъ-называемыя схватки беременности ощущаются не въ видѣ болей, а въ видѣ уплотненія живота, самое большее въ видѣ жилаго. При дѣйствительномъ началѣ родовъ сокращенія становятся энергичнѣе, онѣ продолжаются дольше и повторяются чрезъ опредѣленные промежутки. Беременная ощущаетъ ихъ сама, но часто, какъ первородящая, не умѣетъ ихъ себѣ истолковать, пока усиленіе боли не разсѣиваетъ вскорѣ всѣ сомнѣнія. Роды начинаются! При физическомъ покоѣ схватки хотя часто снова ослабѣваютъ, однако, тотчасъ наступаютъ снова, съ большей силой, при ходьбѣ.

Существуетъ большая разница между первородящими и много-родящими и среди послѣднихъ, опять таки, между тѣми, у которыхъ

долгое время не имѣлось родовъ, и тѣми, которыя родили незадолго, напр., за годъ.

У первородящихъ боли усиливаются, раскрытіе маточнаго зѣва можетъ быть уже настолько болѣзненно, что роженица громко кричить и стонетъ. Однако, уже на первый взглядъ, не смотря на сильныя проявленія боли, опытный акушеръ узнаетъ, что настоящія



21

Образованіе и дѣйствіе плоднаго пузыря разрѣзь Брауна.

потужныя схватки еще не имѣются налицо. Беременная кричитъ и во время схватокъ, чтѣ было бы уже не возможно, если бы ей приходилось, задерживая дыханіе при опущеніи грудобрюшной преграды, тужиться.

У многородящихъ, долгое время, напр. 3—4 года, не рожавшихъ, маточный зѣвъ снова успѣваетъ достигнуть той же плотности, какъ у первородящихъ, такъ что теченіе родовъ вначалѣ похоже или совершенно сходно съ теченіемъ ихъ у первородящихъ. Наоборотъ, если роды происходили незадолго, то раскрытіе зѣва, оставшагося, при этомъ, въ размягченномъ состояніи, совершаются, если не незамѣтно, то, во всякомъ случаѣ, при гораздо меньшей болѣзненности.

Часто первородящія почти не знаютъ, что схватки уже происходили, онѣ находятся въ неизвѣстности относительно того, идутъ

ли уже роды. А между тѣмъ ощупывается уже полное раскрытіе зѣва! Въ подобныхъ случаяхъ благоприятныхъ незамѣтныхъ подготовленій, роды протекають поразительно быстро и благополучно.

Слизистая пробка въ шейкѣ матки становится совершенно подвижной, часто она цѣликомъ, или частью остается на изслѣдующемъ пальцѣ въ видѣ нѣсколько кровянисто-окрашенной, стекловидной, тягучей слизистой массы.

Практически важно умѣть точно распознавать начало родовъ. Три явленія, независимо отъ потужной дѣятельности, даютъ возможность съ точностью поставить распознаваніе: сглаживаніе влагалишной части, расширение маточнаго зѣва и напряженіе впереди головки плоднаго пузыря, геср. «переднихъ водъ».

У первородящихъ слѣдуетъ придавать большое значеніе расширенію маточнаго зѣва, у многородящихъ — сглаживанію влагалишной части. У тѣхъ и другихъ рѣшающее значеніе принадлежитъ напряженію «плоднаго пузыря».

Если мускулатура матки сокращается во время потугъ по направленію кверху, если отверстіе въ маткѣ, маточный зѣвъ, становится отъ этого больше, если наиболѣе подвижная часть содержимаго матки, около-плодная жидкость, уступая давленію во время уменьшенія матки, отгѣсняется въ маточный зѣвъ, то послѣдній растягивается и долженъ постепенно увеличиться: расшириться. Какъ видно на рис. 21, пузырь, растягивая маточный зѣвъ, отгѣсняется внизъ, во влагалище. Въ промежутокъ между схватками слѣдуетъ отгѣснять воды обратно кверху, въ матку, такъ чтобы была возможность сквозь пузырь прощупывать пальцемъ головку, геср. ея швы и роднички. Во время схватки пузырь туго натянутъ, такъ какъ полость матки уменьшается, и подвижная околоплодная жидкость уходитъ въ ту сторону, гдѣ противодавленіе отсутствуетъ.

Разрывъ плоднаго пузыря.

Верхняя часть яйцевыхъ оболочекъ, лежащая близко къ внутренней поверхности матки и плотно къ ней прилегающая, не смѣщается. Слѣдовательно, чѣмъ больше околоплодной жидкости выжимается мимо головки въ плодный пузырь во время уменьшенія матки вслѣдствіе схватокъ, тѣмъ больше нарастаетъ количество «переднихъ водъ», тѣмъ больше растягивается свободная, лишенная опоры, часть плоднаго пузыря. Этому растяженію яйцевыя оболочки уступаютъ до извѣстной степени. При сильномъ же увеличеніи давленія пузырь разрывается и околоплодная жидкость изливается. Отходить ли тотчасъ много или мало жидкости, т. е. вытекаетъ ли

околоплодная жидкость совершенно, или же отходятъ только «переднія воды»—это зависитъ отъ побочныхъ обстоятельствъ. При поперечныхъ, или косыхъ положеніяхъ, при которыхъ, напр., переднія воды не разобщены отъ заднихъ водъ посредствомъ дѣйствующей на подобіе клапана головки, почти вся жидкость вытекаетъ сразу во время сильной схватки и даже увлекаетъ за собой лежащую свободно надъ маточнымъ зѣвомъ ручку, или не обвитую длинную пуповину. Если же предлежитъ головка, то она со всѣхъ сторонъ плотно прилегаетъ къ внутренней поверхности матки. Во время схватки это прилегание становится, хотя, еще болѣе тѣснымъ, однако, при сильномъ давленіи во время каждой схватки немного жидкости все таки выдавливается въ пузырь, у головки, чрезъ поясъ соприкосновенія между головкой и маткой. Мало-по-малу накапливается такое большое количество, что чрезмѣрно натянутый пузырь разрывается. Тогда, однако, головка, освободившись отъ противодавленія со стороны находившихся въ пузырь подъ высокимъ давленіемъ переднихъ водъ, тутъ же нѣсколько опускается и, благодаря этому, на подобіе клапана, преграждаетъ путь послѣдующимъ водамъ. Слѣдовательно, не всѣ воды изливаются. Когда же снова наступаютъ схватки, то при каждой схваткѣ, сообразно ея энергіи, дальнѣйшія воды, по прежнему протекаютъ мимо головки. Если изслѣдующій палецъ подъ вліяніемъ давленія приподымаетъ головку, особенно во время схватки, то изливается большое количество водъ. Точно такъ же, когда, напр., ложка щипцовъ, продвинутая у головки кверху уничтожаетъ поясъ соприкосновенія между головкой и маткой.

Немного околоплодной жидкости при нормальномъ теченіи родовъ постоянно сохраняется, и лишь въ томъ случаѣ, когда предлежащая часть не можетъ опуститься ниже, вся околоплодная жидкость выжимается, такъ что матка тѣсно прилегаетъ къ плоду. При нормальныхъ родахъ головка плода выполняетъ задачу пузыря: раскрытіе маточнаго зѣва.

Послѣ разрыва пузыря схватки часто на нѣкоторое время прекращаются и ослабѣваютъ, въ силу того, что маткѣ приходится еще приспособляться къ новымъ условіямъ. Когда же это приспособленіе наступило, матка приводится въ еще большее, чѣмъ прежде возбужденіе подъ вліяніемъ раздраженія со стороны неправильныхъ выступовъ на тѣлѣ плода. Схватки наступаютъ съ большей еще силой. Это повторяется съ такой правильностью, что искусственный разрывъ пузыря извѣстенъ, какъ наиболѣе дѣйствительное вызывающее схватки, или усиливающее ихъ вспомогательное средство.

Маточный зѣвъ оказываетъ очень различное сопротивленіе своему растяженію, какъ уже упомянуто на стр. 69. Размягченный маточный

зѣвъ отодвигается кверху, такъ что послѣ полного раскрытія его невозможно достигнуть, онъ ускользнулъ вверхъ, за наибольшій размѣръ головки. Если маточный зѣвъ твердъ и плотенъ, то онъ увлекается внизъ опускающейся головкой. Головка настолько оттѣсняетъ маточный зѣвъ книзу, что его можно видѣть въ видѣ синевато-красной опухоли при раздвиганіи наружныхъ половыхъ частей. Истончившійся онъ надрывается во время сильной схватки. Надрывъ находится всегда на той сторонѣ, на которой наибольшее мѣсто занято твердымъ затылкомъ плода. Однако, часто надрывъ бываетъ и на лобной сторонѣ. Возникновеніе или невозникновеніе надрывовъ зависитъ больше отъ индивидуальной разрываемости влагалищной части, чѣмъ отъ силы схватокъ. При быстромъ внезапномъ выведеніи головки и слишкомъ узкомъ еще маточномъ зѣвѣ всегда получается разрывъ, сильно, между прочимъ, кровотокащій.

Схватки.

Схватки издавна подраздѣляются: на предварительныя схватки, раскрывающія схватки и потужныя схватки.

Предварительными схватками называли непродолжительныя кратковременныя слабыя схватки, которыя могутъ быть объективно обнаружены уже во время беременности, но субъективно не ощущаются. Раскрывающія схватки — это тѣ схватки, которыя раскрываютъ маточный зѣвъ и «вставляютъ» подлежащую часть плода. Потужныя схватки — это схватки, которыя наступаютъ къ тому времени, когда головка, напираетъ на дно таза, раздражаетъ геморроидальныя нервныя сплетенія, такъ что беременная произвольно «тужится», т. е. помогаетъ сокращеніями брюшного пресса.

Сила схватокъ растетъ по мѣрѣ сопротивленія. Если послѣднее значительно уже у входа таза, напр., при узкомъ тазѣ, или ригидной влагалищной части, то уже къ этому времени схватки настолько нарастаютъ въ силѣ, что беременная произвольно тужится. При нормальныхъ условіяхъ потуги наступаютъ лишь къ тому времени, когда головка, находясь на днѣ таза, непосредственно давитъ на прямую кишку и окружающія его части. При этомъ, неопытная первородящія принимаетъ это давленіе за позывъ къ дефекаціи и думаютъ, что нужно испражняться. Онѣ произвольно тужатся, напрягая брюшной прессъ, задерживая дыханіе, опуская діафрагму. При этомъ, онѣ, конечно не въ состояніи выдохнуть и кричать. Итакъ, акушеръ по характеру схватокъ тотчасъ убѣждается въ томъ, имѣются ли закрывающія или же потужныя уже схватки. Сзади въ полости таза находится не защищенное костными выступами сѣдалищное сплетеніе.

Оно подвергается непосредственному давлению со стороны головки. Вслѣдствіе этого получаютъ боли въ икрахъ — икроножныя судороги. Жалобы на эти «икроножныя судороги» также указываютъ на то, что головка находится въ тазу, гср. давить на дно таза.

Отчасти субъективная увѣренность въ томъ, что вскорѣ наступитъ конецъ болѣзненному состоянію, отчасти напоминанія акушерки о необходимости помогать родамъ, побуждаютъ роженицу къ этому времени порядочно пускать въ ходъ брюшной прессъ: «помогать» «тужиться».

При внутреннемъ изслѣдованіи къ этому времени большей частью ощупывается складка на головкѣ. Кости черепа надвигаются другъ на друга, вслѣдствіе чего кожная складка становится, какъ бы, избыточною для сдвинутаго до меньшаго объема костнаго черепа.

При раздвиганіи наружныхъ половыхъ частей во время схватки видна покрытая черными волосами головка. Во время промежутка между схватками она снова скрывается. При новыхъ схваткахъ она все больше вдвигается въ половую щель. И въ итогъ цѣлой суммы единичныхъ усилий, мало-по-малу все болѣе и болѣе разкрывающихъ отверстіе, головка остается стоять «въ вѣнчикѣ». Она уже больше не уходитъ. Затѣмъ, при новыхъ потугахъ, она проходитъ чрезъ щель, которая либо уступаетъ головкѣ и пропускаетъ ее, либо надрывается, такъ что головка быстро выскакиваетъ.

Само собой понятно, что у многородящихъ этотъ процессъ совершается быстрѣе, нежели у первородящихъ. Если долгое время не было родовъ, если во время первыхъ родовъ не было разрыва промежности, или же если онъ былъ хорошо зашитъ и сросся, то процессъ этотъ у повторно-родящей сходенъ съ родами у первородящей. Наоборотъ, бывають случаи, когда половая щель первородящихъ индивидуально очень податлива, такъ что промежность и у первородящихъ легко пропускаетъ головку, безъ разрывовъ.

Это часто зависитъ отъ частоты совокупленія. Въ тѣхъ случаяхъ, когда женщина забеременѣваетъ, можетъ быть, во время нарушенія дѣвственности и затѣмъ, изъ страха предъ болѣзненностью совокупленія или изъ боязни выкидыша, вообще, не желаетъ больше половыхъ сношеній, половые органы оказываются иногда настолько узкими, что введеніе пальца еле возможно. Такія женщины подвергаются, большей частью, значительными разрыву промежности.

Если же, благодаря частому совокупленію, влагалище подвергалось растяженію снизу вверхъ, то это продольное растяженіе вліяетъ благоприятно и на поперечное растяженіе во время родовъ.

Послѣ рожденія головки, роженица сама выжимаетъ туловище плода, если ей въ этомъ не помогаетъ акушеръ, или акушерка, въ

особенности, если ее къ этому энергично побуждаютъ. Затрудненій больше уже не представляется, такъ какъ мягкія части настолько растянуты головкой, что, напр., плодъ, просто, выпадаетъ, при случайномъ стоячемъ положеніи роженицы. Однако, въ виду, того, что роженица, обыкновенно, лежитъ, ребенокъ можетъ не выйти, въ томъ случаѣ, если схватки отсутствуютъ и роженицу не будутъ побуждать тужиться. Акушеркѣ приходится «выводить» младенца. Не будь этого, ребенокъ задохся бы такъ какъ онъ не можетъ дышать, когда грудная клѣтка лежитъ въ тазу. Если личико находится, какъ въ большинствѣ случаевъ, внизу, то ребенокъ также задохся бы, если бы онъ остался съ прижатымъ къ постели личикомъ, или съ погруженнымъ въ кровь или околоплодную жидкость ртомъ и носомъ.

Головная опухоль.

Плодъ всегда находится въ маткѣ подъ общимъ давленіемъ, особенно же во время схватокъ. Еслибы это давленіе было одинаково по всей маткѣ, какъ во время беременности, то отдѣльныя части плода не обнаруживали бы слѣдовъ различнаго давленія. Въ виду же того, что на лежащую въ маточномъ зѣвѣ часть — на предлежащую часть — внутреннее давленіе не распространяется, тканевыя жидкости должны устремляться къ свободному отъ давленія мѣсту, въ силу того же закона, по которому получается выпячиваніе кожи на освобожденномъ отъ атмосфернаго давленія мѣстѣ ея, подъ кровососной банкой. Итакъ, лежащая въ маточномъ зѣвѣ часть плода набухаетъ, обнаруживаетъ «родовую опухоль».

При предлежаніи головки, часть ея, лежащая въ маточномъ зѣвѣ, подвергается набуханію, представляетъ опухоль: головную опухоль. Ея величина находится въ прямой зависимости отъ силы и продолжительности схватокъ. Если у повторнородящей быстро наступаютъ роды, благодаря нѣсколькимъ схваткамъ, то головная опухоль отсутствуетъ. Если же первородящая, или женщина съ узкимъ тазомъ нуждается въ большой силѣ и продолжительности схватокъ то и головная опухоль должна быть очень велика.

Слѣдовательно, по отсутствію, или наличности, resp. величинѣ головной опухоли можно сдѣлать безошибочное заключеніе относительно употребленной потужной работы. Такъ, напр., если акушерка заявляетъ приглашенному врачу: схватки — де чрезвычайно сильны, но безрезультатны, врачу — де слѣдуетъ, поэтому, тотчасъ наложить щипцы, врачъ же не находитъ никакой головной опухоли, или же очень незначительную, то онъ можетъ предположить, что акушерка его обманываетъ, можетъ быть, съ цѣлью скорѣе освободиться. И наобо-

ротъ: если акушерка слишкомъ поздно зоветъ врача, если она утверждаетъ, что схватки были настолько слабы и что роды продолжались настолько мало, что не имѣлось никакихъ поводовъ обратиться къ врачу, а врачъ находитъ очень значительную головную опухоль, совершенно прикрывающую швы и роднички и дѣлающую невозможнымъ специальное распознаваніе вставленія, то онъ точно такъ же можетъ уличить акушерку во лжи, ибо безъ сильныхъ продолжительныхъ схватокъ значительная головная опухоль немислима.

Если головка мѣняетъ свое положеніе, такъ что имѣется предлежаніе то одной, то другой области черепа, то обнаруживаются различная опухоли, соотвѣтственно различнымъ положеніямъ черепа.

Двойныя опухоли возникаютъ также слѣдующимъ образомъ. Къ началу родовъ образуется, хотя, немного переднихъ водъ. Впослѣдствіи же головка такъ плотно и тѣсно прилегаетъ къ внутренней поверхности матки въ поясѣ прикосновенія между головкой и маткой, что околоплодная жидкость и во время схватокъ не въ состояніи проникнуть черезъ этотъ поясъ прикосновенія. Въ виду того, что вверху давленіе становится постепенно больше, чѣмъ въ околоплодной жидкости, уже къ этому времени образуется небольшая головная опухоль. Въ концѣ концовъ пузырь разрывается, или прокалывается. При этомъ головка мѣняетъ свое положеніе относительно маточнаго зѣва, и съ этого времени образуется вторая новая головная опухоль, соотвѣтственно новому положенію головки.

Какъ только ребенокъ рождается, и прекращается вліяніе различнаго давленія на поверхность тѣла, наступаетъ быстрое расщепленіе отека, образующаго головную опухоль.

Головная опухоль измѣняетъ даже свое положеніе. Такъ, напр., если ребенокъ лежитъ въ постели на лѣвомъ боку между тѣмъ, какъ головная опухоль находилась справа, то жидкость перемѣщается внизъ, справа налѣво.

Уже спустя двое сутокъ, всякіе слѣды исчезаютъ, при большихъ опухоляхъ нѣсколько позже.

При значительной головной опухоли головка ребенка имѣетъ очень уродливый видъ. Такъ, напр., если головка находилась подъ вліяніемъ мощныхъ схватокъ втеченіе долгаго времени, при низкомъ стояніи затылка, то головка имѣетъ поразительно удлинненную форму. Если головка, приспособляясь къ родовымъ путямъ, конфигурируясь, приобретаетъ косую форму, то головка имѣетъ совершенно безобразный и скошенный видъ. Если родовая опухоль захватываетъ лицо, если сильно припухаютъ щеки, носъ и вѣки, если, въ довершеніе этого, еще слущивается кожа вслѣдствіе частыхъ изслѣдованій, то лицо сильно обезображивается, становится настолько уродливымъ, что мать

ужаснулась бы при видѣ его, такъ что лучше вначалѣ не показывать ей ребенка.

При ягодичномъ предлежаніи родовая опухоль вызываетъ сильное отечное набуханіе мошонки, или половыхъ губъ. Подвергшіяся набуханію конечности безобразно припухаютъ и получаютъ сине-красную темную окраску. При сильномъ набуханіи наступаетъ параличъ мускуловъ, такъ что рефлекторныя движенія временно прекращаются.

На разрѣзѣ головной опухоли погибшаго во время родовъ младенца обнаруживается отечное пропитываніе всей кожи черепа и почти всегда небольшія точечныя кровоизліянія въ надкостницѣ, слѣды лопнувшихъ мелкихъ сосудовъ.

Роды послѣда.

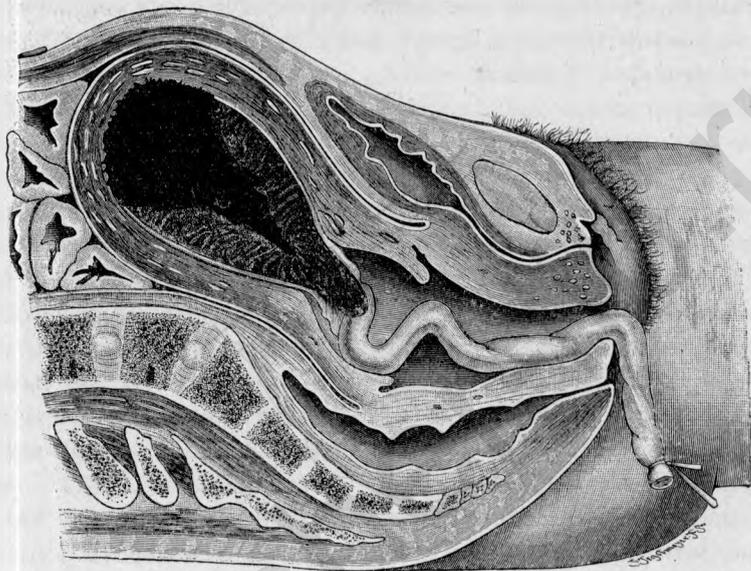
Послѣ рожденія ребенка наступаетъ небольшая пауза отдыха. Схватки на нѣкоторое время прекращаются. Затѣмъ матка снова сокращается. Новымъ раздражителемъ является послѣдъ.

Если послѣдъ сидитъ частью въ днѣ, *resp.* большей своей частью въ верхней половинѣ полости матки, то онъ отслоивается при увеличеніи несоотвѣтствія между послѣдомъ и маткой, т. е. не плацента отслоивается отъ матки, у нея нѣтъ сократительныхъ элементовъ, она относится совершенно пассивно, измѣненіе ея формы—является лишь спаденіемъ, скорѣе твердая уменьшившаяся матка отслоивается отъ слишкомъ большаго послѣда. Онъ оттѣсняется въ просвѣтъ полости матки и образуетъ при этомъ выворотъ. Въ виду того, что пустое пространство не можетъ существовать, пространство между вогнутой книзу, обращенной къ маткѣ, стороной плаценты и вогнутой кверху стѣнкой матки наполняется кровью, получается заплацентарное кровоизліяніе. Эта кровь быстро свертывается.

Снова наступающія схватки оттѣсняютъ послѣдъ во внутренней маточной зѣвѣ. Раздраженіе, вызываемое имъ при растяженіи цервикальнаго канала *resp.* внутренняго маточнаго зѣва, снова вызываетъ потуги. Матка все больше уменьшается. Подъ давленіемъ схватокъ послѣдъ проходитъ чрезъ внутренній маточный зѣвъ, онъ попадаетъ въ шейку и влагалище *resp.*, въ верхній растяжимый отдѣлъ влагалища. При этомъ часть заплацентарнаго кровоизліянія часто выливается поверхъ плаценты.

Яйцевыя оболочки оттягиваются опускающейся плацентой отъ внутренней поверхности матки, какъ бы сматываются или сдергиваются. Онѣ, значить, слѣдуютъ за послѣдомъ и расположены на его обращенной къ маткѣ сторонѣ. И для отслойки яйцевыхъ оболочекъ необходимы схватки. При быстромъ вскрытіи удаленной чрево-

сѣченіемъ по способу Roggo матки, видно, что сначала яйцевыя оболочки прилегаютъ гладко, но что вскорѣ, въ виду сокращенія вырѣзанной и разрѣзанной матки, въ нихъ образуется множество мелкихъ складокъ, и онѣ, значитъ, расслабляются. Это расслабленіе необходимо для хорошей и полной отслойки яйцевыхъ оболочекъ. Итакъ, если отслоеніе совершается медленно, то яйцевыя оболочки отдѣляются легко и легко увлекаются совершенно опускающимся или извлекаемымъ послѣдомъ. При быстромъ же удаленіи послѣда, крѣпко



22

Отдѣленіе высоко сидящаго послѣда. Заплацентарное кровоизліаніе. Выворотъ.

еще сидяція яйцевыя оболочки отрываются отъ него. Онѣ могутъ совершенно оторваться отъ него настолько, что по всей окружности не замѣтно никакихъ слѣдовъ яйцевыхъ оболочекъ. Встрѣчается, хотя рѣдко, и патологическое слишкомъ плотное прикрѣпленіе яйцевыхъ оболочекъ къ внутренней поверхности матки.

Точно такъ же можно видѣть при консервативномъ кесарскомъ сѣченіи, при которомъ необходимо быстрое опорожненіе матки, что не отдѣлившіяся еще подъ вліяніемъ схватокъ яйцевыя оболочки паразитически плотно прикрѣплены, настолько крѣпко, что онѣ разрываются и лишь съ трудомъ могутъ быть оттянуты отъ своей почвы.

Послѣдъ можетъ уже быть совершенно выведеннымъ во влагалище; удастся также ее вытянуть, тѣмъ не менѣе яйцевыя оболочки, крѣпко еще прикрѣпленныя и легкорывающіяся, могутъ остаться въ маткѣ, частью или совершенно оторвавшись отъ послѣдоваго края.

Въ этомъ случаѣ лишь при большихъ усиліяхъ было бы возможно тотчасъ удалить яйцевыя оболочки, между тѣмъ, какъ чрезъ 1—2 дня, по мѣрѣ прогрессирующаго уменьшенія матки, онѣ отдѣляются, сдвигаются, приподымаются и, находясь уже, можетъ быть, лишь въ шейкѣ, легко могутъ быть вытянуты, даже выпадаютъ или отходятъ самопроизвольно.

Чтобы предохранить родильницу отъ задержки яйцевыхъ оболочекъ и разнообразныхъ вредныхъ ея послѣдствій, необходимо предоставить дѣйствовать природѣ и не торопить отдѣленіе послѣда.

Когда послѣдъ доходитъ до половой щели рефлекторно развивается давленіе, въ меньшей степени, но по тому же закону, какъ при надавливаніи головки на дно таза. Родильница «тужится», и послѣдъ проходитъ чрезъ наружныя половыя части, при неповрежденной промежности, по тому же механизму, какъ и головка, подымаясь вверхъ спереди назадъ. За нимъ слѣдуетъ весь или же остатокъ большей частью уже свернушагося плацентарнаго экстравазата. Онъ можетъ быть очень незначителенъ, если матка продолжительное время находилась въ состояніи хорошаго сокращенія. Небольшое количество свернувшейся крови никогда не отсутствуетъ позади, или около послѣда. На обращенной къ маткѣ поверхности плаценты всегда нѣсколько свертковъ.

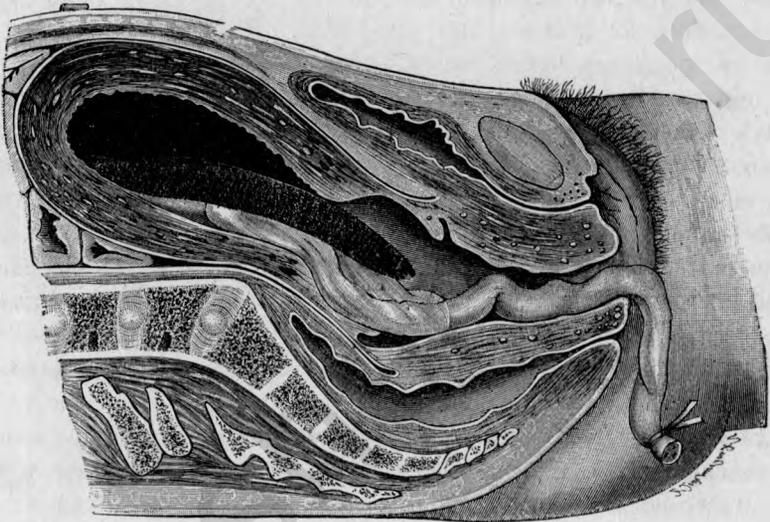
Итакъ, врачъ никогда не долженъ нарушать естественнаго хода отдѣленія плаценты и яйцевыхъ оболочекъ. Если онъ будетъ торопиться съ удаленіемъ послѣда, то ему придется имѣть дѣло съ послѣдовательными кровотеченіями и задержкой яйцевыхъ оболочекъ.

Иного рода механизмъ выходенія послѣда изъ матки въ томъ случаѣ, когда онъ помѣщается въ маткѣ ниже, большей частью на боковой ея поверхности. Тогда сначала отдѣляется нижняя часть послѣда, въ виду того, что внизу быстрѣе всего измѣняется форма опорожненной матки. Плацентарное кровоизліяніе не остается позади послѣда, а изливается наружу чрезъ мѣсто отслойки. Послѣдъ сперва вступаетъ въ зѣвъ своимъ краемъ, онъ прогоняется дальше внизъ схватками. Для отдѣленія яйцевыхъ оболочекъ, этотъ механизмъ менѣе благопріятенъ, въ виду того, что натяженіе яйцевыхъ оболочекъ совершается не по всей окружности и не направлено подъ прямымъ угломъ къ поверхности матки. Натяженіе, скорѣе, неравномѣрно въ различныхъ мѣстахъ края послѣда. Яйцевымъ оболочкамъ приходится отдѣляться отъ стѣнки больше по плоскости. Не взирая на медленное отслоеніе, случается, что яйцевыя оболочки частью отрываются отъ послѣда, такъ что онѣ остаются прикрѣпленными лишь къ части послѣда.

Чѣмъ чаще и чѣмъ сильнѣе сокращенія матки, тѣмъ лучше отдѣляются яйцевыя оболочки.

Наступающія послѣ родовъ схватки называются послѣдовательными схватками, онѣ отслаиваютъ послѣдъ и яйцевыя оболочки. И не лишне еще разъ повторить: яйцевыя оболочки, хорошо отслоившіяся подѣ вліаніемъ схватки, легко выводятся наружу благодаря натяженію послѣда, или натяженію при помощи его. Внѣ послѣдовательныхъ же схватокъ яйцевыя оболочки продолжаютъ лежать на мѣстѣ и задерживаются цѣликомъ, или частью.

Чѣмъ естественнѣе и медленнѣе, чѣмъ съ меньшими нарушеніями со стороны давленія снаружи, тѣмъ лучше протекаетъ послѣдовый періодъ.



23

Отдѣленіе глубоко лежащаго послѣда, выжимается къ низу съ предлежаніемъ края.

Когда матка вполнѣ опорожнена, стѣнки ея не прилегаютъ непосредственно другъ къ другу, и кровяной сгустокъ заполняетъ пустое пространство, полость, *савитъ* *uteri*. Если матка дряблая, если послѣдовательныя схватки не слѣдуютъ другъ за другомъ, то полость больше и больше заполняется кровью. Если затѣмъ наступаетъ новая послѣдовательная схватка, благодаря раздраженію со стороны вытекающей крови, матка выталкиваетъ большой сгустокъ крови и въ результатѣ окончательно принимаетъ меньшіе размѣры. Въ иныхъ случаяхъ послѣдовательныя схватки отсутствуютъ. Тогда лишь спустя два или три дня, послѣ того, какъ давно закрылись просвѣты маточныхъ сосудовъ, изъ наружныхъ частей выпадаетъ асептической кровяной сгустокъ, во время дефекаціи или приподнятія въ постели.

Послѣ того, какъ, съ отхожденіемъ послѣда, роды окончились, послѣдовательныя схватки держатся еще втеченіе нѣсколькихъ часовъ и дней. Онѣ очень необходимы въ интересахъ уменьшенія матки.

Опорожнившаяся матка стоитъ всегда въ anteflexio, лишь чрезвычайно рѣдко ее находятъ въ retroflexio. Наоборотъ, раньше имѣвшаяся retroflexio, очень скоро можетъ снова наступить во время послѣродоваго періода.

ВОСЬМАЯ ГЛАВА.

Зрѣлый плодъ въ маткѣ во время родовъ.

Издавна употребляются выраженія: членорасположеніе, положеніе, видъ и предлежаніе. Подъ членорасположеніемъ (Habitus) подразумеваютъ взаимное соотношеніе отдѣльныхъ частей плода. При нормальномъ членорасположеніи головка и ягодицы изогнуты по направленію къ брюшной сторонѣ. Позвоночный столбъ, слѣдовательно образуетъ своимъ изгибомъ вогнутость кпереди, и въ такой же передней вогнутости находятся конечности и пупочный канатикъ какъ видно на рис. 29 стр. 88. При такомъ искривленномъ членорасположеніи плодъ требуетъ для себя наименьше мѣста, приблизительно половину своей длины, отъ ногъ до макушки = 25 сант.

Словомъ «положеніе» (situs) обозначается отношеніе плода къ маткѣ. Бываютъ, слѣдовательно, продольныя, поперечныя и косыя положенія, головныя положенія и положенія тазовымъ концомъ.

Выраженіе «видъ» (positio) употребляется, или употреблялось для обозначенія отношенія спинки resp. затылка къ боковымъ частямъ матки. Такъ, говорятъ о positio dorsoanterior и dorsoposterior. Въ настоящее время выраженіе «видъ» въ значительной степени растворилось въ выраженіи «положеніе», такъ что, говоря о положеніи плода, уже составляютъ себѣ достаточно отчетливое представленіе объ особенностяхъ его расположенія.

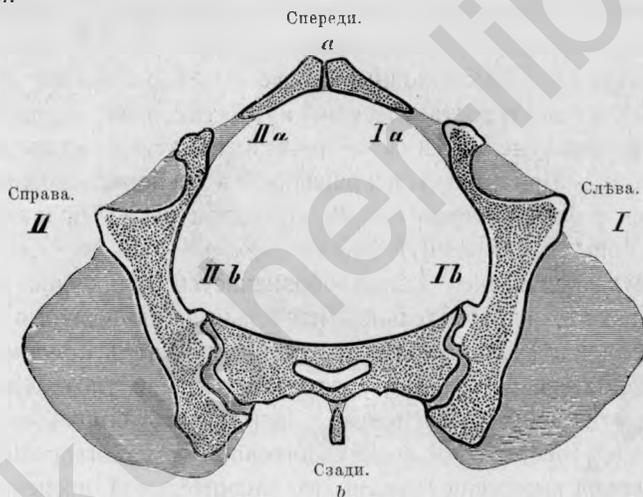
Подъ предлежаніемъ понимается соотношеніе предлежащей, ниже всего стоящей, раньше всего доступной изслѣдующему пальцу части плода. Такъ, напр., плодъ находится въ нормальномъ членорасположеніи, т. е. искривленъ кпереди, въ черепномъ положеніи, въ первомъ видѣ (спинка слѣва) и передне-темянномъ предлежаніи, т. е. съ наклоненной кпереди ниже всего стоящей темянной костью. Въ виду того, что членорасположеніе всегда одно и то же и видъ явствуетъ изъ положенія, говорятъ вкратцѣ лишь о положеніи плода, и самое большее, добавляютъ, для болѣе яснаго пониманія, обозначеніе предлежанія.

Положенія плода.

Мы различаемъ головныя положенія, положенія тазовымъ концомъ и плечевыя положенія (поперечныя положенія).

Положеніе плода обозначается по той части плода, которая предлежитъ, т. е. которая вставляется во входъ таза, которая занимаетъ самое низкое положеніе, которая раньше всего прощупывается изслѣдующимъ пальцемъ.

Различныя положенія обозначаются, ради краткости, цифрами и буквами. Всякій, претендующій на званіе научно образованнаго врача, долженъ въ началѣ своей дѣятельности приняться за веденіе «дневника родовъ». Изъ сравненія записей втеченіе ряда лѣтъ можно вынести очень много поучительнаго. Записи должны быть коротки и легко поддаваться обзору. Съ этой цѣлью очень важно съ самаго начала приучить себя къ тому, чтобы буквами коротко обозначать всѣ положенія.



24

Схема для обозначенія положенія плода.

Если спинка лежитъ слѣва, то мы говоримъ о первомъ положеніи, если справа — о второмъ, спинка спереди А—положеніе, спинка сзади В—положеніе.

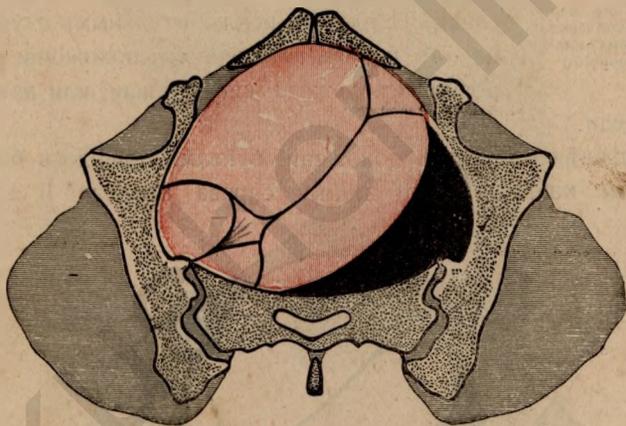
Сообразно этому составлена схема на рис. 24 для продольныхъ положеній: головныхъ положеній и положеній тазовымъ концомъ. При косыхъ положеніяхъ пользуются обозначеніемъ по спинкѣ и головкѣ; головка слѣва: первое положеніе, головка справа: второе положеніе, спинка сзади в—положеніе, спинка спереди а—положеніе. Употребляется также опредѣленіе «положеніе dorsoanterior и dorsoposterior».

Изъ статистическихъ данныхъ слѣдуетъ отмѣтить, что на 1000 родовъ приходится приблизительно 970—980 головныхъ положеній, 15 положеній тазовымъ концомъ, 7—8 поперечныхъ положеній.

Головныя положенія подраздѣляются на черепныя положенія, при которыхъ предлежитъ черепная крышка, называемая еще заднечерепными, затылочными или темянными положеніями, на переднечерепныя, по старой схемѣ переднетемянныя положенія, на лицевыя положенія и лобныя положенія.

Черепныя положенія.

Если предлежитъ черепная крышка, т. е. если она раньше всего доступна изслѣдующему пальцу, то въ большинствѣ случаевъ передняя темянная кость стоитъ ниже, въ рѣдкихъ случаяхъ — задняя. Затылокъ стоитъ ниже, чѣмъ темя, resp. лобъ. Имѣется, напр., первое черепное положеніе съ передне-темяннымъ и затылочнымъ



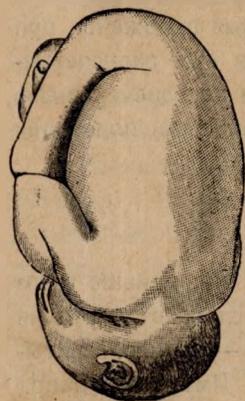
25

Черепное положеніе I a. Схематически. Данныя изслѣдованія.

предлежаніемъ. Разница между положеніемъ и предлежаніемъ заключается, значить, въ томъ, что подъ положеніемъ подразумѣвается держащееся во все время теченія родовъ отношеніе плода къ маткѣ и тазу, тогда какъ предлежаніемъ обозначается лишь временное отношеніе черепа къ входу таза, слѣдовательно, переходящая фаза родового процесса. Послѣ того, какъ черепъ миновалъ входъ таза, уже больше нѣтъ рѣчи о «предлежаніи», которымъ, какъ сказано, обозначается лишь родъ соотношенія между затылкомъ resp. предлежащей частью и плоскостью входа таза.

Мы различаемъ слѣдующія положенія при предлежаніи черепной крышки: первое положеніе I a, рис. 25 и 26. Данныя наружнаго

изслѣдованія: спинка сзади, сердцебиеніе слѣва. Мелкія части вверху и сзади. Лобикъ ощущается слѣва надъ входомъ таза отчетливѣе, чѣмъ ниже стоящій затылокъ справа.



26

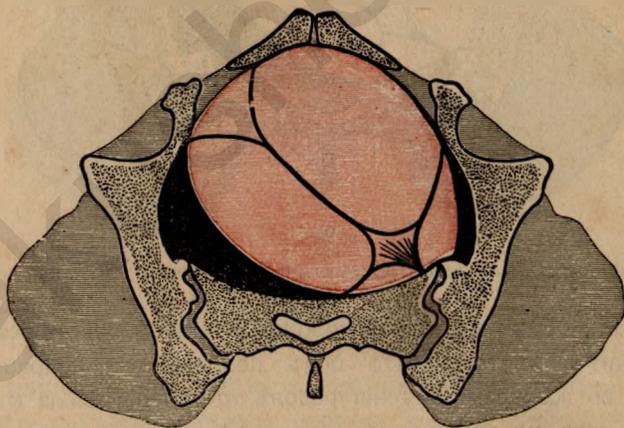
Плодъ въ черепномъ положеніи I а съ согнутой и склоненной къ правому плечу головой. (Leopold.)

Внутреннее изслѣдованіе: маленькій родничекъ прощупывается часто сзади и справа, стрѣловидный шовъ поперечно, приближаясь къ правому косому размѣру. Большой родничекъ вправо выше малаго, около 20% всѣхъ черепныхъ положеній.

О математическомъ совпаденіи стрѣловиднаго шва, съ которымъ нибудь ихъ размѣровъ таза, понятно не можетъ быть и рѣчи. Стрѣловидный шовъ стоитъ обыкновенно поперекъ, но при первомъ положеніи уже вначалѣ родовъ часто опредѣляется, что малый родничекъ стоитъ кпереди отъ поперечнаго размѣра и при второмъ сзади. Только въ исключительныхъ случаяхъ при началѣ родовъ при первомъ положеніи маленькій родничекъ лежитъ слѣва кзади, или при второмъ

справа кпереди.

Для опредѣленія этихъ положеній буквами пришлось бы назвать спинку слѣва кзади I б, и спинку справа кпереди II а. Еслибы



27

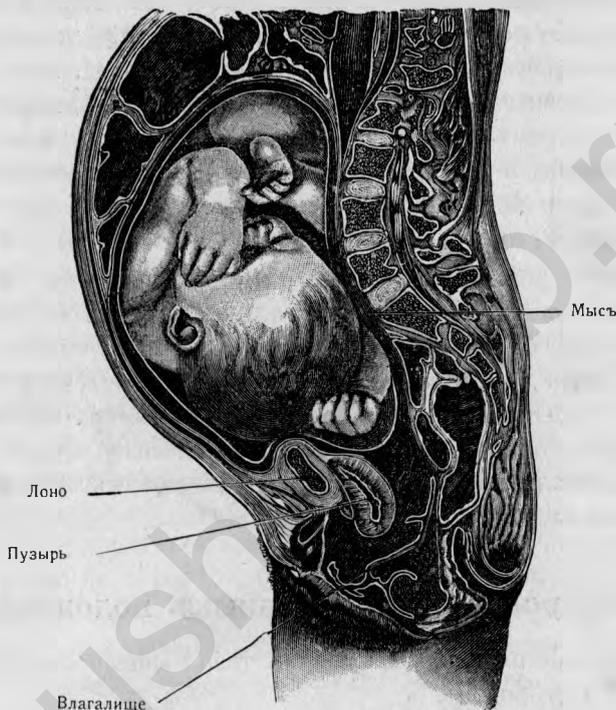
Черепное положеніе II а, конецъ родовъ. Шематично. Внутрен. изслѣдованіе.

спинка слѣва кзади перешла бы влѣво впередъ, то въ текстѣ это можно было бы кратко отмѣтить, что изъ положенія I б образовалось I а.

Какъ видно было изъ статистическихъ данныхъ, черепныя положенія являются наиболѣе частыми. Причину этого видятъ въ большемъ удѣльномъ вѣсѣ головы и верхней части туловища; далѣе

положеніе со спинкой влѣво и кпереди является болѣе частымъ, потому что правая «печеночная» сторона ребенка обладаетъ болѣе тяжелымъ удѣльнымъ вѣсомъ.

Для доказательства приводился слѣдующій опытъ. Если въ большой стеклянный ящикъ, наполненный соевымъ растворомъ, удѣльный вѣсъ котораго нѣсколько ниже удѣльнаго вѣса плода, опускали тру-



28

Ребенокъ въ затылочномъ положеніи II а въ маткѣ.

пикъ новорожденнаго ребенка, то опускалась на дно прежде головка ребенка. Тѣло при этомъ лежало нѣсколько скошено, опустившись ниже правымъ бокомъ, гдѣ лежитъ печень.

Поэтому если видѣть въ удѣльномъ вѣсѣ ребенка причину черепныхъ предлежаній, то этимъ самымъ долженъ быть объяснимъ и поворотъ спинки влѣво кпереди.

Фактически это важно. Матка со времени своего развитія отклонена всегда нѣсколько вправо, лѣвый бокъ ея глядитъ кпереди, въ этомъ легко убѣдиться, отыскавъ правую круглую связку у женщины на сносяхъ.

При стояніи у беременной на сносяхъ самой низкая точка матки будетъ влѣво кпереди, куда и опускается правый «печеночный» бокъ

плода, при лежаніи напротивъ самая низкая точка матки передвигается вправо кзади, куда и должна при лежаніи беременной опуститься спинка плода. Если эти посылки вѣрны, то по утрамъ мы должны находить чаще положеніе II b, по вечерамъ Ia. Но такъ какъ человѣкъ лежитъ обыкновенно лишь 8 часовъ въ сутки, а 16 часовъ онъ ходитъ или сидитъ, то въ общемъ первое положеніе должно преобладать.

Это тѣмъ болѣе можетъ имѣть мѣсто въ виду того, что въ послѣдніе мѣсяцы беременности ребенокъ, благодаря недостатку мѣста нѣсколько стѣсненъ при перемѣнѣ своего положенія, которое такимъ образомъ становится постояннымъ. Тысячи изслѣдованій подтверждаютъ, что утромъ при изслѣдованіи беременныхъ чаще находили второе положеніе, а вечеромъ чаще встрѣчается первое положеніе. При многоводіи и подвижномъ ребенкѣ это удавалось констатировать даже на одной и той же женщиѣ.

Кто часто убѣждался при кесарскомъ сѣченіи въ удивительной мягкости маточныхъ стѣнокъ, тому едвали придетъ въ голову мысль, что матка, гесп. ея форма, могла бы имѣть какое нибудь вліяніе на положеніе ребенка. Въ маткѣ ребенокъ можетъ лежать въ любомъ положеніи. Ребенокъ скорѣе опредѣляетъ форму матки, чѣмъ матка его членорасположеніе. Послѣднее лишь постольку играетъ роль, что недостатокъ мѣста заставляеть ребенка въ любомъ положеніи оставаться съезженнымъ.

Теченіе родовъ при черепныхъ положеніяхъ.

Прохожденіе плода черезъ каналъ таза называется теченіемъ или механизмомъ родовъ.

Чтобы понять его, нужно раньше ознакомиться съ положеніемъ плода, до наступленія родовыхъ схватокъ.

Матка прилегаетъ къ передней брюшной стѣнкѣ, а кишки располагаются подъ ней и позади нея. Ея ось или ось плода составляетъ съ плоскостью входа въ тазъ или собственно съ конъюгатой приблизительно прямой уголъ. Послѣдній, однако, не является постояннымъ. Такъ, на примѣръ, если брюшные стѣнки очень напряжены и если брюшная полость при высокомъ ростѣ женщины велика, то матка придавливается къ задней брюшной стѣнкѣ; кишечникъ отодвигается вверхъ надъ маткой, а ось послѣдней уже не будетъ составлять съ конъюгатой прямого угла, а отклоняется кзади, образуя большой тупой уголъ.

Въ этомъ случаѣ задняя темянная кость плода можетъ опуститься ниже передней.

Но при слабыхъ брюшныхъ стѣнкахъ или въ тѣхъ случаяхъ, когда разстояніе между діафрагмой и входомъ въ тазъ, при низкомъ ростѣ женщины и при небольшой брюшной полости, слишкомъ мало, матка отодвигается кпереди, такъ какъ она не находитъ себѣ достаточно мѣста въ брюшной полости; при особенно же слабыхъ брюшныхъ стѣнкахъ или очень малой брюшной полости, равно какъ при очень низкомъ ростѣ, матка опускается даже кпереди, при чемъ образуемый ея осью съ конъюгатой уголъ заостряется, дѣлается меньше прямого, а животъ становится отвислымъ. При этомъ матка и плодъ оказываются равно лежащими передъ брюшной полостью; головка плода слѣдуетъ за этими движеніями и устанавливается въ этомъ случаѣ, который является наиболѣе частымъ, съ опущенной передней теменной костью.

Послѣ изложеннаго становится попятнымъ огромное значеніе того, имѣемъ ли мы дѣло съ первороженицей или многородящей и существуютъ ли нормальныя отношенія между головкой плода и тазомъ матери, то есть, достаточно ли широкъ входъ въ тазъ и достаточно ли велика брюшная полость.

У первороженицы увеличивающаяся въ объемѣ матка должна какъ бы сама добыть себѣ мѣсто, устраняя то, что мѣшаетъ ея росту и отодвигая кпереди брюшныя стѣнки, которыя оказываютъ ей извѣстное сопротивленіе.

Такимъ образомъ, между растущимъ плодомъ и брюшными стѣнками происходитъ какъ бы борьба, въ которой никто не остается полнымъ побѣдителемъ. Брюшныя стѣнки хотя и отодвигаются кпереди, но оказываютъ сопротивленіе, которое механически выражается въ давленіи на дно матки или на заднюю часть плода, благодаря чему послѣдній *in toto* отодвигается книзу. Если входъ въ тазъ достаточно широкъ, то уже въ теченіи беременности головка плода вдавливаются въ него и отсюда въ тазовую полость. Поэтому, когда у первороженицы находятъ уже за 3 недѣли до наступленія родовъ головку плода, глубоко опустившейся въ тазовую полость — что на практикѣ чаще всего встрѣчается — то это указываетъ на нормальныя отношенія между головкой плода и тазомъ матери и всякая ненормальность въ этомъ отношеніи *eo ipso* исключается. Прогнозъ родовъ, стало быть, когда у женщины въ концѣ беременности путемъ наружнаго или внутренняго изслѣдованія опредѣляется низкое стояніе головки плода, можетъ быть поставленъ хорошій: часть механизма родовъ, именно прохожденіе входа въ тазъ, продѣлана уже въ теченіи беременности.

Если же у первородящей непосредственно передъ наступленіемъ родовъ головка плода оказывается высоко стоящей или даже подвижной надъ входомъ въ тазъ, то можно заключить, что она слишкомъ велика

для него и что между нею и тазомъ существуютъ ненормальныя отношенія.

Точно также, если у многородящей находятъ въ послѣднія недѣли беременности головку плода низко стоящей, то это съ одной стороны говоритъ за то, что брюшныя стѣнки остались нормальными, прямыя мышцы живота не разошлись и мускулатура не перенапряжена, а съ другой указываетъ на то, что тазъ ея достаточно широкъ. У женщинъ болѣе зажиточныхъ классовъ населенія, которыя не занимаются тяжелыми работами, носятъ во время беременности брюшную бинтъ, у которыхъ благопріятно протекаетъ послѣродовой періодъ и нормально совершается инволюція матки, даже у многорожавшихъ, если одна беременность не слѣдуетъ очень быстро за другой, находятъ низкое стояніе головки плода къ концу беременности.



29

Скорченное положеніе плода при вѣдреніи во входъ въ тазъ съ низко стоящей передней тазяной костью. Второе положеніе.

Но у бѣдныхъ женщинъ, занимающихся тяжелыми работами, не обращающихъ вниманія на свой отвислый животъ, вновь забеременѣвающихъ слишкомъ скоро, до того еще какъ инволюція матки обезпечила нормальныя отношенія, у женщинъ, у которыхъ случайно широко разошлись брюшныя мышцы и остались въ такомъ положеніи, брюшная полость отстаетъ глубокой и плодъ не испытываетъ при своемъ ростѣ противодѣйствія со стороны брюшныхъ стѣнокъ. При этомъ къ концу беременности головка его вполне подвижна надъ входомъ въ тазъ или только отчасти, смотря по степени расслабленія брюшныхъ стѣнокъ.

При этихъ условіяхъ плодъ въ маткѣ, особенно при обилии околоплодныхъ водъ, становится очень подвижнымъ, часто мѣняетъ свое положеніе и, застигнутый начавшимися схватками или отходомъ водъ въ какомъ-нибудь ненормальномъ положеніи, закрѣпляется въ немъ.

Поэтому мы находимъ у многорожавшихъ и у женщинъ съ отвислымъ животомъ ненормальныя переменчивыя положенія гораздо чаще, чѣмъ у первороженицъ съ тугими брюшными стѣнками. Можно принять за правило, что у первороженицъ положеніе плода дѣлается постояннымъ въ теченіе послѣднихъ 6 недѣль, а у многорожавшихъ въ теченіе послѣднихъ 2 недѣль.

При нормальныхъ условіяхъ передняя стѣнка матки представляется вогнутой, а задняя — болѣе или менѣе пологой. Въ передней ея вогнутости помѣщается спинка плода. Если послѣдній находится въ скорченномъ положеніи, то одна поверхность его выпукла, а другая

— вогнута. Само собою разумѣется, что обыкновенно онъ сгибается и искривляется выпуклостью кпереди, гдѣ больше мѣста. Такимъ образомъ получается типичное положеніе плода, направленного въ сторону брюшныхъ стѣнокъ, при чемъ въ вогнутости, происходящей при этомъ, помѣщаются его конечности и пуновина. (Рис. 29).

Дѣйствіе схватокъ.

Полый мускуль матки, сокращаясь и становясь твердымъ, производитъ извѣстное давленіе на содержимое полости. Давленіе это проявляетъ свое дѣйствіе различнымъ образомъ. Прежде всего все содержимое матки сдавливается въ центростремительномъ направленіи. Такъ какъ нижній сегментъ матки не такъ толстъ и крѣпокъ, какъ верхняя часть ея, то послѣдняя, то есть, тѣло матки дѣйствуетъ активно, въ то время какъ нижняя часть растягивается пассивно. Болѣе крѣпкая верхняя мускулатура получаетъ такимъ образомъ перевѣсъ надъ болѣе слабой нижней. Благодаря этому, увеличивается емкость нижней части матки и ось ея удлинняется. Дно матки поднимается кверху, и она сама какъ бы «становится дыбомъ». Послѣднее достигается тѣмъ, что круглыя маточныя связки активно сокращаются и тянутъ матку кпереди. Одновременно при глубокомъ опущеніи діафрагмы у роженицы кишки отодвигаются кзади матки, такъ что послѣдняя прижимается къ передней брюшной стѣнкѣ. Равнымъ образомъ увеличивается поперечникъ матки, между тѣмъ какъ передне-задній ея діаметръ недоступный измѣрѣнію, уменьшается. При этомъ содержимое матки выжимается книзь и внѣдряется въ естественный выходъ изъ нея, то есть, въ отверстіе матки, гдѣ не встрѣчаетъ никакого противодѣйствія.

Маточный зѣвъ раскрывается, благодаря двумъ причинамъ. Во первыхъ вся мускулатура матки производитъ растяженіе маточнаго кольца, расширяя маточное отверстіе и отодвигая его кверху надъ пузыремъ или вѣрнѣе надъ подлежащей частью. Во вторыхъ, отверстіе матки расширяется благодаря двигающемуся въ него содержимому ея, именно прежде всего пузырю, который внѣдряется въ него на подобіе клина во время схватки. Когда пузырь разрывается, его роль принимаетъ на себя подлежащая часть ребенка, обыкновенно головка или вѣрнѣе затылочекъ. Онъ постепенно по мѣрѣ своего опусканія раздвигаетъ все больше и больше маточный зѣвъ, который у первородящихъ охватываетъ головку въ видѣ тонкаго края. Во время паузы головка отодвигается нѣсколько кзади, напряженіе маточнаго зѣва уменьшается и изслѣдующій палецъ можетъ легко, отыскивая швы и роднички, проникнуть между краемъ маточнаго зѣва и головкой плода.

Если бы матка не была укрѣплена въ тазу своими связками и если бы она не оставалось смѣщенной книзу вслѣдствіе дѣятельности брюшнаго пресса, то дно по изгнаніи плода отодвинулось бы надъ нимъ кверху. И если бы тазъ былъ на столько широкъ, а мягкія родовыя части на столько мягки, что плодъ не встрѣчалъ бы препятствія въ своемъ движеніи, то матка просто выталкивала бы его и онъ выпадалъ бы изъ нея.

Въ патологическихъ случаяхъ мы наблюдаемъ и то и другое. Именно, если тазъ очень узокъ, такъ что головка плода не можетъ пройти входъ въ него и остается всегда высоко надъ входомъ въ тазъ, то матка стягивается кверху и сокращается. При этомъ пассивная часть матки, равно и прилегающая часть влагалища ненормально растягиваются, плодъ помѣщается въ тонкостѣнномъ пространствѣ нижняго сегмента матки, который легко можетъ порваться при сильныхъ родовыхъ схваткахъ, неправильномъ положеніи плода, и манипуляціяхъ рукой съ цѣлью поворота — словомъ можетъ произойти разрывъ матки.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда плодъ очень малъ, маточный зѣвъ очень мягокъ какъ у многорожавшихъ или очень разорванъ при предшествовавшихъ родахъ, плодъ выскальзывается изъ матки безъ потугъ исключительно вслѣдствіе общаго давленія ея на содержимое.

Помимо этого легко понятнаго дѣйствія схватокъ предполагають еще, такъ назыв., осевое давленіе на плодъ. Очевидно, что форма плода и точки приложенія маточныхъ силъ къ нему, равно какъ и наблюденіе при родахъ даютъ возможность легко объяснить дѣйствіе схватокъ такимъ образомъ, что онѣ подвигаютъ плодъ давленіемъ въ направленіи его продольной оси впередъ или вѣрнѣе внизъ на подобіе поршня въ спринцовкѣ. Но это, такъ назыв., осевое давленіе на плодъ никогда нельзя изолировать отъ общаго внутренняго давленія матки, нельзя заставить дѣйствовать только его одного. Для объясненія механизма родовъ, чрезвычайно важно, что и общее внутреннее давленіе должно имѣть свое значеніе, фактически одинаковое съ осевымъ.

Къ дѣйствию родовыхъ схватокъ примыкаетъ также зависящее отъ воли дѣйствіе брюшнаго пресса. Надъ маткой, подобно второму концентрическому сократительному аппарату, находится брюшная мускулатура. При глубокомъ произвольномъ опусканіи грудобрюшной преграды, и при сокращеніи брюшныхъ мускуловъ, содержимое брюшной полости выжимается книзу. Подобно тому, какъ калъ произвольно изгоняется изъ кишечника, какъ при слабости мышечной оболочки пузыря брюшной прессъ содѣйствуетъ изверженію мочи, сокращеніе брюшныхъ мышцъ имѣетъ также вліяніе, аналогичное сокращеніямъ матки.

Повороты головки.

Плодъ рождается благодаря схваткамъ. Головка плода встрѣчаетъ сопротивленіе во время или послѣ открытія маточнаго зѣва при входѣ въ тазъ. Главное движеніе, которое она дѣлаетъ, это движеніе сверху внизъ. Движеніе это само собою понятно, и потому вниманіе обращено на болѣе сложные повороты, сопровождающіе движеніе головки внизъ, точно знать которые необходимо акушеру. Если онъ хочетъ опредѣлить, подвигаются ли впередъ роды или нѣтъ, то долженъ опредѣлить соотвѣтствуетъ ли положеніе головки въ тазу соотвѣтствующему моменту родовъ.

Первый поворотъ: затылочекъ опускается книзу. Такъ какъ позвоночникъ туловища ребенка прикрѣпленъ къ задней части головки, то давленіе, производимое на туловище чрезъ позвоночникъ будетъ сильнѣе сгибать затылочекъ, между тѣмъ какъ упирающаяся въ тазъ передняя часть головки отодвинется кзади. Соотвѣтственно этому головка сдѣлаетъ поворотъ вокругъ своей поперечной оси, при чемъ затылочекъ, именно малый родничекъ, будетъ опускаться все ниже и ниже. Во время этого движенія задняя темянная кость удерживается мысомъ и обыкновенно поддается нѣсколько кзади, за то передняя темянная кость прощупывается на большемъ пространствѣ, а стрѣловидный шовъ лежитъ ближе къ задней половинѣ таза. Передняя темянная кость, спускаясь книзу по равномѣрно формированной передней стѣнкѣ таза, выступаетъ надъ черепомъ, задняя темянная кость, прижатая къ мысу, заходитъ за переднюю. Если въ началѣ родовъ опредѣляютъ при нормальномъ или даже суженномъ тазѣ постепенное опущеніе малаго родничка при родовыхъ схваткахъ, то это означаетъ, что роды подвигаются впередъ.

Второй поворотъ: затылочекъ поворачивается кпереди. Въ то время какъ вся головка плода внѣдряется ниже и задняя часть ея опускается, начинается второй поворотъ: поворотъ вокругъ вертикальной оси головки и продольной оси ребенка.

Если изслѣдующій палецъ нащупываетъ малый родничекъ, то убѣждаются иногда, что въ теченіе одной схватки быстро совершается этотъ поворотъ. Въ другой разъ затылочекъ постепенно поворачивается кпереди при каждой схваткѣ, а нерѣдко бываютъ и такіе особенно тяжелые случаи, когда головка остается очень долго, даже находясь уже глубоко въ тазу все еще въ поперечномъ положеніи. Если поворотъ совершается быстро, то головка еще легко подвижна и слѣдуетъ общему повороту плода спинкой кпереди. Послѣдній укладывается своей выпуклой спинкой въ переднюю вогнутую поверхность матки, гдѣ для него больше мѣста, чѣмъ сзади. Когда задняя

часть головки медленно подвигается кпереди, то сопротивление, встречаемое ею въ тазу, обуславливаетъ поворотъ ея. Передняя лобная кость, которую находятъ, какъ слѣдствіе этого механизма, у родившагося ребенка втиснутой подъ заднюю, спускается по переднему краю входа въ тазъ книзу до тѣхъ поръ, пока лобъ не будетъ находиться въ полости *synchondrosis sacroiliaca* и отсюда спускается книзу. Если при этомъ даже на днѣ таза головка устанавливается въ поперечномъ положеніи, то значитъ передняя часть ея стояла во все время родовъ глубоко, такъ что оба родничка прощупывались на одинаковой высотѣ. Маленькій родничекъ, собственно задняя часть головки, немного отстала. Это можетъ случиться при совершенно нормальныхъ, даже при особенно большихъ поперечникахъ.

Послѣ отхода водъ и вступленія головки въ тазъ, матка плотнѣе прилегаетъ къ плоду и вытягиваетъ его, такъ что ягодицы его приподнимаются нѣсколько выше. И тогда еще головка не подвижна только во время схватокъ и очень часто можно продвинуть ее по направленію кверху на 3—4 сант. даже тогда, когда она становится видимой.

Когда головка находится на днѣ таза, то кожа ея обыкновенно складывается въ складку. Этотъ феноменъ уже издавна служитъ доказательствомъ противъ дѣйствія одного лишь поршневаго давленія на плодъ. Ибо, если бы здѣсь имѣло мѣсто одно только поршневое давленіе сверху, то кожа не могла бы собираться въ складки, а напротивъ должна была бы напрягаться и сглаживаться. Складки кожи помимо этого образуются еще потому, что черепъ въ то же время становится малъ по отношенію къ кожѣ головы вслѣдствіе того, что кости заходятъ одна за другую.

Начиная съ этого момента, головка плода тѣсно прилегаетъ ко дну таза, такъ что даже и во время промежутка между болями палецъ съ трудомъ можетъ проникнуть между головкой и дномъ таза.

Головка находитъ впереди отверстіе въ днѣ таза, куда и вгоняется затылочекъ. Она вступаетъ въ это отверстіе клиномъ, придавливая его мягкія стѣнки къ тазовымъ костямъ. Такимъ образомъ наступаетъ

Третій поворотъ: затылочекъ проходитъ лонную дугу. Поворотъ этотъ совершается вокругъ поперечной оси головки, при чемъ задняя часть ея обращается кпереди, совершенно обратно



30

Положеніе головки на днѣ таза передъ началомъ третьяго поворота по Leopold'у.

первому повороту, при которомъ задняя часть поворачивается книзу. Это есть разгибаніе головки, въ то время какъ первый поворотъ есть сгибаніе ея. Затылочекъ головки проходитъ подъ лонной дугой, какъ только его поперечникъ находитъ между отходящихъ вѣтвей разстояніе, равное ему по величинѣ.

Головка крѣпко прикрѣплена къ туловищу и это прикрѣпленіе образуетъ вмѣстѣ съ тѣмъ punctum fixum. Схватки, стремясь выжать изъ матки все подвижное, подвигаютъ переднюю часть головки, собственно личико внизъ по нижней сторонѣ таза къ наружнымъ половымъ частямъ, въ то время какъ задняя часть головки, освобожденная отъ противоавленія и сопротивленія поднимается кверху и ложится къ лонной дугѣ.

При этомъ поворотѣ головка стоитъ, стало быть, болѣе прямо, такъ что стрѣловидный шовъ приближается къ прямому поперечнику таза. Положеніе ея немного косое, передняя теменная кость находится нѣсколько ниже, а малый родничекъ отодвинутъ нѣсколько въ сторону.

Головка по своемъ рожденіи снова принимаетъ свое естественное положеніе относительно туловища. Если спинка обращена влѣво, то туда обращенъ и затылочекъ при первомъ положеніи и обратно при второмъ.

Рожденіе туловища.

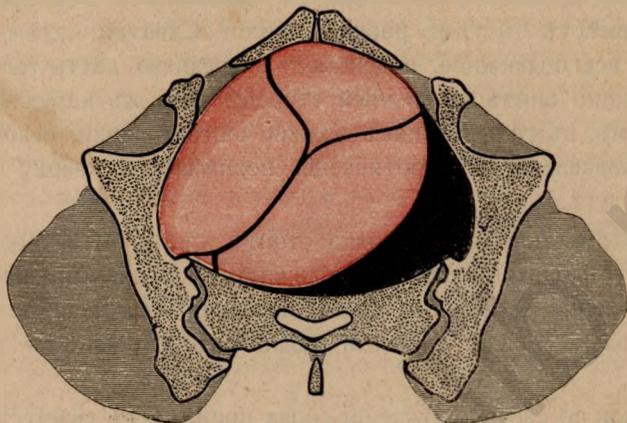
Если имѣется свѣжій или застарѣлый разрывъ промежности, то ребенокъ выпадаетъ или же легко выжимается произвольнымъ дѣйствіемъ брюшного пресса, resp. родовой схватки.

Если промежность дѣла, то она оказываетъ давленіе на заднее плечико ребенка и этимъ поднимаетъ переднее кверху и прижимаетъ его къ лонной дугѣ. Чтобы облегчить выходъ туловища, переднее плечико должно путемъ сгибанія головки сдѣлаться подвижнымъ или же нужно пальцемъ, согнутымъ въ видѣ крючка, зайти въ заднюю плечевую ямку и вывести сперва это плечико надъ промежностью, послѣ чего уже переднее само выкатится подъ лонную дугу.

Очень важно также положеніе роженицы. Если задъ ея лежитъ глубоко въ постели, то послѣдняя, вздымаясь передъ половыми частями, сильно отодвигаетъ родившуюся головку кверху, при чемъ переднее плечико также придавливается и остается неподвижнымъ позади лонной дуги.

Механизмъ родовъ при первомъ и второмъ черепномъ положеніи.

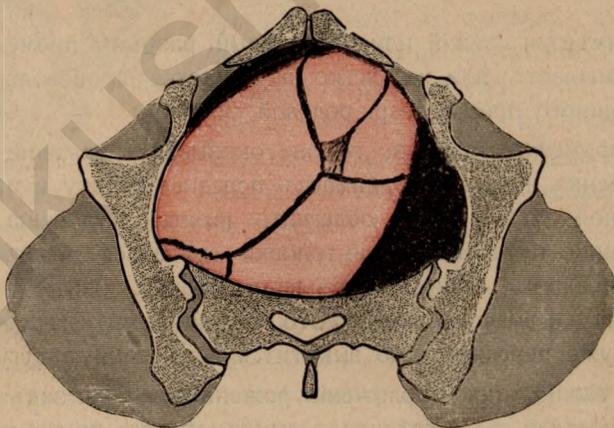
Описанное теченіе родовъ при первомъ и второмъ черепномъ положеніи, выражается при первомъ черепномъ положеніи въ слѣдующемъ.



31

Первое черепное положеніе съ опущеннымъ затылкомъ.

Головка плода находится во входѣ въ тазъ съ опущенными передней правой теменной костью и затылкомъ, при чемъ малый родничекъ прощупывается легко спереди и слѣва, а большой—



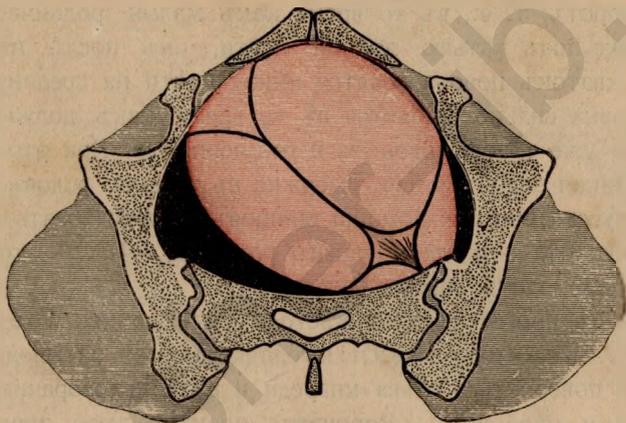
32

Второе черепное положеніе. Начало родовъ.

труднѣе достижимъ сзади и справа. Стрѣловидный шовъ совпадаетъ съ поперечнымъ діаметромъ. Малый родничекъ находится болѣе или менѣе передъ поперечникомъ кпереди и влѣво.

Затылочекъ опускается и переходитъ затѣмъ съ малымъ родничкомъ съ лѣвой стороны влѣво кпереди къ концу праваго косога діаметра. Потомъ продвигается затылочекъ подъ лонную дугу слѣва на средину и головка, поднимаясь кверху, выкатывается изъ vulv'ы. Родившаяся головка, принимая свое естественное положеніе относительно туловища, смотритъ затылочкомъ кпереди кверху и влѣво, а личикомъ—къ внутренней поверхности праваго бедра.

При второмъ черепномъ положеніи передняя темянная кость и затылочекъ точно также стоятъ ниже, но послѣдній находится вправо. Стрѣловидный шовъ опять расположенъ въ направленіи поперечнаго діаметра, но такъ, что малый родничекъ лежитъ немного позади него, а большой — выше и прощупывается въ направленіи слѣва кверху.



33

Второе черепное положеніе. Конѣць родовъ.

Затылочекъ опускается все болѣе и болѣе и выходитъ сзади и справа впередъ и вправо. Поворотъ этотъ обыкновенно совершается такъ же быстро, какъ и болѣе короткій поворотъ затылочка при первомъ положеніи. Затѣмъ затылочекъ выходитъ справа въ переднее отверстіе дна таза и проходитъ лонную дугу. Родившаяся головка снова принимаетъ свое естественное положеніе, при чемъ затылочекъ повернуть вправо и кверху, а личико—къ внутренней поверхности лѣваго бедра.

Отклоненія въ механизмѣ.

Въ теченіи родовъ даже при нормальномъ тазѣ и нормальномъ плодѣ замѣчаются нѣкоторыя отклоненія. Такъ, часто въ началѣ родовъ, въ періодѣ раскрытія маточнаго зѣва случается, что малый

родничекъ въ теченіе нѣкотораго времени немного отстаеъ, такъ что оба родничка прощупываются на одинаковой высотѣ. Нерѣдко головка плода временно отклоняется у многородящихъ даже немного кверху. Но при надлежащихъ схваткахъ это отклоненіе быстро уступаетъ мѣсто опусканію малаго родничка.

Затѣмъ часто замѣчается поразительно долгое стояніе головки въ поперечномъ положеніи, т. е., она уже сильно опустилась книзу, но начинаетъ поворачиваться затылочкомъ кпереди сравнительно поздно. Такъ какъ головка не можетъ пройти своей широкой стороной лонную дугу, то такое глубокое стояніе ея въ поперечномъ положеніи обуславливаетъ временную задержку родовъ.

Нерѣдко головка какъ разъ передъ третьимъ поворотомъ и прохожденіемъ лонной дуги совершаетъ еще разъ и довольно сильно первый поворотъ, т. е., въ то время какъ малый родничекъ прощупывается уже подъ вѣтвью лобной кости, онъ послѣ нѣсколькихъ сильныхъ схватокъ поворачивается книзу почти на средину входа въ тазъ. Головка сильно сгибается въ то время какъ должны были бы совершиться уже третій поворотъ и разгибаніе ея. При этомъ можетъ наступить такая значительная задержка въ теченіи родовъ, что приходится искусственно при помощи щипцовъ способствовать совершенію третьяго поворота и подъему малаго родничка. Послѣ этого затылочекъ легко проходитъ лонную дугу.

Наконецъ иногда имѣютъ мѣсто и такъ назыв. чрезмѣрные повороты—перекручиванія головки именно, затылочекъ вмѣсто того, чтобы повернуться слѣва кпереди и влѣво, поворачивается кпереди вправо и наоборотъ. Впрочемъ, практическаго значенія такія перекручиванія головки, которыя встрѣчаются обыкновенно при благоприятныхъ условіяхъ, не имѣютъ.

Передне-темянное положеніе.

Въ рѣдкихъ случаяхъ спинка и затылочекъ плода остаются обращенными кзади, т. е., роды по нашему опредѣленію протекаютъ «въ положеніи В». Такъ какъ положеніе плода опредѣляютъ сообразно тому, что прощупываютъ въ средней линіи и такъ какъ при этихъ положеніяхъ въ средней или проводной линіи находятъ большой родничекъ, т. е., переднюю часть темени, то положенія эти носятъ название переднетемянныхъ.

Учащѣся легко смѣшиваютъ переднетемянное положеніе съ внѣдрѣніемъ передней темянной кости. Для болѣе ясной номенклатуры этимъ положеніямъ дано названіе переднетемянныхъ.

Если сначала имѣлось положеніе II b, то оно поворотомъ затылочка кпереди обыкновенно превращается въ силу нормального механизма въ положеніе II a, какъ это видно на рис. 32 и 33. Это означаетъ, что если затылочекъ поворачивается кпереди и здѣсь выходитъ наружу, то имѣлось не переднетемянное положеніе, которое исправилось, а роды совершались нормальнымъ путемъ. Но если затылочекъ остается сзади и сверху, подбородокъ отдалается отъ груди, темя опускается, такъ что затылочекъ помѣщается какъ разъ въ выемкѣ крестцовой кости, а *glabella* или болѣе высокая точка лба упирается въ симфизъ, то имѣется переднетемянное положеніе. См. рис. 34.

Въ немъ разсматриваютъ болѣе тонкія отличія. Именно, если находящійся и остающійся сзади затылочекъ глубоко опускается сзади, какъ при нормальныхъ родахъ онъ глубоко опускается спереди, то это положеніе называется заднимъ затылочнымъ положеніемъ. Но такое положеніе является часто только переходной фазой передне-темянного положенія и потому, какъ особое положеніе разсматриваемо быть не можетъ. Если же напротивъ затылочекъ слишкомъ долго остается обращеннымъ кзади, такъ что кпереди очень низко выступаетъ лобъ, то получается лобное положеніе, о которомъ мы отдѣльно поговоримъ ниже.



34

Передне-темянное положеніе.

Этіологія переднетемянныхъ положеній различна, что видно уже изъ того, что въ этомъ положеніи рождаются какъ очень маленькіе, такъ и очень крупныхъ размѣровъ дѣти. Если головка сравнительно малаго плода случайно повернута затылочкомъ кзади, то схватки подвигаютъ ее книзу, такъ какъ она такъ мала, что механическаго значенія никакого не имѣетъ. Очень маленькіе плоды, особенно мертвые проходятъ такимъ образомъ безъ спеціального механизма родовой каналъ.

Затѣмъ съ этіологической точки зрѣнія важны всѣ причины, которыя препятствуютъ повороту спинки плода кпереди. Если, напри- мѣръ, при двойняхъ одинъ плодъ находится въ положеніи B и оба плода по истеченіи околоплодныхъ водъ образуютъ равномерно одну массу, то другой препятствуетъ повороту перваго. Если одинъ плодъ

съ самага начала повернуть спинкой кзади, то послѣдняя остается сзади и головка появляется съ затылочкомъ обращеннымъ кзади.

Но эти случайности не могутъ объяснить переднетемянныхъ положеній, при которыхъ не исключается поворотъ большой головки затылочкомъ кпереди. При брахицефалии, при очень круглой формѣ головки поворотъ кпереди можетъ не имѣть мѣста. Быть можетъ, значеніе имѣетъ форма таза, именно особенно благоприятная ширина его въ направленіи прямого діаметра и случайно незначительные размѣры поперечнаго діаметра, какъ это бываетъ въ кифотическихъ тазахъ. Нерѣдко повороту спинки плода кпереди препятствуетъ полный отходъ водъ и плотное прилеганіе матки къ плоду. Но если спинка его лежитъ равномерно укрѣпленной кзади, то и затылочекъ смотритъ кзади, особенно, если для этого имѣются еще и другія причины, какъ емкость крестцовой впадины и незначительное суженіе поперечнаго діаметра таза. Поворотъ затылочка можетъ сдѣлаться совершенно невозможнымъ и вслѣдствіе такого рѣдкаго явленія, какъ выпавшая спереди и сбоку ручка. Точно также родится съ затылочкомъ обращеннымъ кзади, т. е., въ переднетемянномъ положеніи и головка, крѣпко зажатая щипцами, затылочекъ которой повернуть кзади и которая не можетъ сдѣлать нормальный поворотъ кпереди.

При такомъ положеніи діаметры, о которыхъ идетъ рѣчь, и вмѣстѣ окружность головки представляются значительно большими, чѣмъ при обыкновенныхъ затылочныхъ положеніяхъ. Такая головка нуждается въ большемъ просторѣ для внѣдрѣнія и выхода и потому роды затрудняются и затягиваются. Вслѣдствіе такой продолжительности родовъ жизнь ребенка подвергается опасности, влагалище ушибамъ, а промежность—разрывамъ.

Большая дѣтская головка имѣетъ лобнозатылочный діаметръ въ 12 сант., а вертикальный поперечникъ въ 10 сант. Окружность такой головки въ лобнозатылочномъ поперечникѣ, въ какомъ она проходитъ родовые пути при передне-темянномъ положеніи равенъ 35 сант. а наименьшая окружность при нормальномъ положеніи—32 сант. Такимъ образомъ задняя спайка или собственно промежность должна при передне-темянныхъ положеніяхъ растягиваться больше на 2 сант. въ стрѣловидномъ направленіи, а въ окружности на 3 сант., чѣмъ при затылочныхъ положеніяхъ. Если промежность не поддается растяженію или если щипцами нужно извлечь головку раньше, чѣмъ наступило растяженіе промежности, то она разрывается.

Во время родовъ при передне-темянномъ положеніи наступаетъ часто полная остановка теченія родовъ вслѣдствіе того, что разстоянія, существующаго между лоннымъ сращеніемъ или нисходящей

вѣтвью лобковой кости, къ которымъ прижать лобикъ плода, и верхушкой крестцовой кости недостаточно для того, чтобы головка могла глубже внѣдриться своимъ лобно-затылочнымъ діаметромъ. Если не имѣетъ мѣста постороннее вмѣшательство и боли очень сильны, то затылочекъ медленно подвигается книзу. Черепныя кости, сходящіяся въ швахъ, сдвигаются такимъ образомъ, что затылочная кость и лобныя подходятъ подъ боковыя или въ рѣдкихъ случаяхъ надвигаются на нихъ, благодаря чему головка уменьшается въ лобно-затылочномъ діаметрѣ, то есть, укорачивается. Затѣмъ, пока лобикъ прижать къ лонному сращенію, а большой родничекъ плотно фиксированъ у одной изъ лонныхъ вѣтвей, затылочекъ опускается книзу какъ при затылочномъ положеніи спереди, такъ при темянномъ — сзади. При очень сильныхъ схваткахъ затылочекъ проходитъ черезъ мягкія родовыя части, у первородящихъ почти всегда, а у многородящихъ очень часто, разрывая промежность. Вслѣдъ за затылочкомъ, лобикъ легко выкачивается изъ подъ лонной дуги и ребенокъ рождается съ личикомъ, обращеннымъ вверхъ и кпереди.

Если передне-темянное положеніе изслѣдуютъ въ раннемъ періодѣ, большой родничекъ прощупывается впереди, а малый съ трудомъ, вслѣдствіе плотнаго прилеганія, кзади или даже вовсе не прощупывается. Когда затылочекъ опускается понемногу кзади, то можно говорить о заднемъ затылочномъ положеніи, такъ какъ при этомъ самой низкой точкой черепа является несомнѣнно не темя впереди, а затылочекъ позади.

Лобныя положенія.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ затылочекъ, несмотря даже на очень сильныя схватки не опускается книзу, но остается вполнѣ обращеннымъ кзади, между тѣмъ какъ на темя спереди производится все болѣе и болѣе сильное давленіе. Въ концѣ концовъ лобикъ опускается спереди или сбоку такъ глубоко, что большой родничекъ продвигается болѣе къ срединѣ таза и палецъ спереди ощупываетъ края глазничныхъ впадинъ основаніе носа. Внѣдряющейся частью головки является такимъ образомъ лобикъ, а положеніе — л о б н ы м ъ, и именно не переходомъ отъ лицевого къ передне-темянному, но очень рѣзко выраженнымъ передне-темяннымъ.

При лобномъ положеніи имѣютъ мѣсто всѣ моменты задерживающіе роды, въ равной или даже въ болѣе сильной степени, чѣмъ при передне-темянныхъ положеніяхъ. Черепъ при лобномъ положеніи обуславливаетъ растяженіе промежности до 14 сант., а въ окружности до 36 — 37 сант.

Роды поэтому еще болѣе затруднены, чѣмъ при передне-темяныхъ предлежаніяхъ; долгое теченіе ихъ обуславливаетъ значительную головную опухоль, которая закрываетъ роднички и швы, такъ что діагнозъ становится труднымъ. Если не ускорить роды, ребенокъ можетъ погибнуть, а при ускореніи ихъ, то есть, при наложеніи щипцовъ на головку въ этомъ не выгодномъ положеніи, дѣло почти всегда до разрыва промежности. Темянные вдавленія даже переломы черепа плода, разможенія мягкихъ родовыхъ частей матери и пораненія промежности, производимыя щипцами при лобныхъ положеніяхъ почти неизбѣжны.

Лицевыя положенія.

При лицевыхъ положеніяхъ плодъ принимаетъ такое положеніе, что головка приближается затылочкомъ къ спинкѣ и подбородокъ отделяется отъ груди, то есть, происходитъ сильное разгибаніе ея. При этомъ спинка плода не разгибается, а сгибается. Теперь всѣ признаютъ, что при такомъ неестественномъ положеніи головки согнутое положеніе туловища является не первичнымъ, а вторичнымъ, обусловленнымъ отклоненіемъ головки, произведеннымъ тазомъ.



35

Лицевое положеніе.

Затылочекъ здѣсь или тамъ, такъ или иначе задерживается, такъ что глубже опуститься онъ не можетъ. Для того, чтобы головка приняла такое своеобразное положеніе, должна на нее повлечь известная сила. Уже одно то обстоятельство, что лицевыя положенія одинаково имѣютъ мѣсто при широкихъ и узкихъ тазахъ и что повторныя лицевыя положенія чрезвычайно рѣдки у одной и той же женщины, указываетъ въ этиологии ихъ на случайности.

Такъ какъ тазъ женщины является величиной постоянной, то причины подобныхъ положеній слѣдуетъ искать у плода. Нескер доказалъ, что черепа при лицевыхъ положеніяхъ отличаются особенной длиной и имѣютъ особенно широкій затылочекъ, который способенъ задерживаться у края таза. Если къ этому присоединяется еще косое

положеніе матки или плода, такъ что сила схватокъ направлена больше на одну сторону, чѣмъ прямо внизъ, то затылочекъ прижимается къ безъимянной линіи. При сильныхъ схваткахъ и нажиманіи внизъ неподвижная точка (*punctum fixum*) является тамъ, гдѣ головка прижимается и она поворачивается личикомъ книзу. Поэтому главной причиной лицевыхъ положеній мы должны считать большую величину затылочка, а способствующими моментами—умѣренное суженіе таза и косое положеніе матки или вѣрнѣе дѣйствіе сватокъ въ косомъ направленіи. Затѣмъ значеніе имѣютъ слишкомъ короткая шея плода, широкая грудная клѣтка или *struma congenita*, которая поднимаетъ и держитъ подбородокъ плода кверху. Такое же этиологическое значеніе имѣютъ и опухоли матки или же окружающихъ частей, напри- мѣръ, переполненный мочевой пузырь, способствующія сгибанію спинки плода.

Когда личико спустилось въ тазъ, то схватки плохо дѣйствуютъ на дальнѣйшее движеніе плода, потому что согнутый позвоночникъ не можетъ двигать впередъ головку. Поэтому при лицевыхъ положеніяхъ роды въ общемъ затягиваются.

Уже при наружномъ изслѣдованіи часто находятъ данныя, которыя позволяютъ поставить діагнозъ лицеваго положенія: сердечныя тоны плода особенно ясно выслушиваются на той самой сторонѣ, на которой находятся и мелкія части его. Еще важнѣе то обстоятельство, что затылочекъ часто можно прощупать и даже видѣть очень выпяченнымъ сбоку таза тотчасъ же надъ входомъ въ него. При ощупываніи діагнозъ легко устанавливается, такъ какъ личико едва ли можно смѣшать съ какой-либо другой частью тѣла: толстыя губы, альвеолярные отростки челюсти, часто можно даже прощупать языкъ, затѣмъ основаніе носа такъ характерно, что его можно легко узнать. Точно также едва ли можно принять за что либо другое острья *arcus orbitales*.

Когда спинка расположена влѣво, а внутри подбородокъ прощупывается вправо и основаніе носа влѣво, то это первое лицевое положеніе. Наоборотъ, при расположеніи спинки вправо, а подбородка—влѣво, мы имѣемъ второе лицевое положеніе.

При началѣ родовъ еще въ самой тазовой полости подбородокъ часто расположенъ кзади, но онъ постоянно съ теченіемъ времени, если выждать, поворачивается кпереди. Въ концѣ концовъ подбородокъ оказывается впереди, какъ разъ по срединѣ подъ лонной дугой. По рожденіи подбородка затылочекъ самъ выкатывается надъ промежностью.

Такъ какъ діаметры, которыми головка проходитъ чрезъ родовые пути, немного менѣе благоприятны, чѣмъ при обыкновенныхъ затылоч-

ныхъ положенiяхъ, то и разрывы промежности у первородящихъ бываютъ чаще, чѣмъ при нормальныхъ положенiяхъ.

Какъ мы уже сказали, роды при лицевыхъ положенiяхъ обыкновенно затягиваются. На личикѣ образуется родовая опухоль. При частомъ изслѣдованiи на мягкомъ личикѣ вслѣдствiе давленiя пальцами образуются ссадины съ потерей эпидермиса, пузыри и язвы. Поэтому на личикѣ новорожденного рядомъ съ большой опухолью носа, губъ и вѣкъ встрѣчаются и раны, которыя въ первое время сильно безобразятъ ребенка, какъ это видно на рис. 36. Изъ-за этихъ опухолей ребенокъ часто не можетъ сосать и пить, но это очень скоро проходитъ.



36

Родовая опухоль и поврежденiя отъ изслѣдованiя плода при лицевомъ предлежанiи.



37

Долichoцефалигическая головка при лицевомъ предлежанiи.

Головка еще въ теченiе нѣсколькихъ дней сохраняетъ характерное положенiе съ отогнутымъ къзади затылочкомъ.

Такъ какъ она при прохожденiи чрезъ тазъ подвергается существенному давленiю въ направленiи наименьшей окружности то лобно-затылочный дiаметръ компенсаторно удлиненъ, какъ это видно на рис. 37. Затылочекъ представляется уплощеннымъ и широкимъ. Такимъ образомъ получается рѣзко выраженная форма головки, которая прежде всего явилась причиной лицевого положенiя. Что долихоцефалiя является не слѣдствiемъ подобныхъ родовъ, доказали послѣдовательныя позднѣйшiя измѣренiя дѣтскихъ череповъ, которыя показали у нихъ поразительно большой затылочно-лицевой дiаметръ въ то время, когда измѣненiя, вызванныя родами, уже давно прошли.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ подбородокъ остается въ теченiе всего акта родовъ обращеннымъ къзади, такъ что головка рождается съ затылочкомъ, повернутымъ къпереди. Причины этого еще недостаточно выяснены, ибо подобные случаи чрезвычайно рѣдки. Очень можетъ быть, что онѣ зависятъ отъ формы таза или отъ невозмож-

ности поворота туловища въ узкой маткѣ, но возможно также, что дѣло просто объясняется нетерпѣніемъ акушера.

Нерѣдко подбородокъ поворачивается наконецъ кпереди именно послѣ того, какъ акушеръ захватываетъ его во время схватки крючкомъ и отдавливаетъ кпереди.

Если этого не удастся сдѣлать, то обстоятельства представляются чрезвычайно неблагоприятными и роды могутъ окончиться только при очень сильныхъ схваткахъ, потому что головка вступаетъ въ тазъ одновременно съ грудью. При этомъ ребенокъ часто погибаетъ, если врачъ не вмѣшается и не сдѣлаетъ искусственнаго поворота подбородку съ помощью щипцовъ или безъ нихъ.

Предлежанія тазовымъ концомъ.

Предлежанія тазовымъ концомъ дѣлятся на: ягодичныя, полныя ножныя и неполныя ножныя.

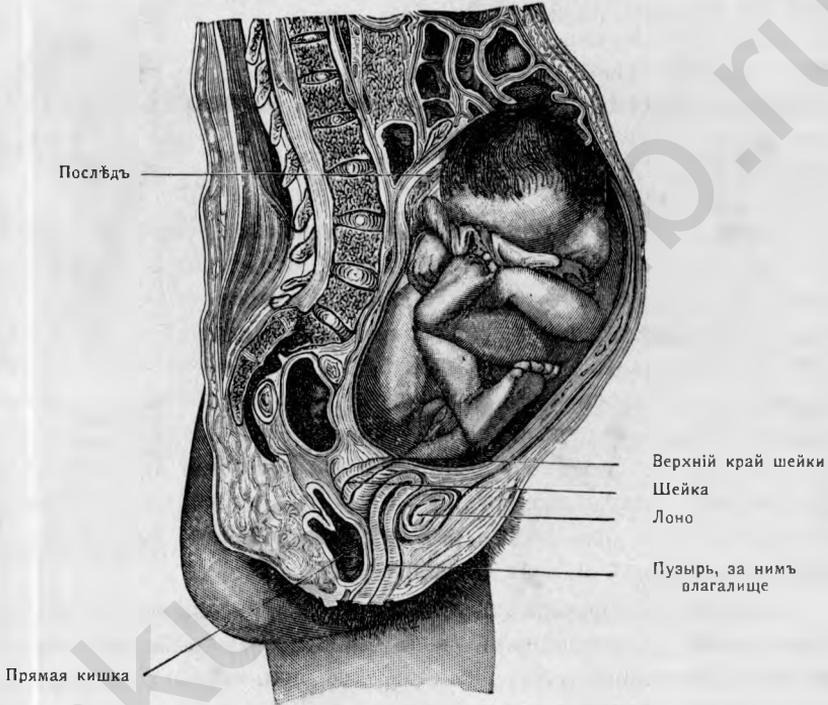
Причины предлежанія тазовымъ каналомъ еще не выяснены. Извѣстно только то, что такія положенія, какъ и всякія неправильныя положенія встрѣчаются чаще при ненормальныхъ отношеніяхъ между плодомъ и тазомъ матери, наприм. при головной водянкѣ и узкомъ тазѣ, чѣмъ при нормальныхъ тазахъ. Затѣмъ извѣстенъ фактъ, что ножныя положенія въ общемъ чаще встрѣчаются у многорожавшихъ, а положенія ягодичныя—у перворожениць. Во всякомъ случаѣ это находится въ связи съ болѣе растянутой и расширенной въ своей нижней части маткой многорожениць, у которыхъ ножки плода, лежащія у ягодиць, особенно при смерти его, легко выпадаютъ или увлекаются во время или послѣ отхода околоплодныхъ водъ.

Поразительна форма головки плода при ягодичныхъ предлежаніяхъ: когда околоплодныхъ водъ мало или когда сопротивление брюшныхъ покрововъ очень велико, она принимаетъ очертаніе дна матки и представляется поразительно низкой и очень длинной. Когда же пространственныя отношенія достаточны, головка сохраняетъ первоначальную форму, такъ какъ ребенокъ въ этомъ случаѣ рождается быстро и сопротивление тазовыхъ стѣнокъ не можетъ вліять на изменение ея формы. Здѣсь наблюдается то же, что у дѣтей, рождающихся съ помощью кесарскаго сѣченія.

Мы различаемъ первое ягодичное положеніе, при которомъ спинка плода обращена влѣво и второе, — при которомъ она обращена вправо. Такъ какъ при обоихъ этихъ положеніяхъ спинка во время родовъ можетъ быть повернута кзади и кпереди, то принципиально мы различаемъ не четыре, а только два положенія.

Ножки плода, находящагося въ ягодичномъ положеніи, могутъ съ самаго начала располагаться согнутыми въ колѣнкахъ около ягодицъ, какъ на рис. 38, или же онѣ уже въ теченіе беременности помѣщаются вполнѣ выпрямленными около туловища, какъ это изображено на рис. 39.

Въ первомъ случаѣ ножки во время прохожденія чрезъ тазъ запрокидываются кверху, какъ на рис. 39, а по рожденіи ребенка онѣ принимаюмъ нормальное положеніе. Во второмъ случаѣ ножки и по рожденіи ребенка сохраняютъ еще въ теченіе извѣстнаго времени свое своеобразное положеніе.



38

Первое ягодичное положеніе.

Діагнозъ устанавливается на основаніи слѣдующихъ данныхъ при изслѣдованіи: въ днѣ матки, т. е., вверху живота прощупывается равномерно твердая, круглая и большею частью легко подвижная часть, баллотирующая отъ одной стороны по направленію къ другой. При первомъ положеніи головка лежитъ въ верхней правой, при второмъ положеніи въ верхней лѣвой четверти живота; сердечные тоны плода выслушиваются при тазовыхъ предлежаніяхъ на томъ же мѣстѣ, гдѣ и при головныхъ положеніяхъ, именно на срединѣ живота сбоку.

Головка подвижна у шейки сама по себѣ, между тѣмъ какъ при движеніяхъ кверху предлежащихъ ягодицъ приводится въ движеніе весь плодъ. Снаружи надъ входомъ въ тазъ прощупывается не головка, но болѣе мелкая и мягкая часть, именно тазовой конецъ. Ошибки возможны только въ томъ случаѣ, если ограничиваться однимъ наружнымъ изслѣдованіемъ. Такъ, если у первороженицы головка плода совершенно опустилась уже въ тазъ, то ее при напряженныхъ брюшныхъ стѣнкахъ хорошо прощупать снаружи нельзя и за головку легко можетъ быть принятъ твердый крестецъ, который лежитъ сверху. Но достаточно ввести палецъ во влагалище, чтобы разсѣять всякія сомнѣнія на этотъ счетъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи часто прощупывается твердая часть, напоминающая головку, именно крестецъ, который не имѣетъ надъ собой жирового слоя. Но форма его, неправильность и небольшая величина въ связи съ данными наружнаго изслѣдованія позволяютъ точно поставить діагнозъ.

Иногда у плода виситъ внизъ мошонка, которая становится отечной вслѣдствіе образования на ней родовой опухоли. Если она представляется очень скользкой вслѣдствіе выдѣленія мекоиума, то ее легко смѣшать съ пупочнымъ канатикомъ. Такъ какъ половыя части плода расположены большею частью въ сторонѣ, то при узкомъ маточномъ зѣвѣ ихъ достигнуть нельзя и потому этимъ путемъ нельзя діагностировать полъ плода.

Механизмъ тазовыхъ положеній не такъ легко изучить, какъ механизмъ черепныхъ. Во первыхъ, ягодицы не дѣлаютъ изолированныхъ движеній, а слѣдуютъ за движеніями, совершенными вверху въ маткѣ ребенкомъ, точно такъ же, какъ послѣдній слѣдитъ за ихъ движеніями. Но такъ какъ мы не можемъ слѣдить за движеніями ребенка въ маткѣ во время схватки, то мы можемъ судить о движеніи спинки только по ягодицамъ. Во вторыхъ, тазовой конецъ, именно при ножныхъ положеніяхъ, меньше тазового канала и можетъ поэтому неправильно поворачиваться или быть поворачиваемымъ. Наконецъ, часто плодъ для спасенія его жизни долженъ быть быстро извлекаемъ, что вліяетъ и мѣняетъ опять-таки механизмъ.

Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда плодъ погибаетъ и можно было бы спокойно наблюдать за родами, врачъ съ цѣлью скорѣй окончить роды, избавляетъ роженицу отъ труда изгнанія при помощи потугъ,



39

Ягодичное предлежаніе.

но и въ этихъ случаяхъ нельзя выяснитъ механизмъ родовъ, доведенныхъ до конца безпрепятственно.

Тѣмъ не менѣе нужно описать всетаки какой нибудь «нормальный механизмъ», такъ какъ акушерская помощь должна въ сущности только способствовать естественнымъ силамъ природы. Плодъ слѣдуетъ, стало быть, такъ поворачивать и извлекать, какъ это можетъ сдѣлать сама природа.

При началѣ родовъ спинка плода находится спереди и сбоку, совершенно сбоку или же кзади и сбоку, заднее бедро находится часто глубже во входѣ въ тазъ и дѣло всегда доходитъ, если не происходитъ искусственнаго вмѣшательства, до того, что спинка поворачивается кпереди, при чемъ выпуклостью своей укладывается въ вогнутости передней маточной стѣнки. Тогда глубже продвигается въ тазовой каналъ переднее бедро, которое открываетъ поступательное движеніе. Когда ягодины сдвигаютъ дно таза то образуется значительное искривленіе всего туловища плода, при чемъ вогнутость его обращена кпереди. Переднее бедро поднимается прямо кверху, какъ это продѣлываетъ затылочекъ при третьемъ поворотѣ. Иногда ягодицы проходятъ чрезъ мягкіе родовые пути въ совершенно поперечномъ направленіи даже въ томъ случаѣ, когда плодъ великъ, а пути эти — узки. Прохождение это совершается нѣсколько долѣе, при чемъ заднее бедро задерживается у дна таза.

По рожденіи ягодицъ спинка обыкновенно быстро поворачивается кпереди при натуживаніи роженицы, или безъ него, или же съ помощью врача.

Ножки обыкновенно (см. рис. 38) запрокинуты кверху, но иногда можно прощупать на брюшной сторонѣ плода одну или въ рѣдкихъ случаяхъ обѣ пятки изрѣдка и пупочный канатикъ. Зависитъ это отъ случая: если послѣдній много разъ обмотанъ вокругъ туловища, шеи или конечностей ребенка, какъ это видно на рис. 39, то онъ выпасть не можетъ; если же онъ лежитъ клубкомъ на животикѣ плода между верхними и нижними конечностями, то онъ вмѣстѣ съ ножкой выпадаетъ внизъ, при чемъ врачъ ни чего не можетъ сдѣлать, чтобы помѣшать этому.

Пока ягодицы плода находятся еще въ тазу матери, жизни его ничто не угрожаетъ. Во влагалищѣ, внѣ матки, находится не большая часть плода, чѣмъ при черенномъ положеніи, когда головка вполне еще находится въ тазу. Газообмѣнъ въ плацентѣ совершается еще безпрепятственно. Но при новой схваткѣ туловище плода быстро рождается и послѣдній, оставивъ на двѣ трети матку, не получаетъ болѣе достаточно кислорода; если онъ не сможетъ тотчасъ же начать дышать его легкими, онъ погибаетъ. Врачъ долженъ быть теперъ на сторожѣ

и тотчасъ же извлечь ребенка на столько быстро, на сколько это позволяютъ мягкіе родовые пути матери.

При ножныхъ положеніяхъ очень важно состояніе маточнаго зѣва. Если пузырь расширилъ его достаточно, разрыхленіе достаточно и дѣло идетъ, какъ въ большинствѣ случаевъ о многородящей, то послѣ разрыва пузыря ребенокъ быстро выходитъ наружу выше ягодиць. Какъ и при ягодичномъ положеніи спинка произвольно родившагося плода поворачивается всегда кпереди.

При неполномъ ножномъ предлежаніи (рис. 41), бедро низведенной ножки находится въ косомъ положеніи, такъ что ягодицы проходятъ мягкіе родовые пути равномерно заостренными. И здѣсь, при выпаденіи передней или задней ножки, спинка



40

Обвитіе пуповины. Предлежаніе правой пятки.



41

Плодь въ неполномъ ножномъ предлежаніи.

равномерно поворачивается кпереди, съ тою только разницей, что въ первомъ случаѣ спинка совершаетъ поворотъ въ томъ же направленіи, между тѣмъ какъ при выпаденіи задней ножки спинка очень часто описываетъ кругъ, поворачиваясь сзади напередъ. Если сначала имѣлось первое неполное ножное положеніе, именно спинка была обращена влѣво и выпала задняя правая ножка, то спинка поворачивается мимо мыса чаще справа кпереди, чѣмъ слѣва кпереди. Такимъ образомъ, спинка описываетъ оборотъ въ три четверти. И здѣсь врачъ, тянущій ребенка за одну или обѣ ножки, можетъ существенно вліять на эти повороты, измѣняя его естественное вращеніе.

При произвольномъ рожденіи головки, то есть, при рожденіи ея помощью дѣйствія одного только брюшнаго пресса, она плотно при-

жата подбородкомъ къ грудной клѣткѣ. Но если тянуть ребенка во время перерывовъ родовыхъ болей, и тянуть его безъ посторонней помощи, то естъ, безъ давленія извнѣ, то оттягиваютъ затылочекъ и подбородокъ отстаетъ отъ грудной клѣтки. Но объ этомъ мы будемъ говорить при извлеченіи.

Многоплодная беременность.

Почти на каждые 100 родовъ приходятся одни роды двойнями, на 8,000 — одни тройнями и на 400,000 — одни четвернями. Роды пятернями съ достовѣрностью наблюдались лишь нѣсколько разъ и на нихъ слѣдовало бы смотрѣть, какъ на двойные роды двойнями или же какъ на комбинацію беременности двойнями и тройнями. Указанія на роды съ еще ббльшимъ числомъ плодовъ имѣются въ старой литературѣ, но не въ новѣйшей официальной статистикѣ. Въ общемъ многоплодная беременность, повидимому, увеличивается въ Европѣ въ направленіи отъ запада къ востоку, такъ что родовъ многоплодныхъ въ Англии сравнительно меньше всего, а въ Россіи—наиббльшее число ихъ. Значительно преобладающимъ возрастомъ матерей съ многоплодной беременностью является до 30 лѣтній возрастъ. Двойни такъ часто наследуются въ женской линіи, что фактъ этотъ имѣетъ даже диагностическое значеніе.

Одно яичко можетъ имѣть двойной зародышь, два яичка могутъ происходить изъ одного Граафова фолликула или же могутъ быть оплодотворены два яичка, происходящія изъ двухъ разныхъ фолликуловъ. Что первое изъ этихъ явленій имѣетъ мѣсто рѣже всего доказывается тѣмъ обстоятельствомъ, что двойни бывають разныхъ половъ чаще, чѣмъ одного, такъ какъ одно яйцо хоть и съ двумя зародышами даетъ одинъ полъ. Поэтому всѣ двойни-уродцы однополы. Чаще всего встрѣчаются роды съ младенцами обоихъ половъ,—такихъ около 40%. Затѣмъ, сообразно преобладанію мужскихъ рожденій, идутъ роды съ двумя мальчиками—31% и съ двумя дѣвочками—29%. При тройняхъ чаще всего преобладали два мальчика и одна дѣвочка—28%, одинъ мальчикъ и двѣ дѣвочки—25%, три мальчика—24% и наконецъ три дѣвочки—23%.

Двойни могутъ имѣть совершенно отдѣльные послѣды, такъ что послѣ рожденія перваго ребенка рождается его плацента, а послѣ втораго—соотвѣтствующее ему дѣтское мѣсто.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда по рожденіи перваго ребенка пузырь втораго не лопається, послѣдъ его безъ новыхъ сильныхъ схватокъ не отдѣляется, такъ что плодъ получаетъ еще достаточно кислорода отъ матери и въ состояніи жить еще въ теченіи часовъ и даже дней.

Гораздо чаще оба дѣтскія мѣста при своемъ развитіи срастаются вмѣстѣ такъ, что ихъ сосуды образуютъ анастомозы. Послѣды срастаются или однимъ какимъ-нибудь сегментомъ или же настолько тѣсно, что на маточной поверхности они представляются въ видѣ одного круглаго диска безъ раздѣляющей борозды между ними. Зависитъ это отъ болѣе или менѣе близкаго расположенія другъ къ другу обоихъ яицъ въ маткѣ.

Что касается яйцевыхъ оболочекъ, то относительно ихъ слѣдуетъ замѣтить, что *decidua vera* представляется, ординарной, *basalis (serotina)* соотвѣтствуетъ любому послѣду, *capsularis reflexa* хотя и двойная, но оба слоя нельзя различить ни макроскопически, ни микроскопически въ видѣ раздѣльныхъ оболочекъ тамъ, гдѣ яйцевыя оболочки одного плода касаются оболочекъ другого. Хоріонъ и амніонъ, какъ зародышевыя образования, представляются двойными. Если раздѣлить оба плодныхъ мѣшка, по раздѣляющимъ ихъ оболочкамъ, то находятъ четыре легко раздѣлимыхъ оболочекъ: амніонъ, хоріонъ, хоріонъ и амніонъ. Между обоими хоріонами находятся неправильныя шероховатости, остатки обѣихъ *reflexa*. Если находятъ два амніона, но одинъ только хоріонъ, то дѣло идетъ объ однойцевыхъ зародышахъ. Если имѣется одинъ амніонъ, то это патологическое состояніе; другой амніонъ отсутствуетъ съ самаго начала, какъ порокъ развитія, или же погибъ потомъ, что наблюдается при двойняхъ-уродцахъ.

Когда два плода помѣщаются въ одной водной оболочкѣ, то они пассивными или активными движеніями могутъ образовать узлы въ своей пуповинѣ или проскальзываютъ чрезъ узлы, затягивая ихъ. При этомъ сосуды пуповины становятся непроходимыми, сдавливаются а плоды удавливаются и погибаютъ. У погибшихъ и произвольно изверженныхъ двойней неоднократно находили разрыхленные, тонкіе пупочныя канатики со многими узлами и петлями. Погибли плоды эти, должно быть, вслѣдствіе прекращенія притока кислорода и питательнаго матеріала, обусловленнаго узлами.

Пупочныя канатики располагаются рѣдко въ послѣдахъ совершенно центрально. Часто они проходятъ въ стѣнкахъ между двумя плодными мѣшками, часто также наблюдается краевое или веламентозное прикрѣпленіе пуповины. Если послѣды сращены, то кромѣ двухъ круговъ кровообращенія, образуемыхъ сердцами двухъ плодовъ, образуется еще третій въ анастомозахъ.

Двойни почти никогда не бываютъ совершенно одинаковой величины. Одинъ ребенокъ обыкновенно тяжелѣе другого, при чемъ это обстоятельство нисколько не дѣлаетъ для болѣе слабаго ребенка прогнозъ худшимъ. Болѣе крѣпкій ребенокъ обладаетъ и болѣе

крѣпкимъ сердцемъ и потому окажется побѣдителемъ въ внутриматочной борьбѣ за существованіе при использованіи анастомознаго кровообращенія. Это имѣетъ дурныя послѣдствія для одного изъ плодовъ: кровообращеніе можетъ такъ измѣниться, что при извращеніи его одинъ плодъ становится какъ бы придаткомъ другого, онъ не получаетъ больше артеріальной крови, но только одну венозную, притекающую къ послѣду перваго плода. Затѣмъ плодъ хирѣетъ, сердце не образуется вовсе, или зачатокъ его исчезаетъ. Плодъ превращается въ уродца, *Acardiacus* (см. ниже).

Возможно, что слабый плодъ въ буквальномъ смыслѣ слова прижимается къ стѣнкѣ, такъ что онъ какъ и его дѣтское мѣсто захирѣваютъ. Плодъ сдавливается такимъ образомъ, что остается одинъ лишь скелетъ, обтянутый кожей, послѣдъ становится твердымъ и блѣднымъ, малокровнымъ. Сплюсненный такимъ образомъ плодъ носитъ названіе *foetus raryugaceus* или *foetus compressus*, потому, кажется, будто онъ вырѣзанъ изъ папки. Самый малый подобный плодъ былъ длиною въ $2\frac{1}{2}$ сант., а наибольшій — былъ 6 мѣсячный. Чаще всего дѣло идетъ о плодахъ періода середины беременности.

Большого практическаго значенія эти *foetus raryugacei* не имѣютъ и препятствіемъ въ процессѣ родовъ они никогда не являются. Мнѣ пришлось наблюдать изверженіе такого плода тотчасъ же вслѣдъ за раскрытіемъ маточнаго зѣва у одной первородящей, у которой я ощупалъ большой живой плодъ. Я былъ очень удивленъ, когда мужъ этой родильницы принесъ мнѣ плодъ, прося не пріѣзжать больше, такъ какъ роды окончились. Нѣсколько часовъ спустя родился большой ребенокъ и на краю его плаценты находился продолговатый пузырекъ: плодный мѣшокъ этого *foetus raryugaceus*. Въ другихъ случаяхъ плодъ находился въ пузырьѣ большого послѣда. Неоднократно сообщались случаи, гдѣ спустя часы и даже цѣлые дни послѣ рожденія живыхъ дѣтей рождались *foetus raryugacei* съ ихъ послѣдами. Послѣдъ подобныхъ плодовъ часто оказывался значительно большимъ, чѣмъ онъ могъ бы быть соотвѣтственно возрасту плода. Тогда приходится допустить, что онъ продолжалъ расти и дальше, послѣ смерти плода, быть можетъ, благодаря вросшимъ въ него сосудамъ находящагося между нимъ и другимъ послѣдомъ круга кровообращенія.

Исходя изъ того факта, что близнецы рѣдко бываютъ одинаковаго вѣса, и что среди нихъ возможны значительныя колебанія въ вѣсѣ, доходящія до отношенія 1 : 3, старые авторы принимали такъ назыв. переоплодотвореніе, *superfoetatio*, т. е., предполагали, что во время двухъ совокупленій, раздѣленныхъ менструаціей, оплодотворялись однимъ и тѣмъ же или даже различными мужчинами два

яичка, принадлежащая къ различнымъ періодамъ овуляціи. Подобный взглядъ при современномъ состояніи науки приходится совершенно оставить, во первыхъ потому, что твердо установлено, что въ теченіе беременности невозможна больше овуляція, а во вторыхъ потому, что уже въ началѣ беременности слизистая матки, образующая decidua vera такъ набухаетъ, что путь въ трубу чрезъ полость матки оказывается заложнымъ.

То обстоятельство, что послѣдъ второго плода да и самъ онъ часто не представляютъ никакихъ регрессивныхъ измѣненій и кажутся «свѣжими», часто дѣлаетъ предположеніе о переоплодотвореніи довольно правдоподобнымъ. Но нужно имѣть въ виду, что послѣдъ можетъ продолжать развиваться, между тѣмъ какъ плодъ, находящійся въ околоплодной жидкости, измѣняется только медленно. Предположеніе, что въ двойной маткѣ сперматозоиды могутъ проникнуть въ одну половину, ничего не доказываетъ, ибо даже при внѣматочной беременности имѣеть мѣсто децидуальное измѣненіе слизистой матки, а при маточной беременности одного рога матки, въ другомъ также образуется и выдѣляется decidua. Но прежде всего возможность беременности исключается отсутствіемъ овуляціи.

Напротивъ возможно, что напр. во время одной овуляціи оплодотворяются два яйца въ различные дни и различными мужчинами. Подобное явленіе, носящее названіе superfœcundatio нужно допустить, хотя доказать его невозможно. Даже тотъ фактъ, что негритянка могла бы наприм. родить одного чернаго и одного бѣлаго ребенка, не доказывалъ бы, что каждый изъ нихъ имѣлъ бы другого отца, такъ какъ и у животныхъ, напр. у собакъ, щенята отъ одного кобеля, бываютъ то его породы, то породы суки.

Народъ считаетъ двойни скорѣй несчастьемъ, чѣмъ счастьемъ. За одно и то же удовольствіе приходится платить вдвойнѣ! Вѣдь легче вырастить одного крѣпкаго ребенка, чѣмъ двухъ слабыхъ, требованіямъ, предъявляемымъ въ такомъ случаѣ къ матери-кормилицѣ можетъ удовлетворить только очень крѣпкая женщина. Съ другой стороны совершенно ложно мнѣніе народа, будто изъ близнецовъ вырастаютъ слабые мужчины, неспособные къ оплодотворенію или бесплодные, съ трудомъ рожаящія женщины. При достаточномъ питаніи ребенокъ внѣ матки скоро пріобрѣтаетъ то, чего не доставало ему въ маткѣ. Равнымъ образомъ выравнивается вполнѣ нормально и тазъ, если только общее развитіе тѣла идетъ хорошо.

Прогнозъ для матери тѣмъ нехорошъ, что чрезмѣрно растянутые брюшные покровы надолго остаются вялыми, особенно у бѣдныхъ женщинъ, которыя не могутъ проводить послѣродовой періодъ

въ постели и пользоваться нужнымъ уходомъ. По мимо этого при большихъ объемахъ матки и дѣтскаго мѣста всегда возможны послѣдовательныя кровотеченія. Если къ этому прибавить еще неправильныя положенія плода, напр. при поперечномъ положеніе второго близнеца, требующія акушерскаго вмѣшательства, то станетъ ясно, что прогнозъ не можетъ быть на столько же хорошъ, какъ при обыкновенныхъ родахъ.

Діагнозъ будетъ тѣмъ легче поставить, чѣмъ чаще акушеръ будетъ вообще думать о двойняхъ. Всякій чрезмѣрный объемъ живота всегда въ этомъ отношеніи подозрителенъ. Впрочемъ, діагнозъ не имѣетъ собственно говоря большаго практическаго значенія. Непріятна только неожиданность для врача, если онъ самъ не ожидалъ двойней и не обратилъ вниманія на возможность ихъ. Діагнозъ становится важнымъ для леченія только послѣ рожденія перваго ребенка и тутъ ошибка при нѣкоторомъ только вниманіи положительно невозможна, хотя неоднократно и бывали подобные случаи.

Во время беременности двойни діагноцируются въ томъ случаѣ, если опредѣляютъ двѣ головки: одну, наприм., у дна матки и другую предлежащую. Затѣмъ ищутъ, не находятъ ли при выслушиваніи два далеко лежащіе другъ отъ друга центра ясныхъ сердечныхъ тоновъ, по мѣрѣ удаленія отъ которыхъ, тоны эти все болѣе и болѣе ослабѣваютъ и совершенно исчезаютъ. Интеллигентныя повторно-беременныя женщины часто сами наводятъ врача на діагнозъ тѣмъ, что имъ кажется поразительно большимъ объемъ живота и что онѣ ощущаютъ движенія плода не въ одномъ только мѣстѣ живота, а повсюду.

Очень хорошимъ діагностическимъ признакомъ, не разъ уже позволявшимъ заранѣе опредѣлять двойни въ послѣдніе періоды беременности, является открытіе маточнаго зѣва до того еще, какъ роды начались. Такъ наприм., найдя зѣвъ матки открытымъ съ діаметромъ въ полтиникъ, можно было бы подумать, что роды уже начались, но спустя 8 дней замѣчается то же, при чемъ схватокъ совѣмъ нѣтъ. Явленіе это объясняется тѣмъ, что два плода требуютъ больше мѣста, чѣмъ одинъ и что матка поэтому очень растягивается и зѣвъ ея раскрывается. Это растяженіе обусловливаетъ нерѣдко преждевременное наступленіе родовъ.

Когда роды начались и можно ощупать головку или конечность становится доступной ощупыванію и зрѣнію, то акушеръ при сравненіи ихъ небольшой величины съ огромными размѣрами матки можетъ придти къ заключенію, что онъ имѣетъ дѣло съ двойнями. Совершенно невѣрно за то предположеніе, будто можно при наружномъ излѣдованіи изолированно двигать оба плода, потому что если отодвинуть одинъ плодъ отъ дна матки или же другой изъ влагалища, то эти

движенія непременно передаются другому плоду или же въ крайнемъ случаѣ все-таки нельзя добиться ясныхъ изолированныхъ движеній.

Безусловно необходимъ діагнозъ по рожденіи одного ребенка изъ двойней; уже малая величина его тотчасъ же ясно указываетъ на то, что имѣется дѣло съ двойнями. Комбинированное изслѣдованіе, при которомъ внутренняя рука легко проникаетъ въ зіяющій маточный зѣвъ, а наружная сверху отдавливаетъ ребенка, быстро устраняетъ обыкновенно всякое сомнѣніе, которое можетъ явиться, наприм. при опухоляхъ самой матки или въ ея сосѣдствѣ. Второй плодъ при двойняхъ остается не распознаннымъ только у самыхъ небрежныхъ врачей или у акушерокъ. Подобные случаи наблюдались. Извѣстенъ цѣлый рядъ случаевъ, когда врачъ оставлялъ родильницу послѣ рожденія ребенка, до отхожденія послѣда, а затѣмъ приглашали къ ней другого врача, вслѣдствіе появлявшагося кровотеченія, и этотъ послѣдній распознавалъ затѣмъ второго ребенка изъ двойней. Интересно, что второй ребенокъ этотъ можетъ жить еще въ теченіе цѣлыхъ дней и были случаи, когда рождались живыми вторые плоды двойней спустя 3 дня послѣ рожденія первыхъ.

Двойни лежатъ въ маткѣ въ косомъ направленіи одинъ возлѣ другого. По рожденіи одного изъ нихъ, схватки вдвигаютъ другого однимъ концомъ его туловища въ родовую каналъ. Но не всегда такъ происходитъ дѣло. Часто второй плодъ лежитъ въ поперечномъ положеніи относительно перваго и въ такомъ положеніи онъ начинаетъ рождаться. Двойни лежатъ почти въ 52⁰/₀ оба въ черепномъ положеніи, въ 28⁰/₀ — одинъ въ черепномъ, другой въ тазовомъ въ 9⁰/₀ — оба въ тазовомъ въ 6⁰/₀ — одинъ въ черепномъ, другой въ поперечномъ и наконецъ въ 3⁰/₀ — одинъ въ тазовомъ а другой въ поперечномъ положеніи. Оба плода въ поперечномъ положеніи встрѣчаются крайне рѣдко: я въ теченіи 30 лѣтъ практики наблюдалъ это всего одинъ разъ. Я низвелъ однажды двѣ ножки двухъ плодовъ и, послѣ нѣсколькихъ тщетныхъ попытокъ извлечь младенца, убѣдился что имѣлъ двѣ правыя кожи.

Если одинъ плодъ находится во второмъ положеніи со спинкой, обращенной къзади, то онъ часто рождается въ этомъ переднетемянномъ положеніи, такъ какъ второй плодъ мѣшаетъ ему сдѣлать поворотъ, а тазъ матери достаточно широкъ и позволяетъ головкѣ его пройти въ любомъ положеніи, совершенно не вліяя на нее.

Поперечное положеніе второго плода двойней легко объясняется. Если родовая каналъ занятъ первымъ младенцемъ, то второй долженъ находится въ косомъ или поперечномъ положеніи, въ какомъ онъ и остается, если матка не имѣетъ достаточно времени, чтобы сократиться и поставить плодъ въ прямое положеніе.

Я не могу подтвердить того обстоятельства, будто вслѣдствіе перерастяженія матки боли регулярно становятся болѣе слабыми и чтобы послѣдствіемъ этого являлись частыя послѣдовательныя кровотеченія. Мнѣ пришлось видѣть достаточно много родовъ двойнями, которые вполне благопріятно протекали безъ всякаго препятствія въ этомъ отношеніи; при чемъ было обращено вниманіе именно на это обстоятельство и на хорошій уходъ за маткой.

Обыкновенно сперва рождаются оба плода двойной, а затѣмъ общій или раздѣленный послѣдъ; послѣдній только въ рѣдкихъ случаяхъ отдѣляется до рожденія второго плода. За то, напротивъ, часто вставляется второй пузырь только послѣ того, какъ первый плодъ уже появился на свѣтъ.

Акушерскія операціи при двойняхъ не представляютъ никакихъ затрудненій и даютъ поэтому хорошій прогнозъ. Наложеніе щипцовъ совершается легко, благодаря небольшимъ размѣрамъ головки плода, а поворотъ второго плода удается безъ затрудненій, благодаря тому, что родовые пути хорошо подготовлены рожденіемъ перваго плода. Введеніе цѣлой руки въ полость матки для поворота второго ребенка едвали когда-нибудь требуется. Если не удастся вслѣдствіе толщины брюшныхъ покрововъ или сопротивленія роженицы повернуть головкой плодъ при помощи наружныхъ приѣмовъ, то вводятъ половину руки въ зѣвъ матки и, выжидая, отдавливаютъ внизъ тазовой конецъ плода затѣмъ схватываютъ одну или обѣ ножки его и извлекаютъ его легко и быстро чрезъ расширенныя родовые пути.

Я даю при родахъ двойнями послѣ рожденія второго ребенка *cesare cornutum* съ цѣлью вызвать сокращеніе объемистой матки.

Теоретически спорили о томъ, нужно ли извлекать второго ребенка тотчасъ вслѣдъ за первымъ, или же съ этимъ можно обождать. По моему правильнѣй извлекать, такъ какъ второй плодъ легко погибаетъ при отдѣленіи его послѣда. Наступитъ ли послѣднее или нѣтъ, заранѣе опредѣлить невозможно. Совѣтовали выжидать съ извлеченіемъ второго ребенка въ виду того, что боялись, что быстро опорожненная матка не сможетъ хорошо сократиться и дастъ послѣдовательное кровотеченіе. На практикѣ, конечно, желательно окончить роды какъ можно скорѣе и боязнь послѣдовательныхъ кровотеченій, какъ мы уже раньше говорили, неосновательна.

ДЕВЯТАЯ ГЛАВА.

Изслѣдованіе при родахъ.

Принимая на себя веденіе родовъ уже начавшихся, или будучи приглашеннымъ еще къ беременной, у которой придется принимать впослѣдствіи, врачъ долженъ всегда произвести подробный осмотръ всѣхъ органовъ вообще и въ особенности половыхъ органовъ.

Беременную при началѣ родовъ или роженицу изслѣдуютъ, съ цѣлью опредѣлить:

1. здорова ли она,
2. беременна ли она: діагнозъ беременности,
3. какъ далеко зашла беременность, именно, начались ли уже роды и въ какомъ періодѣ находится: діагнозъ періода родовъ,
4. нормально ли положеніе плода: діагнозъ положеніе плода,
5. хорошъ ли прогнозъ: діагнозъ состоянія родовыхъ путей и опредѣленіе живъ ли плодъ, или мертвъ.

Въ судебномъ отношеніи или клиникахъ съ педагогической цѣлью распознаютъ еще, имѣется ли дѣло съ первороженницей или многорождающей. На практикѣ же вопросъ этотъ выясняется путемъ анамнеза.

Изслѣдованіе общаго состоянія.

Врачъ, принимающій на себя веденіе родовъ, беретъ на себя большую отвѣтственность и обязанъ поэтому самымъ тщательнымъ образомъ изслѣдовать женщину, которая довѣряетъ ему не только свое здоровье, но и здоровье своего ребенка. Съ его стороны было съ грубой ошибкой, если бы онъ изслѣдуя женщину во время беременности, проглядылъ бы у нея узкій тазъ, порокъ сердца, опухоль или что-нибудь подобное. Точно также было бы ошибкой съ его стороны

не собрать по возможности точнаго анамнеза. Въ случаяхъ, съ порочной наслѣдственностью, или тамъ гдѣ въ анамнезѣ былъ психозъ или сифилисъ, профилактика могла бы имѣть огромное значеніе.

Раньше всего нужно собрать тщательный анамнезъ, при чемъ стараются узнать у одной изъ родственницъ роженицы или у ея мужа все то, о чемъ неудобно спросить ее самое. Конечно, здѣсь нельзя поступать по ограниченной схемѣ. Когда роженица крѣпкая, хорошо развитая женщина, по виду совершенно здоровая, то не приходится думать о перенесенной англійской болѣзни. Но при малѣйшемъ подозрѣніи на недостаточность развитія таза, нужно разспросить, на какомъ мѣсяцѣ роженица, будучи ребенкомъ, начала ходить и какія болѣзни она перенесла въ дѣтствѣ. Въ этомъ отношеніи особенно важна тяжелая скарлатина, осложненная нефритомъ, потому что почки остались, быть можетъ, предрасположенными къ новымъ заболѣваніямъ.

Искривленія позвоночника такъ искусно прикрываются портнихами, что часто приходится поражаться, видя у раздѣтой женщины такія измѣненія, которыхъ совершенно нельзя было предположить, видя ее одѣтой. Равнымъ образомъ нужно обратить вниманіе на ноги роженицы во время ходьбы, чтобы убѣдиться, не хромаетъ ли она, или не имѣетъ ли одной ноги короче другой, что скрадывается болѣе толстой подошвой.

Сердце и легкія должны быть изслѣдованы даже въ тѣхъ случаяхъ, когда на первый взглядъ можно исключить всякую ненормальность ихъ. Одинъ товарищъ потерялъ свою жену непосредственно послѣ родовъ вслѣдствіе колляпса сердца. При вскрытіи у нея найдена была рѣзкая *insufficiencia mitralis*, которая при жизни почти не проявлялась никакими специфическими симптомами, такъ что мужъ ея, какъ врачъ, никогда не имѣлъ повода подозрѣвать у нея порокъ сердца.

Точно также иногда при очень хорошемъ общемъ питаніи можетъ оказаться чахотка; поэтому нужно всегда изслѣдовать легкія и если имѣется мокрота, то ее изслѣдуютъ на туберкулезныя бациллы. Затѣмъ нужно обратить вниманіе на полость рта и на зубы. Беременные обыкновенно скрываютъ, по наущенію, вѣроятно, своихъ недалекихъ мужей, имѣвшійся сифилисъ. Поэтому, въ тѣхъ случаяхъ, когда врачъ находитъ у женщины облысълость головы, ангину съ бляшками (*plaques*) или безъ нихъ, разрывы въ углахъ рта, опухшія десны, указывающія на продѣланное лечение ртутью, то установленіе діагноза безусловно необходимо столько же въ интересахъ матери, сколько и ребенка, но особенно въ интересахъ врача, который желаетъ оградить себя отъ инфекціи.

Затѣмъ освѣдомляются о всѣхъ симптомахъ, наблюдавшихся въ теченіе беременности и изслѣдуютъ ноги или вѣрнѣе ступни въ отношеніи отечности, сосудистыхъ узловъ (varices), опухолей и т. д. Въ каждомъ случаѣ нужно повторно два-три раза изслѣдовать съ промежутками въ нѣсколько дней мочу, и если въ ней будутъ найдены слѣды бѣлка, то ее нужно подвергнуть и микроскопическому анализу.

Если изъ анамнеза видно, что имѣются бѣли, то нужно разспросить про признаки острой гонорреи, и, если даже послѣдніе отсутствуютъ, то это еще не исключаетъ возможности гонорреи. Затѣмъ вводятъ во влагалище небольшое стеклянное цилиндрическое зеркало, съ помощью котораго легче всего распознать цвѣтъ бѣлей и микроскопически изслѣдуютъ приставшую къ нему слизь.

Анамнезъ долженъ коснуться и особенностей характера изслѣдуемой женщины, съ каковою цѣлью обращаются къ окружающимъ ее или къ ея мужу. Если беременная бываетъ по временамъ меланхолична и носится съ печальными мыслями, то отношеніе къ ней и совѣты для нея будутъ, конечно, совершенно другіе, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда мужъ заявитъ, что жена совсѣмъ не бережетъ себя, не отказываетъ себѣ ни въ какихъ удовольствіяхъ и совершенно игнорируетъ свою беременность. Правильное физическое леченіе беременной и роженицы, возможное лишь на основаніи такимъ путемъ добытыхъ свѣдѣній, чрезвычайно важно.

Нужно осторожно и въ деликатной формѣ разспросить и мужа о его здоровьѣ, при чемъ слѣдуетъ обратить его вниманіе на то, что у новорожденныхъ возможны такія болѣзни, которыхъ легко избѣжать, но которыя очень опасны: такъ его знакомятъ съ гоноррейной инфекціей глазъ новорожденнаго, объясняютъ ему хорошій прогнозъ врожденнаго сифилиса у новорожденнаго при своевременномъ лѣченіи его и т. д. Что все это слѣдуетъ сдѣлать съ умѣньемъ и тактомъ,— ясно, но если задуматься надъ тѣмъ, какія важныя указанія для правильнаго леченія врачъ получаетъ такимъ путемъ, и сколько неприятностей для себя, жены и своего ребенка можетъ предупредить мужъ, если онъ будетъ искренне говорить правду, то нельзя нисколько сомнѣваться въ необходимости такого подробнаго анамнеза.

Когда имѣется дѣло съ уже рожавшей женщиной, то нужно собрать свѣдѣнія о томъ, какъ протекали предъидушіе роды. Конечно, здѣсь можно опустить много схематическихъ вопросовъ, если у нея всѣ дѣти здоровы. Но важно все-таки знать, протекали ли нормально послѣродовые періоды, ибо сращенія послѣда съ маткой повторяются довольно часто.

Для того, чтобы тутъ же рѣшить, сможетъ ли мать сама кормить, нужно осмотрѣть ея груди и соски.

Если всѣ предшествовавшіе роды были благоприятны и легки, то нѣтъ основаній утруждать беременную измѣреніемъ ея таза. За то безусловно необходимо подобное измѣреніе у первородящей, безразлично, приглашенъ ли врачъ къ ней во время беременности или въ то время, когда роды уже начались. У многорожавшихъ измѣреніе таза необходимо, если почему-либо является подозрѣніе на узкій тазъ, на примѣръ, при сильно отвисающемъ животѣ, при небольшомъ ростѣ или при указаніи, что предъидущіе роды всѣ или только послѣдніе были тяжелы.

Принимая на себя веденіе родовъ, врачъ долженъ измѣрить температуру роженицы; особенно важна она въ тѣхъ случаяхъ, когда его приглашаютъ для окончанія родовъ при долго длившихся схваткахъ. Если термометръ указываетъ 37.8 или 37.9, то это уже подозрительно. Затѣмъ ежечасно измѣряютъ температуру и, если она постепенно нарастаетъ, то это служитъ показаніемъ къ окончанію родовъ. Нельзя знать, не является ли лихорадка началомъ какой-нибудь тяжелой инфекции. Мѣстомъ инфекции является внутренняя поверхность родового канала и послѣдній, можетъ быть очищенъ и продезинфицированъ лишь тогда, когда онъ свободенъ.

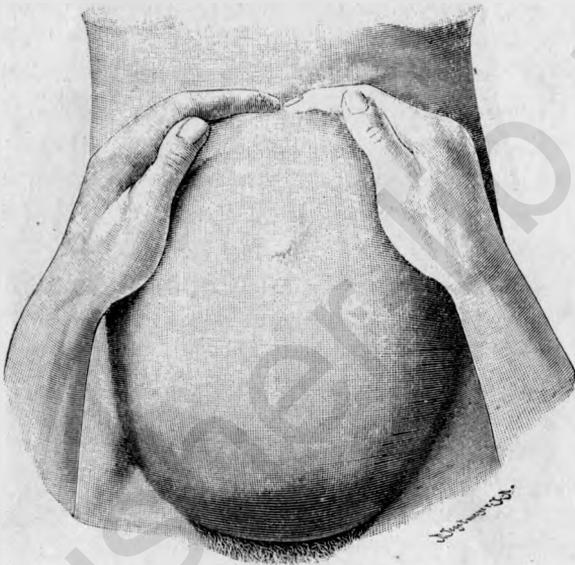
Діагнозъ положенія плода.

Послѣ всего изложеннаго переходятъ къ изслѣдованію живота. Беременная или роженица, раздѣвшись, ложится въ постель. При этомъ положеніи во первыхъ лучше всего удовлетворяется чувство женской стыдливости и во вторыхъ изслѣдованіе можетъ лишь въ этомъ случаѣ быть обстоятельнымъ и подробнымъ, такъ какъ только въ этомъ положеніи можно изслѣдовать позвоночный столбъ, грудную клѣтку, конечности и т. д.—словомъ все туловище.

Діагнозъ беременности очень легокъ у беременной на сносяхъ или у роженицы. Но то обстоятельство, что ошибки случались и случаются, указываетъ на возможность неправильныхъ діагнозовъ. Однако при систематическомъ изслѣдованіи безъ предвзятой мысли, по правиламъ искусства, ошибка въ концѣ беременности должна быть исключена съ полной увѣренностью.

Беременная лежитъ въ постели въ одной рубахѣ. Животъ обнажаютъ отъ края реберъ до лобка и изслѣдованіе ведется педантически путемъ осмотра, пальпации и аускультации. Перкуссия рѣдко даетъ какіе-нибудь результаты и имѣетъ значеніе только при дифференціальномъ діагнозѣ. Обращаютъ вниманіе на грудные соски, пигментацию *lineae albae* и сосковъ, форму и величину живота.

Самое важное—это ошупываніе. Здѣсь нужны три приема: не меньше и не больше. Садятся на стуль около постели или на край ея и кладутъ обѣ руки на животъ такъ, чтобы оба большіе пальца были обращены кпереди, а концы среднихъ пальцевъ сходились бы вмѣстѣ на верху живота (см. рис. 42). Руки должны плотно прилегать къ животу, а не отставать отъ него. Матка ошупывается всей ладонной поверхностью кисти отъ концевъ пальцевъ до мягкой части ея. Локтевой край руки отодвигается по возможности кзади въ глубину, но вмѣстѣ съ тѣмъ немного приподнимается, чтобы ошу-



42

Первый приемъ.

пать край реберъ и убѣдиться, доходитъ ли вплоть до него болѣе твердая часть содержимаго живота, то есть, матка или же болѣе или менѣе отстоитъ отъ него. Такимъ образомъ отграничиваютъ болѣе твердую матку отъ болѣе мягкихъ частей живота и опредѣляютъ высоту стоянія ея дна.

При второмъ приемѣ (рис. 43) кладутъ обѣ руки по сторонамъ живота такимъ образомъ, чтобы къ брюшнымъ покровамъ прикасались цѣликомъ однѣ только ладонныя поверхности кистей. При давленіи ошупываютъ съ какой стороны, съ правой или лѣвой больше сопротивление, и гдѣ можно глубже вдавить рукой.

Поочередно давятъ на животъ то больше верхней частью кисти, концами пальцевъ, то мягкими частями ея одной или же другой рукой. При этомъ стараются, передвигая съ мѣста на мѣсто содер-

жимое матки, то есть, плодъ, давить на него одной рукой по направленію къ другой. Если поступать такимъ образомъ много разъ въ различныхъ направленіяхъ, то можно прощупать мелкія части и крупную, если это не удалось сначала. Мелкія части ударяются гдѣ-либо о ладонь или пальцы кисти и соотвѣтственно этому на противоположной сторонѣ прощупывается крупная часть.



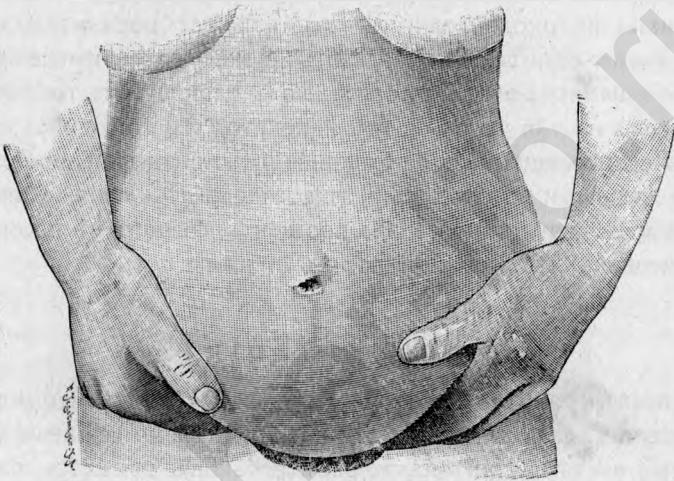
43

Второй приемъ.

Если дѣло скоро не выясняется, то нажимаютъ по возможности глубже конически сложенными концами пальцевъ одной руки по срединѣ живота съ какой-нибудь стороны, отдавливаютъ, на примѣръ, спинку плода рукой, положенной на его животикъ, по направленію къ другой рукѣ. Если повторить этотъ приемъ нѣсколько разъ то съ правой, то съ лѣвой стороны, то можно болѣе или менѣе точно опредѣлить спинку плода, то есть, вѣрнѣе говоря, при глубокомъ надавливаніи рукой на другую сторону убѣдиться въ ея отсутствіи. При появленіи схватки выжидаютъ, пока она пройдетъ, и потомъ изслѣдуютъ опять, когда матка снова стала расслабленной. Если мелкія части находятся на одной сторонѣ, то крупная — головка или ягодицы — должны находиться на другой. Ихъ нащупываютъ и про-

буютъ двигать ихъ. Ягодицы представляются меньшими и повидимому менѣ подвижны, чѣмъ твердая круглая, легко подвижная головка.

Третьимъ приѣмомъ стараются опредѣлить головку плода надъ тазомъ (см. рис. 44). Для этого становятся спиной къ лицу роженицы и, нащупавъ обѣ *spinae anter.* и лобокъ, продвигаютъ книзу живота справа и слѣва концы крючкообразно загнутыхъ пальцевъ въ разстояніи около 15 сант. другъ отъ друга въ направленіи поперечниковъ входа въ тазъ и если при этомъ нащупываютъ какое-нибудь твердое мѣсто, то на него кладутъ концы пальцевъ обѣихъ рукъ.



44

Третій приѣмъ.

Эту часть плода ощупываютъ обѣими руками, равномѣрно и одновременно надавливая на нее со всѣхъ сторонъ. По величинѣ и твердости сразу можно отличить головку, а опытный акушеръ легко составитъ себѣ даже представленіе о приблизительной величинѣ ея. По небольшому же размѣру и по мягкости нащупанной, спереди лежащей части можно опредѣлить ягодицы.

Есть еще два другихъ способа опредѣленія головки, практикуемые опытными акушерами въ легкихъ случаяхъ, но они не даютъ надежныхъ результатовъ. Одинъ изъ нихъ состоитъ въ томъ, что производятъ быстрое, эластическое и глубокое давленіе кзади рукой тотчасъ же надъ лобкомъ въ направленіи конъюгаты. Діагнозъ положенія головки устанавливается на основаніи ея характерной твердости. Другой способъ заключается въ томъ, что сидя, лицомъ къ больной кладутъ руку на низъ живота, такъ что большой палецъ приходится съ одной стороны, а остальные четыре съ другой стороны, и захва-

тываютъ между пальцами головку. Этотъ приемъ не такъ хорошъ, какъ третій, такъ какъ неопытный врачъ легко можетъ не найти головку, не говоря уже о томъ, что ее вообще нельзя нащупать, когда она стоитъ глубоко въ тазу.

Такъ какъ головка уже во время беременности стоитъ ниже своимъ затылочкомъ, то выдающуюся кпереди лобную часть легче нащупать. Поэтому при первомъ положеніи твердость головки болѣе ясно прощупывается справа, а при второмъ—слѣва.

У первородящихъ головка часто стоитъ уже въ тазу и потому матка, особенно при напряженныхъ брюшныхъ покровахъ и небольшомъ количествѣ околоплодныхъ водъ, кажется поразительно малой. Тѣмъ не менѣе, если глубоко надавить рукой по направленію конца поперечнаго діаметра входа въ тазъ, можно прощупать головку плода, особенно ясно на той сторонѣ, гдѣ находится его животикъ.

Всякое иное ощупываніе роженицы руками совершенно безцѣльно, неприятно для нея и затемняетъ результатъ изслѣдованія. Описанныхъ трехъ приемовъ достаточно, чтобы поставить діагнозъ въ промежутокъ времени, меньшій, чѣмъ нужно для ихъ описанія.

Аускультация.

При изслѣдованіи беременной можно обойтись безъ выслушиванія въ томъ случаѣ, если вполне отчетливо опредѣлено движеніе плода по его мелкимъ частямъ, такъ какъ, разъ ребенокъ движется, онъ живъ. Тѣмъ не менѣе учащіеся должны тщательно упражняться въ аускультации, для того чтобы научиться хорошо выслушивать. Ухо прикладываютъ къ тому мѣсту, гдѣ опредѣлена спинка плода. Нажимая рукой на брюшко плода, стараются плотно придвинуть спинку его, къ другой стѣнкѣ матки, а эту послѣднюю къ брюшной стѣнкѣ роженицы, такъ что спинка плода при измѣненіи въ расположеніи околоплодныхъ водъ продвигается возможно ближе къ брюшной стѣнкѣ. При выслушиваніи нужно ухо по возможности глубже вдавливать, именно въ то мѣсто живота, гдѣ предполагается спинка плода. Какъ только акушеръ начинаетъ различать сердцебиеніе плода, онъ нащупываетъ пульсъ матери, для того, чтобы сравнить число сердцебиеній у одного и другого для избѣжанія ошибокъ. Содержимое брюшной полости проводитъ и материнскій пульсъ, такъ что при высокой лихорадкѣ и скоромъ пульсѣ матери его можно принять за сердцебиеніе плода. Послѣдствіемъ этого можетъ быть предположеніе, что плодъ живъ и отсюда возможны ошибки въ терапіи.

Стетоскопъ служитъ для изолированія отдѣльныхъ тоновъ клапановъ, при аускультации дѣтскаго сердца объ этомъ не можетъ быть

и рѣчи, а такъ какъ слышно тѣмъ лучше, чѣмъ ближе ухо находится къ источнику шума, то удобнѣе выслушивание производить просто ухомъ безъ стетоскопа, послѣдній же употреблять или у очень грязныхъ покрытыхъ паразитами, или же у очень чувствительныхъ и не въ мѣру стыдливыхъ роженицъ. Но разъ являются затрудненія и нужно точное изслѣдованіе, аускультация безъ стетоскопа несомнѣнно предпочтительнѣй.

Если положеніе спинки плода неизвѣстно, то нужно тщательно выслушивать по всему животу и въ этомъ случаѣ можно иногда положеніе спинки плода опредѣлить по мѣсту, гдѣ сердечные тоны выслушиваются яснѣе всего.

При нормальной беременности аускультация не имѣетъ особеннаго значенія, но въ дѣлѣ рѣшенія вопроса о томъ, живъ или мертвъ плодъ она имѣетъ рѣшающее значеніе.

Если предполагается, что плодъ мертвъ, при чемъ мать больше не ощущаетъ его движеній и врачъ не можетъ убѣдиться въ его подвижности, то доказать, что онъ живъ, возможно только при помощи аускультации. Точно также важно выслушиваніе и во время родовъ. Замедленіе сердечныхъ тоновъ плода, особенно послѣ того какъ они раньше были констатированы нормальными, указываетъ на жизненную опасность для него, а исчезновеніе ихъ — на смерть его.

Часто роженица находится въ большомъ страхѣ, особенно, если она раньше имѣла несчастіе родить мертваго ребенка. Въ концѣ беременности при скудныхъ околоплодныхъ водахъ плодъ не совершаетъ живыхъ движеній, такъ какъ у него нѣтъ для этого достаточно мѣста. Если же при томъ крѣпкія схватки притупили чувствительность матки, то роженица вообще не ощущаетъ больше движеній плода и тогда обращаются къ врачу какъ во время беременности, такъ и при родахъ съ вопросомъ, живъ-ли ребенокъ или умеръ.

Здѣсь важны слѣдующіе признаки. Если плодъ въ теченіе беременности погибаетъ, то беременная всегда одинъ или нѣсколько дней лихорадитъ, субъективно лихорадка бываетъ въ видѣ потрясающаго озноба или простаго недомоганія, а объективно она можетъ быть доказана помощью термометра. Если беременная жалуется сама на такую лихорадку, то является подозрѣніе, что ея ребенокъ погибъ. Иногда беременныя заявляютъ, что ребенокъ дѣлалъ въ теченіе короткаго времени очень сильныя движенія и послѣ этого больше уже не движется.

При изслѣдованіи такой беременной, животъ ея представляется болѣе мягкимъ, положеніе же плода точно опредѣлить невозможно. Мелкія части его, сдвинутыя съ мѣста у живого плода возвращаются обыкновенно тотчасъ же на свое прежнее мѣсто, при смерти

его прощупываются съ трудомъ или вовсе не прощупываются. Сердечные тоны не выслушиваются. Если сомнѣваются въ жизни плода, то нужно измѣрить окружность живота: когда плодъ мертвъ, то послѣдняя черезъ 14 дней скорѣе уменьшится и ни въ какомъ случаѣ не увеличится, такъ какъ плодъ не растеть, а околоплодная жидкость уменьшается. Обыкновенно разрѣшаетъ всѣ сомнѣнія наступленіе родовъ, которые въ случаѣ смерти плода, наступаютъ обыкновенно въ ближайшія двѣ или три недѣли.

Если плодъ давно уже погибъ, то черепныя кости его часто хрустятъ какъ при прощупываніи головки снаружи такъ изнутри. Истекающая околоплодная жидкость имѣетъ грязный цвѣтъ вслѣдствіе раствореннаго въ ней мекониума. Черепныя кости очень задвинуты одна подъ другую, такъ что темяныя кости по стрѣловидному шву лежатъ одна надъ другой на 1—2 сант. При ощупываніи конечностей, ягодиць или плечиковъ мацерированная кожа легко пристаеетъ къ пальцамъ и образуетъ ссадины на плодѣ. Эту кожу нельзя смѣшать съ оболочками яйца, такъ какъ она, если ее держать на свѣтъ, имѣетъ исчерченный видъ.

Важныя указанія даетъ анамнезъ, если онъ устанавливаетъ, на примѣръ, *lues* или же какое-нибудь лихорадочное заболѣваніе, перенесенное въ теченіе беременности, также психическое потрясеніе, пораненіе или же какое-либо иное вредное вліяніе.

При аускультациі выслушиваются еще другіе шумы, какъ урчащія-кишечныя и маточныя. Послѣдніе выслушиваются преимущественно въ нижнихъ четвертяхъ матки, справа или слѣва или же на обѣихъ сторонахъ ея. Эти сильно дующіе шумы, изохроничныя съ пульсомъ роженицы, образуются въ извитыхъ расширенныхъ артеріяхъ по краю матки. Особеннаго значенія они не имѣютъ.

Но если выслушиваемый, также дующій, шумъ изохрониченъ съ сердечными тонами плода и значительно тише маточнаго шума, то мы имѣемъ дѣло съ шумомъ пуповины и послѣдній указываетъ на то, что пуповина перегнута или сдавлена. Шумъ этотъ слышится обыкновенно только короткое время, такъ какъ затрудненіе въ кровообращеніи скоро исчезаетъ. Шумъ пуповины находятъ часто въ тѣхъ случаяхъ, когда плодъ рождается обвитымъ очень длинной пуповиной и, если онъ особенно ясно выслушивается, то дѣти обыкновенно рождаются въ легкой аскфиксіи. Такимъ образомъ этотъ шумъ всегда указываетъ на извѣстную, хотя и легкую и преходящую опасность для плода. Если у беременной постоянно выслушивается шумъ пуповины, то нужно предположить сердечный порокъ у ребенка. На основаніи постоянного шума пуповины уже не разъ приходилось діагносцировать сердечное заболѣваніе у плода.

Измѣреніе таза.

Для постановки прогноза родовъ въ теченіе беременности достаточно наружнаго изслѣдованія и измѣренія таза. Послѣднее становится излишнимъ, когда положеніе плода съ несомнѣнностью указываетъ на широкій тазъ. Такъ, если въ концѣ беременности головка плода стоитъ глубоко въ тазу, то это означаетъ, что тазъ широкъ и что роды стало быть совершаются безпрепятственно. Но тамъ, гдѣ этого нѣтъ, или если имѣется дѣло съ первобеременной, беременность которой не находится еще въ послѣднемъ періодѣ и у которой положеніе головки, стало быть, еще ни на что не указываетъ, то измѣреніе таза такъ же необходимо для изслѣдованія беременной, какъ аускультация легкихъ — для опредѣленія общаго состоянія. Но въ этихъ случаяхъ достаточно ограничиться измѣреніемъ одной только *conjugatae externae*. Для этого кладутъ изслѣдуемую на бокъ, такъ чтобы полный свѣтъ падалъ на крестцовую область. Затѣмъ ощупываютъ лобокъ и фиксируютъ переднюю точку измѣренія на его верхнемъ краѣ. Затѣмъ опредѣляютъ заднюю точку измѣренія путемъ зрѣнія и ощупыванія. Нашупываютъ *spinae posteriores superiores* подвздошной кости, которыя лежатъ непосредственно подъ кожей сбоку отъ средней линіи и при осмотрѣ представляются мелкими ямочками. По срединѣ между ними, идя по направленію кверху, можно нащупать *processus spinosi* позвоночника. Ихъ ощупываютъ кверху и книзу, пока точно не нащупаютъ *processus spinosus* послѣдняго поясничнаго позвонка. Онъ лежитъ почти на два пальца надъ линіей, соединяющей обѣ ямки *spinae post. sup.*

Установивъ пальцами точно и вѣрно обѣ точки измѣренія, переднюю и заднюю, продвигаютъ между ногами одну ножку широко раскрытаго циркуля кпереди и удерживаютъ ее кончиками трехъ пальцевъ одной руки на передней точкѣ измѣренія у края лобка. Затѣмъ устанавливаютъ другую ножку циркуля на спинѣ беременной и прижимаютъ ее возможно плотнѣе къ задней точкѣ измѣренія, именно къ *processus spinosus* послѣдняго поясничнаго позвонка. Послѣ этого отсчитываютъ число сантиметровъ, показываемыхъ циркулемъ. Нормальный тазъ имѣетъ *conjugatam externam* въ 20 сант. Небольшія колебанія ея въ 21 или 19 сант. можно игнорировать, потому что встрѣчаются вполне нормальные тазы, у которыхъ *processus spinosus* случайно длиннѣе или короче. Но величина конъюгаты меньше 19 сант. всегда указываетъ на узкій тазъ. Даже цифры, меньшія 20 сант. возбуждаютъ уже подозрѣніе на узкій тазъ и для болѣе точныхъ результатовъ стараются примѣнить еще другіе методы, какъ внутреннее измѣреніе таза, анамнезъ, положеніе плода и т. д.

Врачъ, взявшій на себя веденіе родовъ еще во время беременности женщины, и не сдѣлавшій предварительно измѣренія ея таза въ случаѣ, если во время родовъ окажется осложненіе по поводу узкаго таза, окажется виновнымъ въ небрежномъ отношеніи къ своимъ обязанностямъ. Ибо, если онъ своевременно распознаетъ узкій тазъ, то вызвавъ искусственные преждевременные роды, избавитъ мать отъ опасности тяжелыхъ родовъ, а ребенка спасетъ отъ смерти. Поэтому, если за нормальный тазъ не говорятъ такія несомнѣнныя данныя, какъ низкое стояніе головки, измѣреніе таза является безусловно необходимой частью всякаго акушерскаго изслѣдованія беременныхъ.

Внутреннее изслѣдованіе. Дезинфекція.

Готовясь приступить къ внутреннему изслѣдованію, врачъ снимаетъ сюртукъ, засучиваетъ рукава сорочки выше локтя и дезинфицируетъ руки по правиламъ, хорошо знакомымъ теперь всякому студенту. Дезинфекція заключается въ мытьѣ рукъ и даже cadaго пальца и предплечья обыкновеннымъ мыломъ или еще лучше пескомъ, или же мраморнымъ мыломъ Schleich'a. Затѣмъ руки обмываютъ чистой водой, послѣ чего повторяютъ ту же процедуру съ растворомъ сулемы 1:1000. Сулема въ лепешкахъ несомнѣнно является самымъ удобнымъ и вѣрнымъ и въ то же время наиболѣе дешевымъ дезинфицирующимъ средствомъ. Врачъ можетъ всегда безъ всякихъ затрудненій имѣть при себѣ 10 такихъ лепешекъ, стоимостью каждая въ 2—3 копѣйки, какового количества, разумѣется, всегда достаточно для данной цѣли. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что сулема является самымъ вѣрнымъ средствомъ для дезинфекціи рукъ и потому совершенно непонятно, почему всѣ постоянно заняты поисками другого дезинфицирующаго средства, когда есть такое хорошее, какъ сулема. Къ другимъ средствамъ приходится обращаться развѣ тѣмъ врачамъ, чьи руки не переносятъ сулемы. Къ этимъ средствамъ принадлежатъ: лизоль, субламинъ, борная кислота, карболовая кислота и друг. Почти ежегодно появляются новыя дезинфицирующія средства. Но относительно всѣхъ ихъ можно повторить старыя слова: не столько важно, какимъ средствомъ дезинфицировать, сколько то, какимъ образомъ производится дезинфекція.

Я бы совѣтовалъ, однако, не очень полагаться на механическую дезинфекцію: мы, акушеры, не можемъ обойтись и безъ химическихъ средствъ. Съ другой стороны несомнѣнно и то, что хорошихъ результатовъ можно достигнуть одной чистотой, безъ химическихъ, бактерицидныхъ средствъ. Это доказалъ Lawson Tait, который дѣлалъ лапаратоміи безъ дезинфекціи.

Ahlfeld примѣняетъ алкоголь и считаетъ его наилучшимъ и вѣрнѣйшимъ дезинфекціоннымъ средствомъ. При помощи алкоголя онъ достигъ полной стерильности пальцевъ, само собой разумѣется послѣ самой тщательной механической чистки ихъ и мытья въ горячей водѣ съ мыломъ. Онъ доказалъ это, но я боюсь, что ни врачи, ни тѣмъ болѣе акушерки не будутъ такъ аккуратно и тщательно продѣлывать все, что рекомендуетъ Ahlfeld и потому совѣтую для бѣльшей безопасности основательно мыть еще руки, кромѣ алкоголя, сулемой, которая не представляетъ собой никакой опасности и во всякомъ случаѣ еще болѣе гарантируетъ чистоту рукъ. Въ этомъ отношеніи лучше слишкомъ много, чѣмъ слишкомъ мало.

Передъ внутреннимъ изслѣдованіемъ наружные половые органы беременной должны быть обмыты. Слѣдуетъ обмыть ее мыломъ въ сидячей ваннѣ или сдѣлать ей полную ванну, что еще лучше. Въ крайнемъ случаѣ, когда этого сдѣлать нельзя, нужно обмыть мыломъ и продезинфицировать хоть половыя части. Предварительно нужно опорожнить прямую кишку и мочевоу пузырь, а *apud* послѣ дефекаціи тщательно обмыть чистой водоу для того, чтобы не занести частичекъ кала съ промежности во влагалище или мочевоу пузырь.

При наполненной прямой кишкѣ, влагалище становится узкимъ и изслѣдующій палець не можетъ свободно двигаться и манипулировать въ немъ, а при наполненномъ пузырьѣ, подлежащая часть становится трудно ошутимой въ переднемъ влагалищномъ сводѣ позади лоннаго сращенія и при легкой подвижности она можетъ быть далеко отодвинута. Помимо этого изслѣдованіе при неопорожненномъ пузырьѣ и кишкѣ болѣе болѣзненно. Часто, напимѣръ, получается впечатлѣніе, что предлежитъ не головка, можно легко надавливая надъ лономъ, подвинуть ее по направленію книзу, тогда діагнозъ черепного предлежанія становится тотчасъ же несомнѣннымъ, благодаря характерной твердости головки. Но при полномъ пузырьѣ продѣлать это не возможно.

Начинающій при всякой возможности долженъ принципіально изслѣдовать то правой, то лѣвой рукоу и онъ, шутя, приобретаетъ одинаковую ловкость въ обѣихъ рукахъ — станеть «ambidexter». Въ послѣдствіи врачу было бы очень неловко, еслибы благодаря тому, что онъ умѣетъ изслѣдовать только одной рукоу, роженица должна была принимать всегда извѣстное положеніе. Нерѣдко бываетъ, что у акушера на пальцѣ имѣется трещина и тогда, чтобы защитить себя или роженицу отъ инфекціи, онъ можетъ изслѣдовать только одной рукоу.

Еще съ бѣльшей осторожностью слѣдуетъ поступать при изслѣдованіи роженицы: въ этомъ случаѣ необходима не только самая

тщательная субъективная дезинфекція — дезинфекція руки акушера, но и объективная половых частей, подлежащих изслѣдованію.

Въ этомъ случаѣ опять важно, вполнѣ ли здорова роженица и не подвергалась ли она уже изслѣдованію. Если врачъ является первымъ, кто ее изслѣдуетъ, то онъ долженъ обмыть мыломъ ея наружныя половыя части, затѣмъ ополоскать ихъ дезинфицирующимъ растворомъ и пропускать въ теченіе нѣкотораго времени струю его надъ раздвинутымъ входомъ во влагалище. Наиболѣе подходящимъ средствомъ для подобнаго раствора является лизоль или liquor cresoli saponatus въ $1\frac{1}{2}\%$ растворѣ. Оба эти средства очень дешевы и потому ихъ можно употреблять въ огромныхъ количествахъ. Сперва обмываютъ тщательно дезинфицирующимъ средствомъ вульву и область ані, а затѣмъ предъ каждымъ изслѣдованіемъ прополаскиваютъ сверху внизъ половыя части широкой струей лизоловаго раствора изъ густо намоченнаго ватнаго компресса. Оба эти средства, особенно liquor cresoli обладаютъ неприятнымъ запахомъ, вслѣдствіе чего у людей состоятельныхъ ихъ замѣняютъ 4% растворомъ борной кислоты.

Послѣ этого раздвигаютъ пальцами одной руки наружныя половыя части такъ, что становится ясно виднымъ входъ во влагалище, куда и вводятъ указательный палецъ другой руки. Если при этомъ раздвиганіи наружныхъ половыхъ частей въ области клитора обнаруживаются плотныя массы смегмы, то онѣ тщательно удаляются и вымываются.

Врача часто приглашаютъ къ роженицѣ, которую уже изслѣдовали акушерка или другой товарищъ и у которой нужна, положимъ, операція съ цѣлью ускоренія родовъ или въ виду того или другого осложненія.

Въ такихъ случаяхъ я считаю безусловно необходимымъ промываніе влагалища, такъ какъ неизвѣстно, было ли произведено достаточно тщательное обмываніе наружныхъ половыхъ частей. Предполагая даже, что оно было сдѣлано очень тщательно, возможно, что послѣ него имѣла мѣсто дефекація, отходъ вѣтровъ или простое попаданіе на промежность въ силу невольной натуги каловыхъ частицъ. Онѣ загрязняютъ снова промежность и совершенно уничтожаютъ эффектъ бывшей дезинфекціи. При частомъ изслѣдованіи, имѣющемъ мѣсто именно въ тяжелыхъ и медленно протекающихъ родахъ, частицы эти могутъ попасть даже во влагалище.

Но послѣднее особенно при долго длящихся родахъ, врядъ ли само по себѣ свободно отъ зародышей. Систематическія изслѣдованія даже самыхъ безпристрастныхъ изслѣдователей дали самые различные результаты, противорѣчащіе одни другимъ, такъ что до настоящаго времени на данный вопросъ взгляды расходятся. Поэтому всякій практической врачъ поступитъ благоразумнѣе, если будетъ лучше черезчуръ остороженъ, чѣмъ не въ мѣру довѣрчивъ. Я никогда

не рѣшился бы предпринять тщательное изслѣдованіе положенія плода и особенно какую-нибудь акушерскую операцію безъ промыванія или вѣрнѣе дезинфекціи влагалища у роженицы, которую до меня изслѣдовалъ уже кто-либо другой.

Въ клиникѣ изслѣдуютъ учащіеся. Дезинфекцію также слѣдуетъ изучить. Не смотря на всю добросовѣстность наблюдающаго персонала, всегда будутъ имѣть мѣсто случаи, гдѣ учащіеся еще не достаточно хорошо ознакомлены съ дезинфекціей и гдѣ легко возможны всякаго рода ошибки. Обезопасить себя отъ нихъ мы можемъ только тѣмъ, что разъ навсегда допустимъ возможность и наличность ихъ и будетъ стараться профилактическими мѣрами предупреждать вредныя послѣдствія ихъ. Поэтому, въ клиникахъ передъ всѣми болѣе или менѣе затяжными родами и вообще принципиально предъ каждой внутри или внѣматочной операціей, слѣдуетъ тщательно дезинфицировать влагалище, чтобы вымыть изъ него все, что могло попасть въ него и уничтожить такимъ образомъ всякіе микроорганизмы.

Но для подобныхъ влагалищныхъ промывокъ сулема опасна, потому что при ея употребленіи могутъ наступить явленія отравленія сулемой и смерть. Поэтому приходится обратиться къ лизолу или къ мыльному крезолу, которые въ большей или меньшей степени могутъ считаться безвредными. Кромѣ того средства эти обладаютъ еще тѣмъ преимуществомъ, что не вліяютъ створаживающимъ образомъ на бѣлковину и не стягиваютъ стѣнокъ влагалища. Послѣ промывокъ лизоломъ влагалище сохраняетъ свою ширину и скользкость.

Когда беременная или роженица такимъ образомъ приготовлена и рука акушера продезинфицирована, приступаютъ къ самому изслѣдованію.

Беременныхъ на сносяхъ нужно изслѣдовать въ отношеніи дезинфекціи съ тѣми же самыми предосторожностями, какъ и роженицъ, потому что онѣ часто являются уже рожаящими, сами не подозревая этого.

При внутреннемъ изслѣдованіи нужно помнить, что самыя чувствительныя мѣста наружныхъ половыхъ органовъ именно уретральное кольцо и клиторъ лежатъ вверху влагалища или собственно впереди, и что не слѣдуетъ дотрогиваться до нихъ. Палецъ вводятъ во влагалище снизу надъ нижней спайкой ея. Прежде всего осматриваютъ промежность и узечку, равно большія и малыя губы, чтобы убѣдиться, нѣтъ ли на нихъ утолщеній, язвъ или кондиломъ. Затѣмъ осматриваютъ влагалище: нѣтъ ли на стѣнкахъ его грануляцій, не выпадаетъ ли передняя или задняя стѣнка его, не существуетъ ли, на примѣръ, *cistocèle* съ наполненнымъ пузыремъ.

Вначалѣ изслѣдуютъ однимъ пальцемъ, потому что у первородящихъ, а часто и у многороженицъ введеніе двухъ пальцевъ болѣзненно. Палецъ ведутъ сперва плотно позади симфиза прямо кверху. У первороженицъ въ концѣ беременности онъ тотчасъ же наталкивается на головку плода; черепные швы и роднички часто можно ясно прощупать чрезъ истонченный нижній сегментъ матки.

Ощупавъ передній влагалищный сводъ незанятымъ, отдавливаютъ книзу наружной рукой, плоско лежащей надъ лономъ, весь плодъ или подлежащую часть его. Комбинируя такимъ образомъ, стараются поставить подлежащую часть между обѣихъ рукъ и распознать по ея твердости, не головка ли она. Затѣмъ ведутъ палецъ какъ разъ на средину къ мысу. Если влагалищная часть матки не нащупывается, то концомъ пальца руки, которая остается по возможности спокойной, дѣлаютъ рядъ движеній вправо и влѣво, скользя со всѣхъ сторонъ по подлежащей части. Обыкновенно находятъ *portio vaginalis* отклоненной немного влѣво, въ лѣвой задней четверти.

Найдя *portio vag.*, ее ощупываютъ.

Если при введеніи одного пальца, убѣждаются, что влагалище очень глубоко, и что изслѣдованіе безболѣзненно, то вводятъ и средній палецъ, такъ какъ двумя пальцами можно лучше ощупать влагалищную часть матки. При этомъ обращаютъ вниманіе на то, мягка ли она или тверда, толста или тонка, длинна — на подобіе конуса, или же коротка, сглажена, правильна ли, или неправильна, малъ ли маточный зѣвъ или же, напротивъ, великъ вслѣдствіе одного-двухъ разрывовъ. Затѣмъ смотрятъ, имѣются ли на немъ рубцы, переходящіе обыкновенно на боковые влагалищные своды.

Осторожно, безъ всякаго насилія, стараются войти пальцемъ въ наружный зѣвъ.

Если изслѣдуемая испытываетъ боли, то выше пальцемъ не проникаютъ. Когда же маточный зѣвъ находится далеко, то согнувъ палецъ крючкомъ, подвигаютъ его кверху надъ передней маточной губой фиксируя или надавливая въ то же время снаружи подлежащую часть. Стараются опредѣлить, имѣется ли передъ головкой околоплодная жидкость (переднія воды), образовался ли пузырь, прилегаютъ ли къ головкѣ плотно яйцевыя оболочки или онѣ уже разорваны, такъ что ощупываются уже непосредственно шуршащіе волоса. При этомъ часто нащупывается шовъ или родничекъ. Эти данныя сравниваютъ съ тѣми, которыя получены путемъ наружнаго изслѣдованія и точно устанавливаютъ діагнозъ, особенно рѣшаютъ, начались ли уже роды или еще нѣтъ.

У первороженицъ маточный зѣвъ во время беременности еще закрытъ и на ощупъ представляется ямочкой. Только при очень боль-

шой маткѣ, напр., при двойняхъ, зѣвъ уже во время беременности проходимъ для одного и даже двухъ пальцевъ. У первороженицы въ теченіе послѣднихъ 14 дней беременности portio vaginalis совершенно сглажена. Но если другой рукой поднять матку по возможности выше, при чемъ головка плода отойдетъ немного кверху, portio опять нащупывается въ видѣ конуса.

У многороженицъ влагалищная часть до послѣднихъ дней, даже въ началѣ уже родовъ прощупывается все еще въ видѣ конуса или даже воронки, суживающейся кверху по направленію къ внутреннему маточному зѣву. Разрывы дѣлятъ portio у многороженицъ на двѣ губы: переднюю и заднюю. Внутренній маточный зѣвъ у многорожавшихъ уже во время беременности часто настолько расширенъ, что легко пропускаетъ палецъ.

При наступленіи схватокъ, portio сглаживается, зѣвъ расширяется и околоплодная жидкость изливается передъ предлежащей частью, такъ что влагалищная часть матки, какъ таковая, уже болѣе не прощупывается.

У первороженицъ сглаживается сперва portio, затѣмъ раскрывается маточный зѣвъ. У многороженицъ зѣвъ уже раскрытъ и только тогда начинается укороченіе влагалищной части. У тѣхъ и другихъ образованіе пузыря или, собственно, наличность переднихъ водъ указываетъ на то, что схватки уже начались и что роды уже въ ходу.

ДЕСЯТАЯ ГЛАВА.

Веденіе родовъ.

Въ большинствѣ случаевъ роды производятся акушеркой. Въ виду того, однако, что здѣсь дѣло идетъ о двухъ человѣческихъ жизняхъ— матери и плода было бы желательно, чтобы при родахъ всегда присутствовали два лица медицинскаго персонала—и врачъ и акушерка. Если, напримѣръ, въ теченіе родовъ появится опасное для жизни послѣдовательное кровотеченіе и младенецъ будетъ въ то же время находиться въ асфиксіи, то одно лицо будетъ естественно заботиться о болѣе важномъ, именно о здоровьи матери, и невольно оставить на произволъ судьбы младенца. Когда къ врачу обращаются съ вопросомъ на этотъ счетъ, онъ долженъ для пользы дѣла твердо настоять на томъ, чтобы при родахъ всегда присутствовали и врачъ и акушерка, не боясь, что его могутъ заподозрить въ желаніи напроситься на практику.

Нельзя не осудить съ достаточной силой вредный обычай, заключающийся въ томъ, что врачи сами берутся проводить роды безъ акушерки. Это встрѣчается не въ бѣдныхъ семьяхъ, а въ богатыхъ, въ расчетъ на болѣе или менѣе крупный гонораръ. Въ прежнія времена, когда акушерки не были еще знакомы съ дезинфекціей, являлось соображеніе не допускать акушерки къ родамъ въ виду опасности, могущей возникнуть, благодаря ея недостаточной чистотѣ. Если врачъ и въ настоящее время имѣетъ дѣло съ такимъ особеннымъ случаемъ, то онъ, конечно, долженъ взять на себя всѣ обязанности акушерки какъ-то, обмываніе родильницы, дѣланіе клистировъ, приготовленіе постели и не оставлять родильницу съ того момента, когда онъ принялъ на себя роды и спустя два часа по окончаніи ихъ, то есть, онъ долженъ унизить себя до положенія акушерки. Еще менѣе допустимо проводить роды при ассистенціи особы, которая не обладаетъ ни способностями, ни необходимымъ знаніемъ въ дѣлѣ ухода за роженицами. Я знаю многихъ женщинъ, которыя успокоенныя тѣмъ, что врачъ обѣщаль имъ вести ихъ роды самъ, по уходѣ его, должны были рожать въ присутствіи и при помощи простыхъ совершенно невѣжественныхъ повитухъ и терпѣли конечно отъ этого вредъ. Наконецъ нельзя же лишать и акушеровъ ихъ скуднаго заработка!

Если врача приглашаютъ къ роженицѣ во время беременности, resp. къ началу родовъ, онъ создаетъ необходимую обстановку родовъ. Онъ долженъ убѣдиться, что у него есть подъ руками все, что нужно: чистыя простыни въ достаточномъ количествѣ, вата, клеенка для подстилки, чашки для дезинфекціи рукъ врача и для приготовленія дезинфицирующихъ растворовъ для обмыванія половыхъ органовъ роженицы, новый ирригаторъ съ стекляннымъ маточнымъ и клистирнымъ наконечникомъ, стеклянные катетеры для выпуска мочи, эластическій—для высасыванія слизи изъ зѣва ребенка, теплая вода и ванночка для ребенка, достаточное количество лизола и сулемовыхъ лепешекъ для дезинфекціи рукъ врача и акушерки.

Уже при первомъ посѣщеніи врачъ долженъ осмотрѣть комнату, въ которой имѣютъ произойти роды. Комната эта должна быть большая, свѣтлая и по возможности подальше въ глубинѣ квартиры. Около этой комнаты должно находиться другое помѣщеніе, которое можно отапливать и гдѣ можно держать и купать ребенка. Мать настоятельно нуждается въ покоѣ и ее не долженъ беспокоить крикъ ребенка и уходъ за нимъ. Все, что не необходимо для родовъ, какъ напр. ковры, предметы убранства, цвѣты и т. п. должно быть вынесено изъ комнаты. Полъ часто загрязняется кровью и другими жидкостями; поэтому его нужно ежедневно мыть. Вообще нужно по возможности заботиться объ уничтоженіи всякой пыли въ комнатѣ, гдѣ происходятъ

роды. Для приборовъ и инструментовъ врача должны быть свободные столы. Само собой разумѣется, что всюду нужно сообразоваться съ обстоятельствами и не требовать у бѣдныхъ людей ничего невозможнаго. Но и въ самой бѣдной обстановкѣ, при умѣнны пользоваться окружающимъ, можно обставить роды вполне антисептически.

Особенно важно психическое вліяніе врача. Его увѣренность и спокойствіе успокаиваетъ роженицу, а его взволнованность и безпокойство передаются тотчасъ же всѣмъ окружающимъ. Ласковымъ словомъ или серьезнымъ увѣщаніемъ можно часто лучше всего успокоить сильное возбужденіе и даже отчаяніе роженицы. Разсудительная увѣренность врача приноситъ больше пользы, чѣмъ лѣкарство или всякаго рода другія назначенія.

Роженица едва ли когда-либо ощущаетъ голодъ, но за то часто мучается жаждой. Если бы она была голодна, то ей можно было бы дать покушать чего-нибудь легкаго, но никогда нельзя назначать роженицѣ *intra partum* ничего спиртнаго даже въ качествѣ лѣкарства при угрожающемъ, напримѣръ, кровотеченіи. Алкоголь оказываетъ очень неблагоприятное вліяніе на родовую дѣятельность матки. У пьяныхъ роженицъ схватки всегда бываютъ очень неправильныя и у нихъ легко наступаютъ послѣдовательныя кровотеченія.

Но и самъ врачъ не долженъ выпить ни одной капли вина или другого спиртнаго напитка, потому что при возбужденномъ состояніи, даже ничтожное количество алкоголя, обыкновенно нисколько не вліяющее, можетъ вызвать затемненіе разсудка и помѣшать его ясной разсудительности и рѣшительности. Если при этомъ случится несчастіе, чтѣ всегда возможно, то конечно, стануть говорить, что врачъ выпилъ лишнее и дѣйствовалъ безразсудно.

Вообще и роженицѣ нельзя давать много пить, потому что у нея легко можетъ появиться тошнота и рвота.

Если тазъ роженицы извѣстенъ по прошлому изслѣдованію или изъ анамнеза, нормальное положеніе и жизнь ребенка установленны путемъ наружнаго изслѣдованія, а правильныя схватки указываютъ, что роды несомнѣнно начались и идутъ своимъ порядкомъ, то внутреннее изслѣдованіе роженицы не необходимо.

Акушеркѣ нужно рекомендовать, чтобы она, приступая къ веденію родовъ, первымъ дѣломъ очистила прямую кишку роженицы клизмой. Если клизма не была поставлена или не подѣйствовала, ее нужно повторить. Послѣ ея дѣйствія нужно тщательно обмыть водой съ мыломъ наружныя половыя части роженицы. При этомъ нужно дѣйствовать въ направленіи спереди къзади, такимъ образомъ, чтобы широкая струя лизола обмывала сперва *Mons Veneris*, затѣмъ половую щель и въ концѣ уже заднепроходное отверстіе. Никогда не слѣдуетъ мыть снизу кверху,

чтобы не занести частичекъ кала въ половые органы. Такія обмыванія слѣдуетъ отъ времени до времени повторять, именно послѣ отхода вѣтровъ или потуги, когда выжимаются кусочки кала. Последнее очень часто имѣетъ мѣсто именно въ концѣ родовъ. При этомъ нужно всегда подкладывать подъ роженицу свѣжія тряпки, лучше толстые ватные компрессы, густо пропитанные растворомъ лизола. При появленіи частичекъ кала, каждый разъ нужно обтирать промежность въ направленіи спереди назадъ, чтобы держать калъ по возможности дальше отъ половыхъ органовъ. Непонятныя повышенія температуры у роженицъ часто объясняются именно тѣмъ, что въ ихъ половыя части во время родовъ попалъ калъ.

При нормальныхъ условіяхъ, конечно, возможно вполне отказаться отъ внутренняго изслѣдованія, хотя при чистотѣ рукъ и половыхъ органовъ такое совершенно безопасно. Никогда не слѣдуетъ вводить палецъ въ половые органы со стороны задне-проходнаго отверстія, но нужно двумя пальцами свободной руки раскрыть ихъ, такъ что становится видимымъ входъ во влагалище и тогда ввести изслѣдующій палецъ въ вагину, стараясь не дотрогиваться до наружной руки.

Внутреннее изслѣдованіе часто легче и быстрѣе выполнить, чѣмъ повторное наружное. Особенно трудно удастся аускультация, если роженица не слушается, бросается и громко стонетъ. Поэтому лучше въ концѣ родовъ почаще производить внутреннее изслѣдованіе. Можетъ выпасть пуповина или отойти меконіумъ, что указываетъ на жизненную опасность для плода. Также важно внимательно слѣдить за поворотами головки чтобы судить на основаніи ихъ о движеніи родовъ.

Для роженицы наиболѣе удобнымъ и естественнымъ положеніемъ является положеніе на спинѣ. Конечно, никакого вреда не будетъ для роженицы, именно для первороженицы, у которой головка плода вколочена крѣпко и глубоко въ тазу, если дозволить ей при еще неоткрытомъ маточномъ зѣвѣ сидѣть или расхаживать, но особеннаго значенія это не имѣетъ. Сами роженицы обыкновенно предпочитаютъ спокойное лежаніе въ постели. За то сидѣніе или расхаживаніе является прямо опаснымъ для роженицы, у которой плодъ находится въ неправильномъ положеніи или же если головка его еще не плотно установилась въ тазу; въ такихъ случаяхъ при преждевременномъ отходѣ водъ легко можетъ выпасть пуповина.

При болѣе или менѣе продолжительномъ отсутствіи схватокъ опять выступаетъ на сцену психическое вліяніе врача, который успокаиваетъ больную тѣмъ, что нѣкоторый отдыхъ для нея полезенъ. Такъ оно обыкновенно и бываетъ, потому что схватки послѣ

нѣкоторой паузы или сна возобновляется съ особенной силой. Лѣкарствъ слѣдуетъ избѣгать и если давать ихъ, то только очень индифферентныя средства и то лишь въ томъ случаѣ, если изъ психическихъ основаній полезно что-нибудь назначить. Уже издавна въ такихъ случаяхъ даютъ, напр., небольшія дозы хинина въ 0,1 съ такимъ же количествомъ сахара, который напоминаетъ по вкусу морфій, порошокъ мигренина или же фенацетина. Но никогда безъ достаточныхъ основаній нельзя давать опій или морфій. Полезно растирать дно матки, чѣмъ можно вызвать схватки. Хотя послѣднія не становятся болѣе дѣйствительными, но теоретически доказано, что каждая схватка уменьшаетъ матку и потому чѣмъ чаще схватки повторяются, тѣмъ онѣ ео ipso становятся болѣе сильными. Точно также и перемѣна положенія роженицы иногда не только облегчаетъ ее, но способствуетъ и улучшенію схватокъ. Перемѣна положенія хорошо дѣйствуетъ на роженицу въ психическомъ отношеніи, такъ какъ она думаетъ, что произойдетъ что-либо такое, что будетъ способствовать ускоренію родовъ.

Послѣ разрыва пузыря въ схваткахъ часто наступаетъ пауза которая доставляетъ роженицѣ огромное облегченіе. Пользуясь этимъ, производятъ внутреннее изслѣдованіе, чтобы убѣдиться стоитъ ли головка такъ, какъ этого ожидаютъ. Нужно осмотрѣть изслѣдующій палець, нѣтъ ли на немъ меконіума и повторно аускультировать роженицу, чтобы убѣдиться нормальны ли и остаются ли таковыми сердечные тоны плода.

Скоро наступаютъ потужныя схватки. Если онѣ сильны и дѣйствительны, то нѣтъ надобности что-либо назначать. Но когда роженица громко стонетъ, не вырабатываетъ схватокъ и не напрягаетъ брюшного пресса, то нужно обратить ея вниманіе на то, что въ этомъ стадіи продолжительность родовъ а стало быть и болѣе зависеть отъ нея самой и что если она не станетъ слушаться совѣта врача и не напрягать брюшного пресса, то ея мученія будутъ длиться дольше, ребенокъ находится въ опасности и вѣроятно придется наложить щипцы.

Если же напротивъ близкая къ отчаянію роженица, едва владѣющая своими чувствами, вырабатываетъ схватки черезчуръ энергично, то ей нужно отсовѣтовать это. Не послушается она, нужно заставить ее часто дышать съ открытымъ ртомъ—при этомъ потуживаніе становится невозможнымъ.

Въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ существуетъ обычай привязывать къ краю кровати ремни или полотенца съ петлями для рукъ; ихъ даютъ роженицамъ, для того чтобы онѣ держались за нихъ и, упершись ногами, могли бы сильнѣе натуживаться. Приемъ этотъ не хорошъ, потому что хотя влагалище и поддается подъ влияніемъ силь-

наго нажиманія брюшнаго пресса, но въ глубинѣ мускулатура таза расходится и поэтому при внезапныхъ разрывахъ влагалищныхъ стѣнокъ могутъ имѣть мѣсто разрывы промежности до anus'a. Значительныя выпаденія по всей вѣроятности находятся въ зависимости отъ этихъ подкожныхъ разрывовъ тканей.

Роженицы часто требуютъ для уменьшенія болей наркоза, но я противъ этого, потому что хлороформъ безъ сомнѣнія переходитъ на ребенка. Химически это доказалъ Zweifel, а клинически мы можемъ наблюдать это, на примѣръ, при кесарскихъ сѣченіяхъ. Если количество хлороформа, употребленное съ этой цѣлью, велико, то ребенокъ наркотизированъ. Кромѣ того я могу на основаніи большого опыта утверждать, хотя и не могу этого доказать, что послѣдовательныя кровотеченія ex atonia uteri случаются чаще при наркозахъ, чѣмъ безъ нихъ.

Если многими употребляется наркозъ даже при нормальныхъ родахъ, то онъ большею частью имѣетъ характеръ внушенія: на маску наливаютъ нѣсколько капель хлороформа и внушаютъ больной, что теперь ей не будетъ уже такъ больно. Большею частью вполнѣ достаточно серьезнаго замѣчанія, что дѣло безъ болей обойтись не можетъ, что роды скоро окончатся, потуживаніе необходимо и что чѣмъ сильнѣе боли, тѣмъ скорѣе наступитъ конецъ.

Когда головка выходитъ изъ половыхъ частей, наступаетъ моментъ, когда дѣйствительно нужны два лица: врачъ—для защиты промежности и веденія послѣродоваго періода, а акушерка—для приготовленій къ приему и уходу за ребенкомъ. Если около роженицы только одно лицо, то ребенка берутъ окружающіе, а акушерка прежде всего отдаетъ себя матери.

Для защиты промежности существуютъ три средства: во первыхъ, медленное проведеніе головки, во вторыхъ—правильное направленіе поворотовъ головки и въ третьихъ—непосредственная защита промежности.

Первое лучше всего достигается положеніемъ роженицы на боку; при этомъ она не можетъ сильно напрягать брюшную прессу. Положеніе это очень удовлетворяетъ также чувству стыдливости женщины и удобно при распознаваніи разрывовъ промежности. Врачъ обнажаетъ задъ роженицы, лежащей на самомъ краю кровати и еще разъ очищаетъ всю эту область отъ частичекъ кала и крови. Если произойдетъ разрывъ промежности, то рана будетъ въ чистой только что продезинфицированной кожѣ. Помимо этого при этомъ положеніи можно хорошо наблюдать, какъ расходится на головкѣ плода собранная въ складки кожа. Принципіально слѣдовало бы класть

на бокъ всякую первороженицу, какъ только начинаеть прорѣзываться головка.

Очень полезно освобождать головку во время паузъ, если только нѣтъ необходимости спѣшить съ этимъ, вслѣдствіе какой-либо опасности для жизни ребенка. Во время схватки головку крѣпко отдавливають кзади, а по окончаніи паузы заставляютъ роженицу натуживаться, и извлекають головку такъ, какъ мы сейчасъ это опишемъ.

Второй способъ защиты промежности — это правильное направленіе головки или, собственно проведенія ея самой малой окружностью, которая характеризуется вертикальнымъ діаметромъ. Спереди нужно освободить затылочекъ, чтобы онъ вышелъ кверху надъ лобкомъ. Съ каждымъ сантиметромъ, по мѣрѣ того, какъ затылочекъ спереди подвигается вверхъ, по столько же сзади освобождается промежность, то есть, уменьшается ея напряженіе. Половые части еще разъ обмываются лизоломъ, особенно спереди. Затѣмъ четырьмя пальцами одной руки отодвигаютъ спереди мягкія части за затылокъ ребенка, а другой рукой въ то же время подвигаютъ кпереди лобикъ, крѣпко нажимая на промежность. Такимъ образомъ усиливается сгибаніе головки и одновременно вся головка сильно отдавливается кпереди къ симфизу и кверху надъ нимъ.

Этотъ приемъ лучше Olshausen'овскаго приема, который заключается въ томъ, что головка выдавливается кверху однимъ или двумя пальцами, засунутыми въ anus. Нельзя отрицать, что приемъ Olshausen'a дѣйствителенъ и я самъ пользовался имъ много разъ съ успѣхомъ. Но мнѣ не разъ приходилось видѣть разорванную при этомъ (не мной!) прямую кишку, что бывало именно въ тѣхъ случаяхъ, когда влагалище внутри разрывалось еще до разрыва кишки. Затѣмъ неприятно введеніе пальцевъ въ прямую кишку; можно было бы одѣвать резиновые перчатки или пальцы и быстро снимать ихъ, но для этого обыкновенно нѣтъ времени.

Anus въ это время большею частью широко зияеть и потому на него и промежность кладутъ тонкіе компрессы, смоченные лизоломъ, чтобы защитить руку отъ загрязненія. Само собою разумѣется, что для подобныхъ компрессовъ нельзя употреблять сулемы, потому что прямая кишка такъ быстро всасываетъ его, что даже это ничтожное прикосновеніе или однократное орошеніе слизистой прямой кишки растворомъ сулемы дѣйствуетъ ядовито.

Наконецъ третій наименѣе важный и дѣйствительный способъ, именно прямая поддержка промежности, можетъ быть связанъ съ обоими предъидущими способами. Идея древнихъ заключалась въ слѣдующемъ. Говорили, что половыя части спереди не разрываются, потому

что здѣсь онѣ защищены костями. Эта недостающая сзади защита замѣщается рукой, которая надавливаетъ на промежность. Но этотъ взглядъ не вѣренъ, потому что какъ бы ни надавливала рука, а промежность надъ ней или вѣрнѣе подъ ней все-таки разрывается. Но такъ какъ промежность разрывается вслѣдствіе растяженія въ ширину, то можно отодвигать распростертой рукой мягкія части ея справа на лѣво, такъ что промежность равномерно отодвигается по направленію къ срединѣ. Это легко совмѣстить съ давленіемъ на темя плода: въ то время, какъ мягкой частью кисти энергично давятъ, большой палецъ съ одной стороны и остальные четыре пальца съ другой сдвигаютъ мягкія части промежности къ срединѣ.

Особенно неблагоприятными въ смыслѣ сохраненія промежности являются передне-темянныя и лобныя положенія, но и при лицевыхъ положеніяхъ промежности угрожаетъ бдльшая опасность, чѣмъ при затылочныхъ.

При передне-темянномъ положеніи широкой затылокъ выходитъ изъ подъ промежности такъ, что она растягивается въ ширину больше, чѣмъ когда выкатывается изъ подъ нея узкій лобикъ. Равнымъ образомъ больше и растяженіе половыхъ органовъ спереди кзади, такъ какъ *glabella* упирается впереди и головка проходитъ половой каналъ своимъ длиннымъ діаметромъ.

И при передне-темянныхъ положеніяхъ нужно усилить флексію, если только это возможно, сперва освободить, собственно вывести впередъ затылочекъ, то есть, поднять его сзади надъ промежностью. Стараются во время натяженія промежности отодвинуть ее пальцемъ, согнутымъ ключкомъ, за затылокъ. Если это удастся безъ разрыва, то тогда выкатывается кпереди узкій лобъ. Но когда послѣдній проходитъ половыя части одновременно съ затылочкомъ или когда лобикъ идетъ даже впереди и низомъ и упирается въ нижнюю часть симфиза, то промежность обыкновенно разрывается до *anus'a* и далѣе. При передне-темянныхъ положеніяхъ, при большой головкѣ плода и при мало резистентной промежности первороженицы едвали можно сохранить ее цѣлой.

То же самое бываетъ и при лобномъ положеніи. Мнѣ пришлось видѣть, что при этомъ положеніи разорвалась промежность, при прохожденіи второго ребенка изъ двойней, хотя она уцѣлела при рожденіи перваго близнеца. Такъ важны, стало быть, діаметры головки, которыми она проходитъ промежность!

Если распознаютъ лицевое положеніе въ то время, когда головка не вполне еще стоитъ въ тазу, но немного подвижна, то пытаются низвести затылочекъ плода книзу, то есть, лицевое положеніе превратить въ затылочное.

Одно только наружное вліяніе на туловище ребенка остается большею частью безуспѣшнымъ, такъ какъ нельзя найти прочныхъ точекъ опоры наизвѣстныхъ частяхъ его. За то удается повернуть головку путемъ одного только внутренняго воздѣйствія. Темянная кости обыкновенно задвинуты подъ лобныя, такъ что послѣднія въ видѣ валика немного выдаются у вѣчнаго шва. Надавливая энергично двумя пальцами въ этомъ мѣстѣ на переднюю часть головки по направленію кверху, стараются наружной рукой отодвинуть затылочекъ книзу. Если это причиняетъ роженицѣ боль, то она, натуживаясь, противодѣйствуетъ врачу. Нерѣдко при подобномъ натуживаніи головка быстро опускается книзу въ лицевомъ положеніи и тогда всякое воздѣйствіе на него, всякій искусственный поворотъ становятся невозможнымъ.

Часто, напротивъ, высоко стоящая головка, такъ поразительно легко и быстро поддается повороту, что можно подумать, что она повернулась бы сама.

При широкомъ тазѣ и сильныхъ вслѣдствіе манипуляцій боляхъ, затылокъ идетъ книзу и одновременно кпереди. Я получилъ наилучшіе результаты отъ этого надавливанія на лобикъ. Наружная рука завершаетъ лишь то, что начала внутренняя.

При сильномъ сопротивленіи роженицы наркозъ необходимъ. Нужно только ясно сказать, что конецъ наркоза еще не означаетъ конца родовъ.

Никогда не слѣдуетъ упускать случая испробовать поворотъ. Если онъ не удастся, то вреда никакого это не принесетъ — напротивъ, этимъ удастся большею частью еще болѣе усилить схватки. Но если поворотъ удастся, что зависитъ въ большей степени отъ подвижности головки, чѣмъ отъ ловкости акушера, то мы безъ риска и малыми средствами достигаемъ этимъ многого. Мнѣ не разъ приходилось видѣть, что многія роженицы, послѣ попытокъ сдѣлать имъ поворотъ, легко рожали головку, благодаря усилившимся при этомъ схваткамъ.

Если отъ поворота приходится отказаться въ виду неподвижности головки и роды окончательно совершаются при лицевомъ положеніи плода, то принципиально нужно ожидать до тѣхъ поръ, пока подбородочекъ не выступитъ явно впередъ. При поперечномъ положеніи щипцовъ нельзя наложить, такъ какъ ими наносятся слишкомъ большія поврежденія лицу ребенка. Мнѣ однажды пришлось видѣть ребенка, у котораго было раненіе личика, шедшее чрезъ всю щеку его.

Часто оказывается полезнымъ произвести во время схватки двумя, крючкомъ согнутыми пальцами, введенными по личику, давленіе на подбородочекъ плода и влеченіе его сзади напередъ. При этомъ

подбородокъ быстро поворачивается кпереди. Если это удалось, то не нужно медлить съ наложеніемъ щипцовъ, потому что жизнь ребенка при лицевомъ положеніи подвергается опасности по двумъ причинамъ. Во первыхъ, роды очень затягиваются и ребенокъ уже во время ихъ погибаетъ; во вторыхъ, у него легко можетъ развиться отекъ голосовой щели такъ что, уже родившись, онъ не можетъ дышать и задыхается. Поэтому, такъ какъ помимо этого при лицевомъ положеніи даже очень сильныя боли не вліяютъ на движенія родовъ, то рекомендуется наложить скоро щипцы, которые въ данномъ случаѣ не представляютъ особенныхъ трудностей, такъ какъ искривленіе ложекъ очень удобно обхватываетъ затылочекъ. Самое извлеченіе также производится легко; слѣдуетъ только обратить вниманіе, что начать выводить изъ-за промежности затылокъ нужно только тогда, когда спереди подбородокъ прошелъ уже *arcus pubis*. Въ этомъ случаѣ головка легко подвигается кверху.

Когда ребенокъ въ первое время не можетъ сосать вслѣдствіе сильной припухлости губъ и десенъ, то его нужно пару дней кормить съ ложечки. Способность сосать у него быстро восстанавливается. Нельзя умолчать о томъ, что индивидуальныя особенности играютъ большую роль въ происхожденіи разрывовъ промежности.

Очень молодыя первороженицы, особенно блондинки и рыжеволосыя очень склонны къ разрывамъ промежности. Точно также и у старыхъ многороженицъ промежность оказывается иногда очень твердой и неподатливой: «тверда какъ стекло и легко разрываема». Но это, конечно, не всегда наблюдается. Мнѣ приходилось принимать не разъ у первороженицъ 40 и больше лѣтъ, у которыхъ очень упругимъ оказывалось влагалище, но не промежность. Легко разрываются отъ одного напора вплоть до *anus'a* отечныя промежности, не смѣтря на любое «поддерживаніе промежности». Я долженъ подтвердить это, хотя нѣкоторые увѣряютъ въ противномъ.

Конечно, имѣетъ значеніе и величина ребенка: десятифунтовые дѣти у первороженицъ встрѣчаются очень рѣдко, но все-таки бываютъ, какъ мнѣ пришлось видѣть нѣсколько разъ.

Если врачъ, будучи приглашенъ къ роженицѣ слишкомъ поздно, найдетъ у нея при отсутствіи болей или ригидности маточныхъ мягкихъ частей—что въ концѣ концовъ по своему значенію одно и то же, что ребенокъ ея погибъ, то слѣдуетъ сдѣлать перфорацию дѣтской головки. Этимъ избѣгаютъ значительныхъ раненій, разможженій и разрывовъ слизистой, которыя очень дурны въ прогностическомъ отношеніи, особенно при повышенной температурѣ. Послѣ смерти ребенка приходится считаться съ одними лишь интересами матери и эти интересы будутъ лучше всего соблюдены именно при перфорациі. Поэтому

я принципиально совѣтую перфорировать головку мертвого плода, хотя она стоитъ въ тазу близко къ наружнымъ половымъ органамъ; разъ схватки затихли, промежность очень тверда, половой каналъ узокъ и газовое дно неподатливо. По удаленіи мозгового вещества, можно очень легко вывести маленькую головку безъ всякой опасности для промежности и тѣмъ избавить пациентку отъ неприяности наложения швовъ на промежность.

Лечение разрывовъ промежности.

Лечение разрывовъ промежности заключается въ соединеніи ихъ путемъ наложения швовъ. Незначительные разрывы промежности меньше 2 сант., при которыхъ разорвана одна лишь уздечка, не соединяють швами. Я не поклонникъ правила «зашивать даже ничтожнѣйшіе разрывы промежности», но тѣ изъ нихъ, которые больше 2 сант. я считаю необходимымъ зашивать.

Швы должны безусловно быть наложены непосредственно по окончаніи родовъ, то есть, тотчасъ же по выходѣ дѣтскаго мѣста. Лучше плохо зашить, но сейчасъ, чѣмъ очень тщательно, но на другой день! Врачи часто оставляютъ наложение швовъ до слѣдующаго дня, но тогда разрывы промежности заживаютъ рѣдко, потому что раневая поверхность ихъ загрязняется каломъ изъ прямой кишки или грязью постели. Если швы налагаются тотчасъ же, то текущая кровь является лучшимъ дезинфекторомъ раневой поверхности. Прогнозъ швовъ чрезвычайно благопріятенъ, кромѣ тѣхъ случаевъ, когда имѣется лихорадка и инфекция. Всякій разрывъ обязательно заживаетъ, если промежность продезинфицирована такъ, какъ я это описалъ и особенно, если при зашиваніи иглу вкалываютъ изнутри раны снаружи и если употребляется при этомъ неспособный набухать матерьялъ, какъ сильквормъ или проволоку. Я не могу понять, какъ можно утверждать, будто заживленіе разрывовъ трудно достижимо.

При разрывахъ прямой кишки большинство авторовъ совѣтуютъ очень сложный приемъ, именно наложение швовъ на rectum, влагалище и промежность. Но дѣло вовсе не въ этомъ, не въ хорошемъ пластическомъ соединеніи поверхностей, а въ аккуратномъ прилаживаніи другъ другу тканей въ глубинѣ раны. Главное, — слѣдуетъ позаботиться о надлежащемъ выполненіи тазового дна; будутъ ли при этомъ точно прилегать другъ къ другу края раны, далеко не столь важно. Ни въ коемъ случаѣ не должно оставаться въ глубинѣ раны невыполненныхъ мѣстъ. Самое худшее — это, если на поверхности швы положены очень аккуратно, а въ глубинѣ раны гематома.

Врачъ, работающій одинъ, безъ ассистенціи лучше всего поступитъ, если будетъ накладывать швы въ боковомъ положеніи родильницы. Послѣдняя не видитъ приготовленій къ этой операціи, она лежитъ удобно и удовлетворяется кромѣ того ея чувство стыдливости. Затѣмъ она не можетъ мѣшать врачу сильнымъ сведеніемъ ногъ. При этомъ достаточно ассистенціи одной руки и даже руки профана. Кровь стекаетъ книзу и не заливааетъ операціоннаго поля.

Надлежащій моментъ для наложенія швовъ наступаетъ тогда, когда матка по выходѣ плаценты хорошо сократилась. Родильницу кладутъ на самый край кровати въ боковомъ положеніи, такъ что ея задняя часть выдается надъ краемъ кровати. Около врача ставятъ двѣ миски съ дезинфицирующими жидкостями, въ одну изъ которыхъ кладутъ иглодержатель, ножницы, иглы и нитки. Другихъ инструментовъ не нужно. Затѣмъ одинъ изъ помощниковъ, даже не врачъ, обмотавъ свою руку полотенцемъ, намоченнымъ сулемовымъ растворомъ, крѣпко оттягиваетъ верхнюю ягодицу кверху и удерживаетъ ее въ такомъ положеніи. При этомъ, такъ какъ нижняя ягодица отвисаетъ книзу, хорошо выступаетъ промежность. Ее обмываютъ опять лизоловымъ растворомъ, и растягиваютъ края разрыва настолько, что его можно хорошо осмотрѣть до дна, при чемъ онъ обыкновенно начинаетъ кровоточить. Тогда укалываютъ иглу въ самое глубокое мѣсто раны, захватываютъ по возможности больше тканей тазового дна и выводятъ иглу наружу около самага края раны. То же самое продѣлываютъ и съ другой стороны. Если рана не очень глубока, то иглу можно вколоть и съ наружной стороны у края раны, но нужно опять-таки постараться захватить какъ можно больше тканей тазового дна, обколотъ самыя глубокія мѣста раны и вывести иглу поближе къ краю раны съ другой стороны.

При разрывѣ sphincter'a ani, шовъ налагается описаннымъ образомъ у самага anus'a. Но при этомъ накладывается другой шовъ, захватывающій и соединяющій sphincter и проходящій у самага anus'a. Первая нитка пока не завязывается узломъ, такъ какъ иначе нельзя было бы наложить глубоко второго и третьяго шва. Трехъ швовъ достаточно для самага большого промежностнаго разрыва. Если выколы швовъ лежатъ близко къ краямъ раны, то излишне прилаживаніе ихъ, т. е., краевъ пинцетомъ. Нужно просто затянуть узлы, но покрѣпче, потому что ткани припухли и плохо наложенный шовъ очень скоро разоидется. Если края раны заворачиваются, то небольшіе завороты въ 1—2 милим. на заживленіе тканей въ глубинѣ не вліяютъ; если же завороты краевъ доходятъ до 1 сант. и больше, что случается, когда выколь лежитъ слишкомъ далеко отъ края раны то ткани въ глубинѣ нехорошо прилаживаются.

Само собою разумѣется, что между тремя главными швами можно наложить нѣсколько поверхностныхъ и пластически приладить края раны, но это отнюдь не необходимо.

Для того, чтобы поступить описаннымъ образомъ, достаточно двухъ помощниковъ; одного, который свѣтитъ и другого, который оттягиваетъ ягодицу кверху. Мнѣ случалось пользоваться услугами только одного помощника и тѣмъ не менѣе съ успѣхомъ зашивать обширнѣйшіе разрывы даже при самыхъ неблагоприятныхъ условіяхъ. Это чистое несчастье, что въ клиникахъ разрывы промежности зашиваются обыкновенно съ ассистенціей 3—4 лицъ: студентъ не можетъ научиться простымъ способамъ и потомъ ему очень трудно.

Въ качествѣ матерьяла для швовъ я рекомендую сильквормъ или проволоку однако хорошихъ результатовъ можно достигнуть и съ шелкомъ, который можно дезинфицировать во всякомъ дезинфицирующемъ средствѣ или въ кипящей водѣ, если только накладывать швы изъ глубины раны кнаружи и если промежность была содержима во все теченіе родовъ чистой.

Рану нельзя, конечно, содержать сухой, потому что ее будутъ смачивать лохи и моча. Поэтому на нее съ самага начала нужно класть мокрые компрессы, которые имѣютъ еще то преимущество, что уменьшаютъ жгучую боль раны. На половые органы, начиная отъ *mons veneris* до *anus'a* слѣдуетъ накладывать большой ватный компрессъ, на столько смоченный дезинфицирующей жидкостью, чтобы струя послѣдней, постоянно стекая внизъ, немедленно дезинфицировала бы кусочки слизи и кала, выжимаемые изъ прямой кишки при отходѣ вѣтровъ. Вату потомъ сжигаютъ. Если берутъ тряпочки, то каждую новую тряпочку по удаленіи предъидущей немедленно накладываютъ на ея мѣсто, хорошо приладивъ ее. Прачка вымываетъ потомъ запачканныя въ крови тряпочки въ чистой водѣ и затѣмъ кладетъ ихъ въ дезинфицирующую жидкость, гдѣ онѣ и остаются все время, пока черезъ часа два снова не идутъ въ дѣло. Спустя два дня переходятъ отъ влажнаго лѣченія къ сухому, замѣнивъ влажные компрессы сухой ватой.

Если родильница можетъ сама мочиться, то къ катетеру прибѣгать нечего. Моча асептична, кромѣ того ее сейчасъ же смываютъ. Мочевой пузырь въ это время настолько чувствителенъ, что легко возможны трещины его съ неприятными симптомами. Если у оперированной появляется учащенный позывъ на низъ, то онъ обуславливается раздраженіемъ шва, наложеннаго на сфинктеръ. Поэтому въ первые дни необходимо давать небольшія дозы опія, напр. черезъ 2 часа по 8 капель *tinct. thebac.* Полезно также ввести въ *anus* тонкій стеклянный катетеръ, съ цѣлью способствовать отходу вѣтровъ.

Послѣдніе растягиваютъ *ampulam gestii*, что влечетъ за собой растяженіе раны прямой кишки и попаданіе въ нее заразной слизи.

Если у оперированной на 5 или 6 день появляется позывъ къ испражненію, то ей вливаютъ въ *anus* 50 граммъ оливковаго масла. Послѣ перваго стула снимаютъ швы и, если не наступило еще полное заживленіе, то рану смазываютъ ляписной мазью 1 : 50, которая дѣйствуетъ дезинфицирующе и раздражаетъ грануляціи.

Долго задерживать искусственнымъ образомъ стулъ не только не необходимо, но даже вредно, но рана все-таки лучше заживаетъ, если кишечникъ въ теченіе 5—6 дней не функционируетъ. Даже и тогда еще совершенно зажившій уже разрывъ можетъ быть снова разорванъ напоромъ большого твердаго куска кала.

Въ такихъ случаяхъ приходится накладывать вторичный шовъ. Для этого тщательно счищаютъ небольшой ложечкой старыя грануляціи и рубецъ, и затѣмъ шьютъ, какъ и прежде, предварительно хорошо обмывъ раневую поверхность растворомъ лизола.

Веденіе послѣдоваго періода.

По рожденіи младенца въ родовыхъ схваткахъ наступаетъ пауза. Изслѣдуютъ пульсъ матери, чтобы убѣдиться, не наступило ли внутреннее кровотеченіе. Въ то же время осторожно, нисколько не нажимая, стараются ощупать матку, которая въ видѣ широкаго мягкаго тѣла лежитъ надъ лономъ. При этомъ тотчасъ же наступаютъ ясно ощутимыя послѣродовыя схватки, которыхъ родильница въ первое время не замѣчаетъ.

Послѣдъ можетъ находиться въ трехъ мѣстахъ: въ самой еще полости матки, въ нижнемъ сегментѣ ея, то есть, въ началѣ шейки или же внѣ матки во влагалищѣ. Нетрудно распознать, гдѣ именно она находится. Если она еще въ полости матки, то послѣдняя представляется широкой и плотно прилегаетъ къ лону. Если же дѣтское мѣсто лежитъ въ маткѣ ниже сократительнаго кольца въ нижнемъ ея сегментѣ, то узнать это можно по тремъ признакамъ. Во первыхъ дно матки поднимается кверху до или даже выше пупка; во вторыхъ область надъ лономъ мягче, чѣмъ матка и въ третьихъ, наконецъ, пуповина больше выходитъ изъ половыхъ частей. Убѣдившись, гдѣ находится матка, кладутъ руку ладью на ея переднюю поверхность, отдавливаетъ ее по направленію къ позвоночнику и выжимаютъ изъ нея, не сдвигая съ мѣста ея дна книзу, послѣдъ въ тазъ и во влагалище.

Дѣтское мѣсто слѣдуетъ за этимъ простымъ приемомъ и показывается въ вагинѣ и передъ ней своимъ краемъ, поднимающимся

кверху; тогда захватываютъ его и, не прикасаясь къ половымъ органамъ, извлекаютъ, таща кверху. Этимъ приѣмомъ превращается въ прямую линію путь отъ нижняго маточнаго сегмента въ полость таза: уголь, образуемый маткой и влагалищемъ, уничтожается.

Но если послѣдъ остается все еще вверху въ маткѣ, что узнается тотчасъ по ея величинѣ и низкому стоянію, то это зависитъ или оттого, что онъ еще не отдѣлился отъ матки или же такъ завернулся, что его большой діаметръ не можетъ пройти чрезъ сократительное кольцо матки, которое уже сократилось. Тогда прибѣгаютъ къ приѣму Credé, для чего матка должна находиться какъ разъ по срединѣ. Выжидаютъ, пока появится ясная схватка; если ея нѣтъ, то стараются вызвать ее, слегка растирая кругомъ матку, но нисколько не давя на нее внизъ.

Неправильно тотчасъ же по рожденіи ребенка удалять дѣтское мѣсто, сильно растирать и выжимать матку. Если поступать такимъ образомъ, то послѣдъ будетъ отдѣляться не цѣликомъ, а частями. При этомъ возможны послѣдовательныя кровотеченія и яйцевыя оболочки крѣпко застрѣваютъ на поверхности матки. Только если ускоренный пульсъ указываетъ на кровотеченіе или если въ немъ убѣждаются непосредственно при осмотрѣ, кровотеченіе это является показаніемъ къ опорожненію матки, такъ какъ остановка его возможна только послѣ удаленія послѣда и полного сокращенія матки.

Чаще приходится съ удаленіемъ дѣтскаго мѣста ждать по 15—30 минутъ и только послѣ этого стараться вызвать схватки осторожнымъ треніемъ матки, нисколько не отдавливая книзу дна ея.

Только тогда, когда матка дѣйствительно тверда, ее захватываютъ обѣими руками, зайдя четырьмя пальцами кисти позади ея и, помѣстивъ большіе пальцы спереди ея, выжимаютъ ее такъ, какъ выжимаютъ лимонъ; при этомъ стараются скорѣй поднять ее кверху, чѣмъ отдавить внизъ. Тогда ясно ощущаютъ, какъ послѣдъ оставляетъ матку, которая подъ руками становится меньше и спускается внизъ.

Не слѣдуетъ, какъ этому часто учатъ, выдавливать послѣдъ нажимая на дно матки, напротивъ, выжавъ послѣдъ, дно матки оставляютъ высоко стоящимъ, и нажимаютъ, какъ выше было описано плоско лежащей ладонью подъ контракціоннымъ кольцомъ и такимъ образомъ выводятъ послѣдъ въ полость таза.

Если яйцевыя оболочки тотчасъ же не выпадаютъ, но остаются въ маткѣ, то нужно выровнять уголь между влагалищемъ и маткой, наложивъ руку плашмя на переднюю поверхность послѣдней и надавливая на нее. При этомъ отдѣлившіяся оболочки легко высколь-

зають изъ матки. Въ противномъ случаѣ нужно возбудить схватку растираніемъ дна матки. Если оболочки во время отдѣленія разрываются, то ихъ обвязываютъ шелковинкой, потому что оторванные концы ихъ втягиваются въ матку обратно. Я никогда не видѣлъ пользы отъ закручиванія послѣда и «свиванія оболочекъ въ веревочку», какъ это когда-то совѣтовали дѣлать. При этомъ нисколько не предупреждается разрывъ оболочекъ. Если нельзя ихъ скоро вытащить, таща за нитку, то оставляютъ спокойно лежать; на слѣдующій день онѣ навѣрное уже сами отдѣлятся и выпадутъ наружу при мочеиспусканіи или испражненіи, или же очень легко могутъ быть вытянуты за нитку.

Ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ отдѣлять оболочки, зайдя рукой въ матку, такъ какъ то, что едва удастся съ насиліемъ и что причиняетъ родильницѣ боль, не говоря уже объ опасности зараженія ея, сама природа совершаетъ очень скоро и безъ всякой опасности.

Послѣдъ кладутъ себѣ на руку, запрокидываютъ, раздвигаютъ оболочки на гладкую сторону ея, обращенную къ плоду, и разсматриваютъ ея края, чтобы узнать, не оторвалась ли какая либо долька. Если оказывается, что куска нехватаетъ, то кладутъ одну руку на дно матки, давятъ на него книзу и кзади чѣмъ выпрямляется ходъ въ матку и комбинированно ошупываютъ влагалище и полость матки. Долька легко узнается по характерной шероховатости и твердости и тогда ее тотчасъ удаляютъ. Если долька плотно прикрѣплена къ стѣнкѣ матки при помощи тяжа, то послѣдній разрываютъ и долька при сильномъ давленіи снаружи попадаетъ на руку.

Послѣ этого обмываютъ запачканныя въ крови руки, ошупываютъ животь, чтобы убѣдиться, что матка сократилась, изслѣдуютъ пульсъ, очищаютъ половые органы отъ крови, подкладываютъ подъ ними чистую простыню а сверху—большой ватной компрессъ, пропитанный дезинфекціонной жидкостью, заставляютъ родильницу крѣпко сжать ноги и напоминаютъ ей, чтобы она тотчасъ же сказала, если у нея появятся боли и покажется кровь изъ половыхъ частей или если она почувствуетъ себя дурно.

Нѣкоторое время спустя, кладутъ родильницу на бокъ и осматриваютъ промежность, которая можетъ быть разорвана прохожденіемъ плечиковъ ребенка, хотя и уцѣлѣла при прохожденіи головки. Если промежность цѣла, то родильницу кладутъ опять на спину, а если она разорвана, то ее зашиваютъ по способу, описанному нами раньше.

ОДИННАДЦАТАЯ ГЛАВА.

Послѣродовой періодъ.

А н а т о м і я .

Сокращеніе матки. вызванное послѣродовыми болями, препятствуетъ вмѣстѣ съ тѣмъ и притоку крови къ ней: такимъ образомъ органъ этотъ большею частью лишается питательнаго матерьяла, послѣдствіемъ чего бываетъ жировое перерожденіе его мускулатуры. Плазма гладкихъ мышечныхъ волоконъ, очень увеличенныхъ во время беременности, подвергается жировому распаду и всасывается. Мышечное же вещество волоконъ не измѣняется и понемногу возвращается къ своей прежней величинѣ. Явленія эти заканчиваются въ теченіе 4 недѣль.

Въ процессѣ обратнаго метаморфоза или уменьшенія матки принимаютъ участіе также сосуды и нервы. Первые опять становятся болѣе узкими, но за то болѣе извилистыми и слѣдовательно болѣе длинными, чѣмъ прежде. Большіе нервныя стволы уменьшаются; брюшинный покровъ, лежавшій непосредственно послѣ родовъ складками на маткѣ, понемногу теряетъ ихъ и спустя 10—14 дней снова покрываетъ матку въ видѣ гладкаго периметрія.

Точно также становятся короче и маточныя связки и если онѣ долго остаются въ состояніи воспалительной инфильтраціи, то не могутъ болѣе выполнять свое физиологическое назначеніе, послѣдствіемъ чего бываютъ измѣненія въ положеніи матки. Листки связки опять сближаются, такъ какъ лежащія между ними вены, артеріи и лимфатическіе корни уменьшаются въ объемѣ. Матка раздвинула листки широкой связки, вдвигая между ними свои краевые сосуды, сокращаясь, она обратно ихъ оттуда оттягиваетъ. Если это не имѣетъ мѣста, наприм., при гнойныхъ тромбахъ на периферіи матки, въ параметріи, то припухлости широкой связки попадаютъ еще далеко отъ матки. Большія вены въ сплетеніяхъ придатковыхъ брыжеекъ частью спадаются, частью исчезаютъ окончательно. Яичники и трубы уменьшаются и становятся безкровными.

Имѣвшаяся уже во время беременности обычная anteflexio матки становится болѣе рѣзко выраженной. Матка образуетъ съ шейкой прямой, иногда даже острый уголъ; во входѣ въ тазъ, образуя надъ нимъ какъ бы сводъ, она плотно прилегаеть, къ лежащимъ надъ ней тканямъ. Уменьшаясь еще болѣе, матка современемъ глубоко опускается въ полость таза, такъ что снаружи скоро ее нельзя прощупать. Спустя 1—2 дня послѣ родовъ, она лежитъ подъ лономъ въ видѣ мягкаго кругловатаго тѣла немного отклоненнаго вправо, а чрезъ недѣлю, сократившись уже вдвое, она еле выдается надъ лономъ. Еще черезъ 2 недѣли ее ясно снаружи уже нельзя прощупать, развѣ только кишка или пузырь будутъ очень наполнены. Послѣдній поднимаетъ матку кверху до пупка и отодвигаетъ ее въ сторону, большею частью вправо. Невѣрно, будто при этомъ поступаютъ послѣдовательныя кровотоčenja.

Переполненная кишка отодвигаетъ матку кпереди и кверху. Шейка ея можетъ быть прижата къ самому лону. При очень сильныхъ переполненіяхъ recti, достигающихъ величины дѣтской головки въ діаметрѣ, матка лежитъ посрединѣ и наклонена кпереди. Это бываетъ иногда въ періодѣ выздоровленія послѣ перитонита, который лѣчили большими дозами опія.

Круглыя маточныя связки также сильно укорачиваются, такъ что онѣ поддерживаютъ антефлексію матки. Ретрофлексія наблюдается очень рѣдко въ теченіе первыхъ дней послѣродового періода; но что она тѣмъ не менѣе возможна тотчасъ же по окончаніи родовъ, мнѣ самому пришлось видѣть. Точно также сглаживаются Дугласовы складки и укорачиваются ligamenta retrouterina. Укороченію ихъ сильно мѣшаютъ продолжительныя наполненія прямой кишки. Привычные запоры въ теченіе первой недѣли послѣродового періода несомнѣнно являются первой причиной слабой инволюціи матки и недостаточнаго укороченія ligamenta retrouterina, то есть причиной ретрофлексіи матки.

Скорѣе всего сокращается portio vaginalis, такъ какъ причиной ея увеличенія является простой отекъ. Непосредственно послѣ родовъ маточныя губы, имѣя часто одинъ, два боковыхъ разрыва, свисаютъ глубоко внизъ во влагалище, какъ «разслабленные паруса». Онѣ такъ мягки, что для неопытнаго часто трудно тотчасъ же post partum найти маточный зѣвъ. Можно легко ввести въ него 2 пальца и, даже, половину руки, прежде чѣмъ удастся почувствовать нѣкоторую твердость у внутренняго маточнаго устья или, правильнѣе, на границѣ толстой мускулатуры, у сократительнаго кольца. Уже два, три дня спустя portio опять начинаетъ формироваться и достигаетъ чрезъ 4—5 дней, если нѣтъ, конечно, болѣе или менѣе значительныхъ разрывовъ ея, такой величины и формы, какую она имѣла передъ родами въ послѣднее

время беременности. Спустя 12—14 дней по данным одной только portio у многорожавшей нельзя в судебном отношении доказать, что у нея были роды. Даже и arbor vitae снова образуется.

Внутренняя поверхность матки представляет собою послѣ родовъ одну сплошную рану, такъ какъ decidua ея расщеплена, гесп. разорвана. Неравномѣрно толстый слой послѣдней находится на послѣдѣ, значительная же часть ея остается въ маткѣ. Отдѣленіе deciduae неправильно: оно идетъ мѣстами глубже чрезъ плотный слой ея. Соотвѣтственно этому имѣются въ одномъ мѣстѣ ббльшіе куски ея, въ другомъ—меньшія.

Маточныя стѣнки не прилегаютъ одна къ другой; гораздо чаще полость матки наполнена кровяными сгустками, число которыхъ больше или меньше, смотря по тому, хорошо или плохо она сократилась. Затѣмъ эта сгушенная кровь разжижается и отходитъ съ кусками продолжающей отпадать decidua въ видѣ лохий. Внутренняя поверхность матки тоже не гладка: то здѣсь, то тамъ на ней замѣчаются куски decidua. Во всякомъ случаѣ извѣстный слой ея всегда остается, потому что она тѣсно связана съ лежащимъ подъ ней мышечнымъ слоемъ, мѣстами вросая въ него.

Въ наиболѣе глубокой слой отпадающей оболочки проникаетъ множество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, которые образуютъ въ ней равномѣрный грануляціонный слой; подъ этимъ слоемъ отпадаютъ вслѣдствіе мацерированія верхніе ея слои.

Если желѣзы ея были растянуты во время беременности въ ширину и прижаты къ стѣнкамъ матки, идя косо и параллельно къ ея поверхности, то при сокращеніи матки и уменьшеніи ея поверхности, остатки ихъ, остающіеся внѣдренными на поверхности матки, становятся опять перпендикулярно къ ней.

Изъ этихъ остатковъ желѣзъ или изъ дна желѣзы вырастаетъ эпителий, покрывающій внутреннюю поверхность матки, который при дальнѣйшемъ ея уменьшеніи проникаетъ въ глубину. Образуется новая слизистая оболочка матки со всѣми ея нормальными составными частями. Какъ скоро это происходитъ, и какимъ именно особымъ способомъ это совершается — неизвѣстно, ибо рѣдко приходилось изслѣдовать физиологическія матки. Во всякомъ случаѣ три недѣли post partum слизистая матки найдена уже вполне нормальной.

Мѣсто прикрѣпленія послѣда вдается послѣ родовъ въ полость матки въ видѣ купола съ круглымъ основаніемъ и съ вершиной по срединѣ. Поверхность его неправильна и шереховата на ощупь. Въ мѣстѣ прикрѣпленія послѣда находятся болѣе или менѣе ббльшіе тромбы, частью проникающіе въ глубину его частью располагающіеся на его

поверхности. Virchow выразился, что тромбы эти находятся къ мѣсту прикрѣпленія плаценты въ такомъ же отношеніи, въ какомъ находятся пробки къ горлышку бутылки, именно: частью находятся въ немъ, частью торчатъ изъ него. Съ этими шереховатостями плацентарнаго мѣста и его неправильной поверхностью нужно быть знакомымъ, чтобы при ощупываніи матки не принять за патологическое явленіе то, что является вполне фізіологическимъ. Не разъ уже по ошибкѣ эти шереховатости считались ненормальностями, и ихъ пытались удалить различными способами: соскабливая напримѣръ, острыми ложечками. Плацентарное мѣсто можно при вскрытіи найти гораздо позже, чѣмъ обыкновенно думаютъ, напримѣръ спустя еще 3—4 мѣсяца послѣ родовъ.

Именемъ «лохій», «послѣродовыхъ очищеній» называется то, что выдѣляется изъ половыхъ органовъ въ теченіе послѣродовой недѣли. Сперва выдѣляется кровь, *lochia cruenta* въ теченіе 2—3 дней; количество ихъ, само собой понятно, очень различно. При значительныхъ пораненіяхъ влагалищной части матки или вагины, при плохо сокращенной маткѣ, содержащей много кровяныхъ сгустковъ, выдѣленія створоженной разжиженной крови обильно и длится болѣе или менѣе продолжительное время. При напряженіи брюшного пресса при мочеиспусканіи и т. п. отходятъ сгустки. Когда большихъ раненій матки нѣтъ, лохіи уже по истеченіи двухъ дней становятся болѣе свѣтлыми и жидкими: это *lochia serosa*. При заживленіи большихъ ранъ путемъ нагноенія, отдѣляется до извѣстнаго времени гной и отдѣленія въ такомъ случаѣ называются *lochia lactea*.

Потеря жидкости организмомъ какими бы то ни было путями ограничиваетъ количество лохій. Такъ у кормящихъ женщинъ, равно какъ при сильномъ потѣннн, при поносахъ и лихорадкѣ лохіи менѣе обильны. Если, напримѣръ, при лихорадкѣ выскоблить матку, чего впрочемъ отнюдь нельзя совѣтовать, то изъ нея выходятъ довольно большіе бѣловатые куски еще не разложившейся *deciduae*.

При нормальномъ теченіи матка уже по истеченіи 3 недѣль опять выдѣляетъ прозрачную какъ стекло слизь, количество которой особенно обильно тогда, когда цилиндрической эпителий, образуя эрозіи, переходитъ во влагалищную часть матки. Если, наприм., при родахъ наносятся большія поврежденія влагалищу, именно причиняются большіе разрывы послѣ тяжелыхъ щипцовъ или послѣ искусственно законченныхъ родовъ при не вполне еще раскрытомъ маточномъ зѣвѣ, то раны эти продолжаютъ долго гноиться. Въ такомъ случаѣ обильное выдѣленіе молочныхъ лохій длится 3 и даже 4 недѣли. Но если регулярно промывать половыя части лѣкарственными веществами и способ-

ствовать заживленію ранъ, то отдѣленіе лохій уменьшается и часто даже вовсе прекращается внезапно.

Такъ какъ лохи отчасти состоятъ изъ гноя и смачиваютъ не стерильные наружные половые органы, и такъ какъ во влагалище легко проникаютъ бактеріи, то лохи нельзя считать стерильной жидкостью, такъ какъ въ нихъ содержатся гнилостныя бактеріи, стафилококки и стрептококки.

Кровь не только стерильна, но обладаетъ и бактерицидными свойствами. Поэтому *lochia cruenta* стерильны и не могутъ инфицировать свѣжей раны и, стало бытъ, мѣшать ея заживленію *per gr̄atam*. Но какъ только прекращается истеченіе свѣже—излившейся крови, въ лохіяхъ развиваются зародыши гніенія и кокки, потому что въ такомъ естественномъ термостатѣ какимъ является влагалище, растутъ гнилостныя бактеріи и обусловливаютъ разложеніе и гніеніе. Поэтому уже чрезъ нѣсколько дней лохи приобрѣтаютъ дурной запахъ. Однако, онѣ не инфицируютъ организма потому, что лимфатическіе и кровеносные сосуды тромбозированы, раны покрыты свѣжими грануляціями, и стало бытъ, неспособны къ всасыванію. Грануляціонныя раны такъ же мало подвергаются опасности при попаданіи на нихъ гнилостныхъ истеченій, какъ влагалище во время менструаціи. Но если этимъ грануляціямъ наносятся свѣжія раненія, наприм., при изслѣдованіи, при слишкомъ твердомъ стулѣ, или неосторожно введеннымъ катетеромъ, то можетъ имѣтъ мѣсто запоздалая инфекция и запоздалая лихорадка.

Въ полости матки, благодаря послѣродовымъ болямъ и продолжительному уменьшенію ея объема, наступаетъ внутреннее давленіе, препятствующее всасыванію въ полость матки жидкихъ массъ, находящихся во влагалищѣ и обусловливающее, напротивъ, истеченіе массъ изъ полости матки наружу. Полость матки здоровой родильницы въ обыкновенныхъ случаяхъ нужно считать свободной отъ бактерій, стерильной. Но если въ нее заносятся при акушерскихъ операціяхъ или при изслѣдованіи бактеріи или кокки, то можетъ загнить и ея содержимое.

Маточный зѣвъ бываетъ по временамъ сильно суженъ, такъ какъ и физиологическая матка бываетъ часто перегнута кпереди подъ отрымъ угломъ, если, напримѣръ, сильно растянутый газами кишечникъ отдавливаетъ ее сильно въ тазъ. Тогда внутреннее давленіе въ полости матки не въ состояніи расправить уголь перегиба: лохи при этомъ задерживаются, загниваютъ и вслѣдствіе всасыванія обусловливаютъ легкое растяженіе матки, размягченіе и увеличеніе ея. Появляется лихорадка вслѣдствіе всасыванія: сапрэмія. Такому гніенію можетъ подвергнуться остатокъ какой-нибудь оболочки яйца или даже кровя-

ной сгустокъ. Процессъ гніенія можетъ перейти на какой-либо тромбъ плацентарнаго мѣста, который вслѣдствіе этого разжижается и можетъ дать кровотеченіе. Если матка избавляется отъ своего содержимаго путемъ схватокъ, или же послѣднее выжимается или вымывается изъ нея, то всасываніе и лихорадка прекращаются, о чемъ мы подробнѣе будемъ говорить при описаніи послѣродовыхъ заболѣваній.

Возвращеніе влагалища къ прежней формѣ и величинѣ зависитъ отъ того, какъ велики были причиненныя ему поврежденія. Если, наприм., вмѣстѣ съ промежностью будетъ разорвана задняя стѣнка влагалища, то прямая кишка лишается своей опоры и при обычномъ пополненіи сильно растягивается: образуется грыжа прямой кишки и опущеніе задней влагалищной стѣнки. Но если разорванный сфинктеръ не сшивается, то образованіе заднекишечной грыжи невозможно, такъ какъ ниже внутренняго сфинктера калъ не можетъ скопиться и растягивать нижній отрѣзокъ влагалища.

При разрывахъ и растяженіяхъ задней стѣнки влагалища имѣетъ мѣсто опущеніе и передней стѣнки его, которая лишается задней или вѣрнѣе нижней опоры; при этомъ образуется грыжа мочевого пузыря. Отъ легкихъ опущеній до понемногу образующихся полныхъ выпаденій существуетъ безчисленное множество переходовъ.

Если беременность повторяется не скоро, и если не было болѣе или менѣе значительнаго разрыва входа во влагалище или, влагалищной части матки, то возвращеніе послѣдней къ своему первоначальному состоянію можетъ быть настолько совершеннымъ, что спустя нѣсколько лѣтъ при ошупываніи почти невозможно діагносцировать, были ли роды. Только на дѣвственной плевѣ имѣются слѣды бывшихъ родовъ. Послѣ дефлорации на гименѣ видны разрывы большею частью въ видѣ 2 или 3 трещинъ идущихъ къзади и весь гимень, охватывающій кольцомъ все влагалище, представляется еще въ видѣ перепонки, хотя и разорванной. Послѣ родовъ дѣвственная плева совершенно сглажена и уничтожена: отъ нея видны только кое-какіе неправильной формы остатки—такъ назыв. *saunculae myrtiformes*. Но ошибки въ томъ отношеніи возможны, ибо бываютъ случаи, когда гимень отъ природы такъ низокъ, что онъ съ самаго начала имѣетъ форму *sauncul. myrtiformes*.

Матка рожавшей женщины остается на всю жизнь большей, чѣмъ она была до беременности. Но если роды были одинъ, или только немного разъ, то въ старости она такъ мала, что при отсутствіи разрывовъ на вскрытіи нельзя діагносцировать, имѣли ли мѣсто роды, или нѣтъ.

Брюшные покровы послѣ родовъ разслабленны, такъ что почти возможны явленія флюктуации. Если имѣлись такъ назыв. рубцы

беременности, то они современемъ блѣднѣютъ, но остаются навсегда въ видѣ блестящихъ, бѣловатыхъ, немного шероховатыхъ полосъ. Но бывають и исключенія: есть женщины, у которыхъ нѣтъ и слѣдовъ подобныхъ полосъ, не смотря на то, что онѣ много разъ рожали.

Если имѣлась пигментація бѣлой линіи, то она также блѣднѣетъ. *Musculi recti* опять плотно сдвигаются, но остаются раздвинутыми въ тѣхъ случаяхъ, когда животъ былъ очень растянутъ при беременности двойнями или поперечными положеніями, когда новая беременность слѣдовала очень скоро за предыдущей или наконецъ у женщинъ, занятыхъ тяжелымъ физическимъ трудомъ, которыя натугой брюшного пресса вгоняють кишечныя петли въ промежутки между прямыми мышцами. Часто между прямыми мышцами образуется, вслѣдствіе расхожденія ихъ, пространство шириною въ руку, которое особенно обозначается, если родильница, лежа въ постели, поднимаетъ верхнюю часть туловища, не упираясь руками или локтями въ постель; *recti* расходятся при этомъ въ стороны, а середина выпячивается гребнемъ болѣе или менѣе сильно впередъ:—получается то, что называется грыжей бѣлой линіи, *hernia lineae albae*.

Жировой слой брюшныхъ покрововъ остается развитымъ долгое время; у рожавшихъ женщинъ обыкновенно большой животъ и скверная талия. Къ этому присоединяется еще то, что кишечникъ, при хроническомъ запорѣ постоянно наполненъ газами и каловыми массами, что еще больше увеличиваетъ животъ. Женщины бѣднаго класса, много трудящіяся физически, нисколько не думаютъ о послѣродовой гигиенѣ; поэтому большіе животы и плохая инволюція брюшныхъ покрововъ встрѣчаются преимущественно у нихъ. Тѣмъ не менѣе развитіе жирового слоя вполнѣ зависитъ отъ индивидуальности: встрѣчаются бѣдныя женщины, которыя остаются стройными, не смотря на тяжелую работу и на множество, часто слѣдовавшихъ другъ за другомъ, родовъ и въ то же время есть женщины, принадлежащія къ зажиточнымъ слоямъ общества, теряющія послѣ родовъ «хорошія талии», не смотря на всякія подвязыванія и соблюденіе всѣхъ правилъ гигиены.

Въ этомъ отношеніи болѣе всего вредны часто слѣдующія другъ за другомъ беременности. Портнихи на этотъ счетъ болѣе свѣдуши, чѣмъ врачи. Животъ получаетъ свою окончательную форму и объемъ, спустя только 5—6 мѣсяцевъ послѣ родовъ. Если новая беременность наступаетъ по истеченіи 2—3 мѣсяцевъ, то никакія средства не могутъ помочь одяť возстановить талию. Нужно изслѣдовать; если животъ женщины толстѣ потому, что брюшныя покровы содержатъ слой жира въ 6—8 сант., то, конечно, никакія бинтованія, массажи и т. п. не помогутъ. Но если животъ великъ оттого, что кишки растянуты и не

опоражниваютъ своего содержимаго, а подкожнаго жира въ брюшныхъ покровахъ нѣтъ, то можно многого достигнуть массажемъ и регулированиемъ кишечныхъ отправленій.

Физиологія и симптоматологія.

Родильница, очищенная и обмытая, положенная на чистое бѣлье, зная, что все въ порядкѣ, слыша крикъ своего ребенка и наглядѣвшись вдоволь на него, испытываетъ особое душевное и физическое блаженство, которое только отъ времени до времени нарушается послѣродовыми схватками. По народному обычаю ей полезно дать выпить въ это время чашку теплаго молока или чаю изъ ромашки. Если она озябла при обмываніи, перемѣнѣ бѣлья и раздѣваніи, если ее кинуло даже въ легкой ознобъ послѣ сдѣланныхъ ею усилій во время родовъ, то лучше всего дѣйствительно напоить ее чѣмъ-нибудь теплымъ. Родильницы вообще потѣютъ. Это настолько обыкновенно у нихъ, что старые врачи прежде, а народъ еще теперь считаютъ «послѣродовое потѣнье» чѣмъ-то естественнымъ, законнымъ и необходимымъ для благосостоянія родильницы. Еще и теперь приходится въ народѣ слышать, что «задержка пота» была причиной той или другой болѣзни у родильницы, даже родильной горячки. Эти поты—признакъ такой же слабости, какъ потѣніе желудочнаго и всякаго другого слабого больного. Если роды протекаютъ правильно съ гигиенической точки зрѣнія: то есть, температура комнаты нормальна, родильница не слишкомъ кутается, постель ея не очень тепла, а то, что она пьетъ не слишкомъ горячо, то здоровая родильница даже и во снѣ не имѣетъ этихъ «послѣродовыхъ потовъ».

Боли въ видѣ послѣродовыхъ схватокъ продолжаютъ еще болѣе или менѣе долго послѣ удаленія послѣда. Родильница ихъ иной разъ и не чувствуетъ, но врачъ узнаетъ по отвердѣнію матки при изслѣдованіи рукой живота. Но не всегда матка такъ тверда. Гораздо чаще она до того мягка, что сильно вздутый кишечникъ измѣняетъ ея форму. Иногда послѣродовыя боли бываютъ такъ сильны, что приходится прибѣгать къ опию (черезъ 2 часа по 8 капель настойки опія). Если роды протекли очень быстро, какъ это бываетъ при родахъ, происходящихъ въ одну—двѣ схватки, или вообще у многорозеницъ при очень благоприятныхъ родовыхъ путяхъ и быстромъ теченіи, то послѣродовыя боли сильнѣе, чѣмъ при долгодлящихся родахъ, для окончанія которыхъ нужны были сильныя схватки.

Часто боли появляются въ тотъ моментъ, когда мать прикладываетъ ребенка къ груди. Съ этой точки зрѣнія, такъ какъ послѣродовыя боли необходимы для обратнаго развитія матки, именно

поэтому считали желательнымъ, чтобы мать сама кормила своего ребенка, дабы этимъ способствовать лучшей инволюціи матки. Но подобное мнѣніе о благотворномъ вліяніи послѣродовыхъ схватокъ, очевидно, преувеличено: и у матерей, которыя сами не кормятъ, если только у нихъ не бываетъ лихорадочныхъ заболѣваній или послѣродовыхъ кровотеченій, инволюція матки совершается нормальнымъ путемъ.

Частота пульса и дыхательныхъ движеній у родильницы уменьшена. Уже изстари извѣстно, что у здоровой родильницы число сердечныхъ ударовъ уменьшается до 48—60, даже 40 въ минуту. Такой замедленный пульсъ указываетъ на то, что родильница здорова, то есть, что относительно ея можно поставить хорошій прогнозъ. Если у нея была температура повышена, а потомъ установилось замедленіе пульса, то этотъ признакъ въ высшей степени благопріятенъ. Я оказался правъ, утверждая, что это замедленіе пульса не представляетъ собою ничего специфическаго, а является лишь слѣдствіемъ совершеннаго нравственнаго и физическаго покоя. Съ этимъ связано и замедленіе дыханія.

Температура во время родовъ, или, вѣрнѣе, въ первые часы послѣ нихъ, большею частью немного повышена — до 37.8. Болѣ высокія температуры, доходяція до 38 или же выше я въ это время считаю патологическими, то есть, неблагоприятными въ смыслѣ прогноза. Уже въ теченіе перваго дня температура падаетъ до 36.5 утромъ и 37.5 вечеромъ. Если она поднимется хоть на нѣсколько десятыхъ, то это должно уже возбудить вниманіе врача. Я не хочу этимъ сказать, что родильница, у которой температура разъ поднялась до 38.0 или 38.2 непременно уже больна, но эти температуры нужно все же считать «показательными», то есть, такими, которыя дѣлаютъ вѣроятными лихорадочное заболѣваніе.

Задержка стула и вялый стулъ, при которомъ отъ натуги дѣлаются раны и даже кровотеченія, повышаетъ температуру. Во всякомъ случаѣ нужно тщательно слѣдить за температурой, даже при незначительныхъ подъемахъ ея.

Родильница, особенно послѣ значительныхъ потерь крови, испытываетъ обыкновенно сильную жажду. Но если она въ первое время даже мало пьетъ, отдѣленіе мочи у нея довольно обильно, такъ что въ первые 24 часа количество ея достигаетъ часто 1—1½ литра. Уже на 2 или 3 день въ мочѣ родильницы можно доказать присутствіе молочнаго сахара, количество котораго особенно увеличивается тогда, когда груди ея нагрубаютъ, а ребенка она еще не прикладываетъ къ нимъ. Точно также наблюдалась въ первые 2 недѣли пептонурія, которая объясняется всасываніемъ продуктовъ разложенія мышечныхъ волоконъ матки.

При натугахъ часто опорожняется мочево́й пузырь, причѣмъ моча идетъ струей. По окончаніи родовъ пузырь опять наполняется, но опорожненіе его часто связано съ затрудненіями. Странно, что при наполненіи его, влекущемъ обыкновенно позывъ къ мочеиспусканію, родильница не испытываетъ потребности опорожнить пузырь. При этомъ послѣдній часто до того переполненъ, что при перкуссіи тупость его доходитъ до самаго пупка. Отсутствіе позы вовъ къ мочеиспусканію сказывается непріятнымъ общимъ ощущеніемъ. При напоминаніи родильницѣ иногда не удается опорожнить пузырь. Мы должны, поэтому, различать двоякаго рода причины: такія, которыя мѣшаютъ субъективному ощущенію переполненнаго пузыря и такія, которыя препятствуютъ его опорожненію.

Послѣ родовъ брюшная полость пуста, внутрибрюшное давленіе, вслѣдствіе сокращенія матки, уменьшилось и потому пузырь, который находился между брюшной стѣнкой и маткой и въ такомъ сплюсненномъ состояніи вмѣщалъ немного мочи, теперь можетъ принять свою прежнюю круглую форму а, стало быть, вмѣстить и большее количество ея. Однимъ словомъ, пузырь возстановляется въ своей функціи и позывъ къ мочеиспусканію скоро появляется.

Помимо этого, женщины отъ непривычки не умѣютъ мочиться въ лежачемъ положеніи: онѣ могутъ это дѣлать, только стоя или сидя на корточкахъ. Кромѣ того расслабленная мускулатура живота не въ состояніи подвергнуть содержимое брюшной полости большому давленію и тѣмъ способствовать мочеиспусканію. Затѣмъ, при низкомъ стояніи головки передняя стѣнка влагалища сдавливается, вслѣдствіе чего верхняя часть мочеиспускательнаго канала перегибается нѣсколько книзу. Наконецъ, очень важно еще вліяніе на него травмы: сильное давленіе головки, особенно при трудныхъ щипцахъ обуславливаетъ какъ на слизистой мочеиспускательнаго канала такъ и въ ея мускулатурѣ раненія, отечное и реактивно—воспалительное состояніе. Нерѣдко очень сильно припухаетъ валикъ мочеиспускательнаго канала или его отверстіе. Какъ и послѣ, болѣе или менѣе крупныхъ, пластическихъ операцій въ сосѣдствѣ, наступаетъ задержка мочи.

Всѣ эти причины, одна болѣе, другая менѣе, вліяютъ на затрудненіе мочеиспусканія.

Не безъ значенія и психическіе моменты: послѣ многихъ безплодныхъ попытокъ опорожнить пузырь, родильницей овладѣваетъ отчаяніе и она не нажимаетъ достаточно брюшного пресса. Послѣ всего этого, однако, никогда не остается дурныхъ послѣдствій, въ видѣ продолжительныхъ задержекъ мочеиспусканія (продолжительнаго «паралича пузыря»), кромѣ развѣ тѣхъ случаевъ, когда дѣлается

воспаленіе мочевого пузыря послѣ катетеризаціи его нечистымъ инструментомъ.

Такъ какъ при приготовленіи къ родамъ постоянно опорожняется кишечникъ и родильница въ первое время получаетъ одну только жидкую пищу, то въ кишечникѣ не скоро скопляются плотныя массы кала. Физическій покой къ тому еще задерживаетъ стулъ, и потому произвольный позывъ на низъ появляется только на 3 или 4 день.

Родильница, если даже и хорошо чувствуетъ себя, спитъ обыкновенно мало въ первую ночь. Нервное возбужденіе ея слишкомъ велико, она постоянно думаетъ о прошломъ и будущемъ, въ головѣ ея тѣснятъ тысячи мыслей. Душевное равновѣсіе устанавливается постепенно. Особенно нервныя женщины часто очень возбуждены, боятся чего-то, легко плачутъ. Необходимо поэтому психически воздѣйствовать на нихъ, успокаивая и, по возможности, устраняя всякое возбужденіе.

Иногда у родильницъ въ послѣродовомъ періодѣ замѣчается поразительно сильное выпаденіе волосъ. Многія родильницы жалуются, что онѣ стали хуже видѣть, чѣмъ прежде. Но это объясняется недостаткомъ упражненія: острота зрѣнія скоро у нихъ восстанавливается.

Потеря крови, лохіи, выдѣленіе молока и потѣніе родильницы, ограниченная, въ первое время, діета и усиленный обмѣнъ веществъ являются причинами потери ею жирового слоя и исхуданія. Но скоро дѣло измѣняется въ совершенно обратную сторону. Обыкновенно женщины послѣ родовъ становятся полными, если только голодъ, заботы и нищета не разрушаютъ въ физическомъ и духовномъ отношеніи ихъ здоровья.

Спустя 24 часа,—первороженицы позже—родильница ощущаетъ потягиванье, легкую боль въ грудяхъ, которыя становятся твердыми и тугими: начинается отдѣленіе молока: лактація. Нерѣдко при этомъ опухаютъ и лимфатическія желѣзы въ подмышечной ямкѣ, такъ что родильница должна лежать съ раскиданными въ стороны руками. Отдѣльныя дольки железъ прощупываются подъ кожей въ видѣ неправильныхъ узловъ. Если, поглаживая грудную желѣзу, осторожно надавить сосокъ, то изъ него показывается жидкость, которая появляется уже со 2 мѣсяца беременности, только теперь она отдѣляется въ большемъ количествѣ. Сперва изъ грудей выдѣляется такъ назыв. *Colostrum*, молозиво, бѣловатая жидкость съ желтыми жилками. Позднѣе оно принимаетъ цвѣтъ молока. Молозиво содержитъ больше бѣлка, чѣмъ молоко и кромѣ молочныхъ тѣлецъ и жировыхъ капель, имѣетъ еще такъ назыв. молозивныя тѣльца, т. е.

увеличенные бѣлые кровяные шарики съ жировыми каплями, которые считаютъ фагоцитами, поглотившими жировыя капли.

Позднѣйшее молоко представляетъ собою эмульсію, состоящую изъ различной величины жировыхъ капель, суспендированныхъ въ сывороткѣ. Кромѣ жира, молоко содержитъ казеинъ, молочный сахаръ и фосфорнокислую известь.

Послѣ прикладыванія ребенка къ груди, когда онъ начнетъ сосать ее, выдѣленіе молока усиливается. Бываютъ женщины, у которыхъ грудныя желѣзы развиты такъ мало, что уже спустя 2—3 дня, онѣ становятся опять мягкими и лишенными молока. Напротивъ, бываютъ кормилицы, у которыхъ такъ много молока, что ребенокъ не можетъ справиться съ нимъ и потому молоко это постоянно у нихъ стекаетъ.

Если мать сама кормитъ, то у нея обыкновенно менструація отсутствуетъ до тѣхъ поръ, пока она не отлучитъ ребенка. Но у многихъ женщинъ регулы появляются и во время кормленія. У некормлящихъ матерей они появляются спустя 6 недѣль, и первая менструація бываетъ обыкновенно очень обильной. При этомъ возможно наступленіе новой беременности. Извѣстны даже такіе случаи, гдѣ послѣдующіе роды доказали, что женщина вновь забеременѣла уже 3 или 4 недѣли спустя послѣ родовъ безъ того, однако, чтобы у нея появилась менструація.

Маточное кровотеченіе, появляющееся въ теченіе первыхъ 3 недѣль считается явленіемъ патологическимъ. Нужно выяснитъ причины его и постараться устранить его, такъ какъ родильница, и безъ того ослабѣвшая вслѣдствіе беременности и родовъ, особенно же вслѣдствіе кормленія, не должна терять напрасно крови.

Новорожденное дитя.

Плодъ получалъ необходимый ему для жизни кислородъ чрезъ послѣдъ отъ матери. Плодъ находился въ теплой средѣ, самъ не долженъ былъ вырабатывать теплоты, не совершалъ никакой работы и получалъ питательный матеріалъ въ готовой для ассимиляціи формѣ. Непосредственно послѣ родовъ потребность въ кислородѣ также не столь велика, какъ потомъ. Ребенокъ можетъ кричать и жить въ теченіе извѣстнаго времени, не смотря на то, что оба легкія его, почти совсѣмъ не содержатъ воздуха—въ ателектазѣ, и только незначительная часть альвеоль расширяется. Ребенокъ получаетъ, стало быть, отъ матери столько кислорода, что можетъ жить $\frac{1}{2}$ —1 минуты не дыша. Подобное состояніе называется арпоё и наблюдается у очень быстро родившихся дѣтей, напр., послѣ удачныхъ и быстрыхъ поворотовъ и извлеченій или послѣ кесарскихъ сѣченій. Обыкновенно

однако же матка уже при послѣднихъ натужныхъ схваткахъ на столько сильно сокращена, что разстраиваются кровообращеніе и отдача кислорода. Тогда ребенокъ вдыхаетъ воздухъ, если родившаяся грудка его можетъ расширяться. Этотъ первый вздохъ является не слѣдствіемъ раздраженія кожи или разницы температуръ, но благодаря накопленія въ крови избытка угольной кислоты, которая раздражаетъ дыхательный центръ. Лучшимъ доказательствомъ этого является арпоё, при которомъ ребенокъ, не нуждающійся въ кислородѣ, не дышетъ даже при самыхъ сильныхъ раздраженіяхъ кожи. Съ другой стороны холодъ оказываетъ, повидимому, сокращающее вліяніе на артеріи пуповины и на столько суживаетъ ихъ, что онѣ становятся непроходимыми.

Съ первымъ вздохомъ ребенка происходитъ рѣзкое измѣненіе въ его кровообращеніи: легкія расширяются, слипшіяся альвеолы открываются и воздухъ проникаетъ въ нихъ. При этомъ, вслѣдствіе общаго увеличенія легкихъ, увеличивается также просвѣтъ всѣхъ сосудовъ и расширенные сосуды получаютъ значительно больше крови, которая притекаетъ къ легкимъ изъ праваго желудочка чрезъ пульмональную артерію. Прежде правый желудочекъ прогонялъ кровь къ легкимъ только въ незначительномъ количествѣ, главнымъ же образомъ онъ гналъ ее чрезъ Боталловъ протокъ въ нисходящую аорту; теперь же всю кровь присасываютъ легкія, вслѣдствіе чего запустѣвшій ductus Botalli стягивается, внутренняя сосудистая оболочка склеивается, зарастаетъ и въ послѣдствіи превращается въ обыкновенный соединительнотканый тяжъ. Изъ легкихъ течетъ теперь, вслѣдствіе насыщенія кислородомъ изъ воздуха, артериализированная кровь чрезъ легочныя артеріи въ лѣвое предсердіе, конечно, въ значительно болѣешемъ количествѣ, чѣмъ во время утробной жизни, когда въ легкія тоже попадало немного крови. Вслѣдствіе этого въ лѣвомъ предсердіи возникаетъ болѣе сильное, чѣмъ прежде давленіе, закрывающее клапанъ овальнаго отверстія и влекущее за собой зарощеніе раздѣляющей перегородки между обоими предсердіями, которыя отнынѣ разобщены. Этимъ заканчивается установленіе круга кровообращенія въ его постоянномъ видѣ.

Кровь не можетъ отнынѣ поступать въ сокращенныя пупочныя артеріи и направляется къ кожѣ ребенка, которая внѣ матки не находится болѣе подъ внутриматочнымъ давленіемъ. Вслѣдствіе этого отсутствуетъ vis a tergo, плацентарная кровь не приводится въ движеніе и не течетъ больше чрезъ пупочную вену. Такимъ образомъ запустѣваетъ ductus venosus Arantii, который вмѣстѣ съ пупочными артеріями облитерируется и превращается также въ соединительнотканый тяжъ. Прекращеніе плацентарнаго кровообращенія въ пупочныхъ артеріяхъ ускоряется при перевязкѣ пуповины, въ отрѣзанномъ

концѣ которой слышна и видна еще бываетъ часто въ теченіе короткаго времени пульсація пупочныхъ артерій.

Остатокъ пуповины засыхаетъ — мумифицируется. На кожѣ пупочнаго кольца, которое туго стягивается, образуется демаркація. Грануляціи отдѣляютъ остатокъ пуповины, который отпадаетъ на 4, самое позднее 5 день.

Ребенокъ обыкновенно кричитъ громко. Тотчасъ же послѣ родовъ онъ выдѣляетъ часто очень много свѣтлой мочи, подобно тому какъ и у взрослога при охлажденіи кожи появляется позывъ къ мочеиспусканію. Въ мочѣ нерѣдко находится нерастворенная мочеваѣ кислота, которая остается на пеленкахъ въ видѣ кирпичнаго цвѣта мучнистаго осадка. Затѣмъ количество мочи у ребенка уменьшается и увеличивается потомъ, когда онъ начинаетъ получать пищу.

Прямая кишка ребенка наполнена во время беременности первороднымъ каломъ, меконіумомъ, который состоитъ большею частью изъ составныхъ частей желчи, волосъ, эпидермальныхъ чешуекъ и кишечной слизи. Это служитъ доказательствомъ, что ребенокъ физиологически глотаетъ околоплодную жидкость. Меконіумъ выдѣляется часто уже непосредственно послѣ рожденія, во всякомъ случаѣ въ первые 3—4 дня послѣ него.

Температура ребенка, бывшая въ маткѣ на 0,3—0,5 градуса выше материнской, тотчасъ послѣ рожденія понижена до 35—36°, но вскорѣ при притокѣ тепла отъ уходя поднимается до 36.5 и 37.0.

Кожа ребенка въ первые дни шелушится: до этого онъ находился въ водѣ, теперь же верхній слой кожи засыхаетъ и отпадаетъ.

Умногихъ новорожденныхъ развивается желтуха, по Kehrger'у даже у 75% всѣхъ дѣтей. Но мнѣ эта цифра кажется преувеличенной. Для icterus neonatorum существуетъ очень много объясненій, самымъ простымъ изъ которыхъ является то, которое допускаетъ, что раздраженіе отъ пищевыхъ веществъ, именно пищеварительная дѣятельность ребенка, влечетъ за собой набуханіе слизистой желудка и затрудненное поступленіе желчи въ двѣнадцатиперстную кишку. Во всякомъ случаѣ, происхожденіе этой желтухи гепатогенное. Преждевременнородившіяся и слабыя дѣти, кишечникъ которыхъ еще не достаточно подготовленъ къ пищеварительной дѣятельности, еще болѣе, чѣмъ крѣпкія дѣти, реагируютъ перистальтикой на пищевое раздраженіе, такъ что желтуха у нихъ бываетъ выражена сильнѣе. При сильной желтухѣ дѣти беспокойны. Выдѣленія, наприм., бленорройное глазъ и моча также принимаетъ иктерическую окраску.

Ребенокъ въ первые три дня своей жезни теряетъ мочей, выдѣленіемъ меконіума, испареніемъ кожи и выдѣленіемъ влаги при дыханіи около 200 граммъ. Но если здоровое дитя приложить непосредственно

post partum къ груди здоровой кормилицы, то такой потери въ вѣсѣ не произойдетъ. Въ виду того, однако, что кормленіе ребенка начинается обыкновенно только со 2 или 3 дня, такую потерю въ вѣсѣ можно считать постоянной. На 7 или 8 день эта потеря восстанавливается.

Здоровый ребенокъ высасываетъ въ первый день сразу 30 граммъ молока, а въ теченіе сутокъ—150 грм. Желудокъ его скоро растягивается, такъ что количество высасываемаго имъ молока быстро увеличивается. Въ концѣ первой недѣли ребенокъ долженъ въ 24 часа высасывать по крайней мѣрѣ 300 грм. молока, въ концѣ 10-й недѣли—800 и въ концѣ 30 недѣли—1300 граммъ.

Увеличеніе вѣса хорошо питающагося ребенка достигаетъ 30 грм. въ день или 200—250 граммъ въ недѣлю. Маленькія, слабыя и недоношенныя дѣти, само собою понятно, высасываютъ уже потому меньше, что желудокъ ихъ меньше, но при хорошемъ питаніи они уже чрезъ 3—4 недѣли сравниваются съ крѣпкими, къ сроку рожденными, дѣтьми.

Желудокъ новорожденнаго содержитъ сычужовый ферментъ и соляную кислоту, благодаря чему казеинъ молока створаживается и превращается въ пептонъ. Поджелудочная желѣза выдѣляетъ свой сокъ и въ кишкахъ находится желчь для эмульсіи жировъ.

Въ первое время у новорожденнаго нѣтъ только потомъ появляющагося фермента, превращающаго крахмаль и сахаръ. Поэтому онъ въ первое время не можетъ ассимилировать пищу, содержащую крахмаль. Но интересно то, что если новорожденному давать въ теченіе нѣсколькихъ дней небольшія количества крахмалистой пищи, у него появляется этотъ ферментъ несомнѣнно раньше, чѣмъ обыкновенно, и пищевареніе часто совершается удовлетворительно.

Уходъ въ послѣродовомъ періодѣ.

Хотя за родильницей ухаживаетъ акушерка, повитуха или кто-нибудь другой, болѣе или менѣе знакомый съ этимъ дѣломъ, врачъ долженъ тѣмъ не менѣе быть хорошо освѣдомленнымъ о томъ, что слѣдуетъ назначить и сдѣлать въ данномъ случаѣ. Бываютъ случаи, гдѣ молодая женщина сама очень неопытна; матери или родственницы около нея нѣтъ, а акушерка или повитуха ничего не понимаетъ и можетъ только повредить ей. Тогда врачъ долженъ, конечно, сдѣлать самъ всѣ сами собой понятныя назначенія и подумать о всякой мелочи.

Родильница должна совершенно спокойно лежать въ постели на спинѣ въ теченіе цѣлой недѣли и, по возможности, меньше двигаться, приподнимаясь только понемногу во время подкладыванія подъ нее подкладного судна. Лежать на боку нельзя ей совѣтовать потому, что

при этомъ отдѣленія изъ наружныхъ половыхъ органовъ будутъ стекать книзу, то есть, къ маточному зѣву. Рѣзкое движеніе, вставаніе, сильная натуга и вообще всякое напряженіе брюшного пресса при вставаніи могутъ сдвинуть матку и разорвать спаявшіяся уже раны, при чемъ образуются новыя отверстія для инфекціи.

Ежедневно приходится наблюдать, что у родильницъ при твердомъ стулѣ появляются кровотеченія и вслѣдствіе этого повышенія температуры. Точно также родильница должна избѣгать всякихъ душевныхъ водненій. Нельзя отрицать, что сильныя психическія волненія, посѣщенія знакомыхъ, ссоры, хозяйственныя огорченія и т. п. могутъ вызвать повышенія температуры, которыя объясняются, вѣроятно, преходящимъ возбужденіемъ сердечной дѣятельности, измѣненіемъ кровяного давленія, ускореннымъ дыханіемъ и обусловленнымъ имъ усиленіемъ давленія брюшного пресса.

Безусловно необходимо самымъ добросовѣстнымъ образомъ измѣрять температуру тѣла родильницы. Поэтому у всякой, даже видимо совершенно здоровой, родильницы нужно имѣть температурный листъ, который сохранять въ надежномъ мѣстѣ, чтобы во всякое время была возможность достать и рассмотреть его. Если врачъ не можетъ вполне положиться на ухаживающую за родильницей, онъ самъ измѣряетъ при случаѣ температуру чтобы убѣдиться вѣрны ли записанныя ею цифры. Равнымъ образомъ онъ долженъ такъ поступать и въ томъ случаѣ, когда ему покажется подозрительнымъ пульсъ родильницы, когда температура ея на ощупь покажется подозрительной, или когда у нея будетъ слишкомъ горѣть лицо, появятся головныя боли, усиленная жажда и т. п. Все нужно дѣлать самому, ибо только въ такомъ случаѣ можно быть увѣреннымъ и спокойнымъ.

Температуру измѣряютъ въ подкрыльцовой ямкѣ, измѣреніе же въ anus'ѣ можетъ имѣть мѣсто въ клиникахъ подъ наблюденіемъ врачей для извѣстныхъ научныхъ цѣлей. Въ частной практикѣ этого отнюдь не слѣдуетъ дѣлать, ибо для этого придется сдвигать съ мѣста родильницу, которая должна лежать совершенно спокойно; послѣдствіемъ же этого могутъ быть поврежденія и инфекція. При этомъ совершенно нѣтъ надобности создавать себѣ лишнихъ хлопотъ.

У здоровой родильницы принципіально не слѣдуетъ промывать влагалище. Обмывать нужно только наружные половые органы. При этомъ поступаютъ слѣдующимъ образомъ. Берутъ миску, наполненную какимъ-нибудь дезинфицирующимъ растворомъ; у состоятельныхъ берутъ растворъ борной кислоты 40 : 1000. Борная кислота не имѣетъ запаха, не прижигаетъ, не ядовита, не пачкаетъ бѣлья. У бѣдныхъ берутъ растворъ лизола 10 : 1000. Ядовитая сулема и карболовая кислота противопоказаны.

Миску эту подставляютъ подъ родильницу и льютъ струей или еще лучше пускаютъ струю изъ ирригатора на половыя части такъ, чтобы струя эта направлялась на mons Veneris и отсюда стекала бы внизъ. Мокрымъ ватнымъ шарикомъ осторожно обтираютъ кровь и выдѣленія, но не слѣдуетъ давить имъ или раскрывать половыя части.

Этимъ можно разорвать раны, которыя соединились и заживаютъ. Передъ обмываніемъ родильницу заставляютъ помочиться. Не слѣдуетъ ни въ какомъ случаѣ пользоваться губками или не совсѣмъ чистыми тряпками. Къ половымъ органамъ можно прикасаться одной только чистой ватой.

Если заднепроходное отверстіе запачкано каломъ, то его тщательно обтираютъ сверху внизъ или вѣрнѣе спереди кзади, не касаясь половыхъ частей. Если волоса слиплись запекшейся кровью, то ихъ выстригаютъ ножницами. По очищеніи наружныхъ половыхъ органовъ на нихъ снизу до mons Veneris кладутъ большой кусокъ сухой ваты. Вату, бывшую въ употребленіи, сжигаютъ. Если не хватаетъ ваты, кладутъ вываренный компрессъ приблизительно въ 10 сант. ширины и 20 сант. длины. Его перемѣняютъ каждые 4 часа, такъ какъ 7 часовъ достаточно для роста бактерій.

Сухую вату нужно класть на половые органы въ теченіе всего времени, пока родильница остается въ постели, т. е., въ теченіе приблизительно 10 дней для того, чтобы не запачкать постели, такъ какъ всѣ выдѣленія всасываются ватой и обезвреживаются.

Blennorrhoea neonatorum и маститъ развиваются часто въ первые дни, если родильница, запачкавъ прямо или косвенно пальцы своими выдѣленіями, коснется глазъ новорожденнаго или своего грудного соска и заразитъ ихъ.

Для благопріятнаго теченія послѣродового періода, безусловно необходимъ самый полный душевный и физическій покой родильницы. Въ виду этого нужно быть осторожнымъ, касаясь ребенка, въ своихъ разговорахъ съ нею и вообще врачъ долженъ всячески стараться успокоительно вліять на родильницу.

При первомъ посѣщеніи ея послѣ родовъ, то есть, спустя приблизительно 12 часовъ, спрашиваютъ ее, какъ она спала. Если сонъ родильницы былъ крѣпокъ и освѣжающъ, то она здорова. Лихорадящая родильница спитъ мало или вовсе не спитъ вслѣдствіе головныхъ болей, жажды или болей при начинающемся воспаленіи.

Затѣмъ освѣдомляются, мочилась ли родильница, такъ какъ у нея часто отсутствуетъ позывъ къ мочеиспусканію, несмотря на наполненный пузырь, при чемъ она испытываетъ только общее, неопредѣленное, очень безпокоящее ее, чувство давленія. Если она не мочилась, нужно ощупать и проперкутировать животъ, начиная отъ самаго

пупка. При наполненномъ мочевомъ пузырьѣ, матка, обыкновенно сильно приподнятая кверху и сдвинутая вправо, рѣже влѣво, прощупывается въ видѣ мягкаго круглаго тѣла. Родильницу кладутъ затѣмъ на подкладное судно и заставляютъ ее самое надавить себѣ плоской рукой на область пузыря. Нѣкоторыя женщины не могутъ мочиться въ присутствіи врача. Это нужно имѣть въ виду. Слѣдуетъ поэтому отвернуться въ сторону или, еще лучше, выйти изъ комнаты, напомнивъ ей, чтобы она продолжала себѣ давить на пузырь. Если моча не отдѣляется, нужно приподнять немного верхнюю часть ея туловища. Чтобы поддержать родильницу въ этомъ положеніи, сидѣлка садится на край постели, упершись локтемъ въ кровать и подперевъ рукой спину родильницы въ области поясицы. Родильница дѣлаетъ усиліе помочиться; съ введеніемъ катетера спѣшить нечего.

Если при всемъ томъ мочеиспусканіе невозможно, прибѣгаютъ къ катетеру. Врачъ, который ведетъ послѣродовой періодъ, въ принципѣ не долженъ передавать катетеризированіе акушеркѣ. При этомъ легко возможны несчастія вслѣдствіе неосторожнаго введенія катетера, или вслѣдствіе того, что катетеръ неподходящъ: когда онъ, напримѣръ металлическій, острое окно его можетъ поранить вѣдряющуюся въ него слизистую оболочку, наконецъ вслѣдствіе нечистоты его, послѣдствіемъ чего можетъ быть циститъ. Наиболѣе подходящими катетерами являются стеклянные: ни одинъ катетеръ не обладаетъ такой гладкой поверхностью и не дезинфицируется такъ легко, какъ стеклянный. Катетеръ долженъ сохраняться въ дезинфицирующей жидкости.

Для катетеризаціи необходимо хорошее освѣщеніе. Конечно, не мало врачей и акушерокъ, которые съумѣютъ найти отверстіе мочеиспускательнаго канала и въ темнотѣ, подъ одѣяломъ. Но несомнѣнно легче избѣжать причиненія боли родильницѣ и инфекціи, если ясно видно *orificium* мочеиспускательнаго канала. Такъ какъ родильница лежитъ обыкновенно спиной къ окну, то необходимо искусственное освѣщеніе. Сгибаютъ ноги родильницы въ колѣняхъ, затѣмъ раздвигаютъ колѣни, такъ что половыя части становятся видны, и просятъ кого-нибудь изъ окружающихъ посвѣтить или же ставятъ свѣчу въ низкомъ подсвѣчникѣ передъ половыми органами. Затѣмъ тщательно обмываютъ ихъ дезинфицирующимъ растворомъ и спеціально еще орошаютъ отверстіе мочеиспускательнаго канала большимъ количествомъ теплаго раствора. Раздвинувъ пальцами одной руки, конечно продезинфицированной, половыя органы, другой рукой вводятъ въ пузырь катетеръ, непосредственно взятый изъ раствора борной кислоты или лизола. Катетеръ не долженъ нидочего дотронуться, прежде чѣмъ онъ будетъ введенъ въ мочеиспускательный каналъ. Слѣдуетъ избѣгать всякаго насилія,

особенно послѣ тяжелыхъ щипцовъ, послѣ которыхъ мочеиспускательный каналъ припухъ или можетъ быть даже перегнутъ. Когда моча начинаетъ выдѣляться, кладутъ руку на животъ надъ симфизомъ и равномерно нажимаютъ; затѣмъ постепенно вынимаютъ катетеръ и еще разъ обмываютъ половые органы.

При слѣдующемъ посѣщеніи родильница должна сперва опять употребить всѣ усилія, чтобы самостоятельно помочиться. Нерѣдко помогаетъ здѣсь внушеніе. Какъ бы осторожно не поступать, несомнѣнно, что при очень частомъ катетеризированіи на припухшей слизистой мочеиспускательнаго канала образуются небольшія трещины, которыя при извѣстныхъ условіяхъ являются въ теченіе цѣлыхъ недѣль очень неприятными осложненіями. Въ виду этого нужно стараться добиться у родильницы какъ можно скорѣе самостоятельнаго мочеиспусканія.

Также точно необходимо озаботиться о немедленномъ очищеніи кишечника. Сильно переполненная прямая кишка приподымаетъ нижній отрѣзокъ матки кверху и способствуетъ такимъ образомъ наступленію Retroversio. При ретрофлексіяхъ часто въ анамнезѣ находимъ упорные запоры въ послѣродовомъ періодѣ. Въ виду этого приблизительно черезъ сутки необходимо дать какое нибудь слабительное, которое протолкнуло бы книзу каловые комки. Лучше всего спросить у больной, къ какимъ слабительнымъ она прибѣгала въ случаѣ нужды, т. е. какія ею испробованы. Можно такимъ образомъ назначить то средство, которое даннымъ индивидуумомъ уже испытано. Наиболѣе употребительнымъ является касторовое масло въ количествѣ 1—2 ложекъ. Его преимущество заключается еще въ томъ, что оно и питательно. Среднія соли ревеня, алоэ, александрийскій листъ и т. п. легко вызываютъ заболѣванія кишекъ у младенцевъ, такъ какъ дѣйствующія начала этихъ средствъ переходятъ въ молоко. Впрочемъ это не бѣда и это не можетъ помѣшать намъ назначить одно изъ перечисленныхъ средствъ, если оно пріятнѣе для больной, чѣмъ касторка. Вливаютъ въ кишку воды, воды съ глицериномъ (30—500), дѣлаютъ клизмы изъ масла, соленной воды или разведеннаго сиропа. Неопытная сидѣлки часто производятъ пораненія кишечника и зараженіе вслѣдствіе недостаточной чистоплотности или по крайней мѣрѣ, вызываютъ боль при грубомъ введеніи наконечника въ кишку. Часто съ первымъ стуломъ отходятъ кровяные сгустки и остатки оболочекъ, выдавленные изъ матки во влагалище и тамъ нѣкоторое время лежавшіе. Мнѣ пришлось два раза быть экспертомъ при случаяхъ, гдѣ акушерка, прободавъ стѣнку кишки вливала жидкость въ близъ лежащую клѣтчатку и вызвала этимъ смертельную инфекцію, воспаленіе и эксудатъ.

Послѣ всякаго испражненія, заднепроходное отверстіе должно быть тщательно обмыто водой и ватой. Если, что часто бываетъ, находятъ геморроидальные узлы, то послѣ осторожной, но тщательной очистки, ихъ смазываютъ борнымъ вазелиномъ или покрываютъ тряпочкой, смоченной растворомъ слабого дезинфекціоннаго вещества, лизола и уксусно—кислыхъ квасцовъ.

До появленія перваго испражненія, родильница должна получать лишь жидкую пищу, лучше всего молоко или супъ. Родильница, получающая тотчасъ-же теплую пищу, затѣмъ часто жалуется на боли въ желудкѣ. Послѣ перваго испражненія переходятъ къ легкимъ мяснымъ блюдамъ, а затѣмъ и къ обычной пищѣ. Конечно и здѣсь необходима индивидуализація. Послѣ большихъ кровопотерь вполне показано употребленіе спирта. Если женщина сама кормить не станетъ, то необходимо ограничить ея питаніе, а, напротивъ, обильнымъ кормленіемъ и дачей жира легко увеличить отдѣленіе молока. Держать больную на чаѣ, бульонѣ и водянистыхъ супахъ, теперь, когда извѣстенъ вредъ недостаточнаго питанія, не слѣдовало бы.

Родильница должна была бы при благопріятныхъ внѣшнихъ обстоятельствахъ вставать съ постели лишь черезъ 14 дней, но лежать дольше не рекомендуется, такъ какъ отъ долгаго лежанія пропадаетъ аппетитъ и портится отправленіе кишечника. Если родильница кровоточитъ, то ее держать въ постели дольше и даютъ въ большихъ дозахъ *Sceale* и *Ergotin*, слѣдуетъ также произвести изслѣдованіе, чтобы найти причину кровотечения, respect. *Retroversio*. При вставаніи необходима осторожность. Сидѣлка должна быть при этомъ, такъ какъ при первомъ вставаніи легко можетъ наступить анемія мозга и больная можетъ упасть. Если наблюдается ускоренный пульсъ, то необходима сугубая осторожность, такъ какъ онъ часто указываетъ на глубокой тромбозъ, а эмболія легкихъ можетъ вызвать внезапную смерть больной.

Если возможно, то родильницѣ нужно совѣтовать еще 2—3 недѣли послѣ родовъ ежедневно среди дня ложиться часа на 2—3 въ постель и въ это время еще необходимо слѣдить за отправленіемъ кишечника и отъ времени, до времени изслѣдовать больную; если оказывается, что стѣнки влагалища очень набухли, разрыхлены и нѣсколько опускаются, то слѣдуетъ назначить сильно стягивающія тонизирующія спринцованія: 30 г. спирту, 20 г. квасцевъ на 1 литръ воды въ 40° Цельсія.

Уходъ за новорожденнымъ.

Послѣ перевязки пуповины ребенка завертываютъ въ шерстяную пеленку и кладутъ на безопасное мѣсто. Затѣмъ акушерка присту-

паеть къ приготовленію ванны, послѣ того, какъ веденіе послѣродоваго періода было выполнено ею вышеописаннымъ образомъ. Ванна должна быть въ 37° С. ибо гораздо желательнѣе доставить новорожденному нѣкоторое количество тепла извнѣ, нежели отнять у него слишкомъ прохладной ванной часть его собственной теплоты. Въ настоящее время всякая акушерка умѣетъ обращаться съ термометромъ. И безусловно необходимо термометромъ каждый разъ измѣрять температуру ванны, такъ какъ безъ этого точное опредѣленіе температуры воды трудно, въ силу отсутствія у нѣкоторыхъ людей вѣрнаго теплового чувства.

Избытокъ сыровидной смазки, покрывающей новорожденного, стираютъ смазанной масломъ тряпочкой. Нѣкоторые рекомендуютъ даже ограничиться однимъ обтираніемъ, не купая ребенка. Однако, я не признаю за этимъ способомъ никакого преимущества. Взвѣшиванія показали, что купанье новорожденныхъ никакихъ вѣсовыхъ потерь за собой не влечетъ.

Купанье новорожденного не входитъ, правда, въ кругъ обязанностей врача. Однако, какъ генералъ долженъ по личному опыту знать службу простого рядового, точно такъ же необходимо, чтобы врачъ былъ хорошо знакомъ со всѣми этими мелкими манипуляціями. Вѣдь бываютъ такія условія, при которыхъ врачъ самъ вынужденъ купать ребенка, какъ, напр., при врожденномъ сифилисѣ. Въ послѣднемъ случаѣ приходится слѣдить за тѣмъ, чтобы отъ сулемовой ванны ни одной капли не попало ребенку въ ротъ; а чтобы быть увѣреннымъ въ томъ, что все это выполнено въ точности, врачъ предпочтетъ самъ купать ребенка, не рѣшаясь положиться на акушерку. Поэтому, слѣдуетъ изучить эти приемы и умѣть ихъ выполнять по крайней мѣрѣ не хуже любой акушерки.

Ребенка тщательно обмываютъ въ ваннѣ, кладутъ на нагрѣтую пеленку и, прежде чѣмъ одѣть, внимательно изслѣдуютъ, осматриваютъ лицо, ротъ снаружи и изнутри, обращаютъ вниманіе на то, нѣтъ ли *gaping*, какихъ либо недоразвитій, вродѣ волчьей пасти или какихъ либо уродствъ; ощупываютъ голову, рѣднички, изслѣдуютъ движенія рукъ, ногъ, въ особенности, если ребенокъ не двигаетъ одной конечностью, или кричитъ при пассивныхъ движеніяхъ, т. е., если существуетъ подозрѣніе въ поврежденіяхъ при тяжелыхъ родахъ. Затѣмъ, производятъ осмотръ половыхъ органовъ, вполнѣ ли они нормальны, кладутъ, затѣмъ, ребенка на грудь и—въ случаѣ задержки меконія—смотрятъ, нѣтъ ли зарощенія задняго прохода. Послѣднее часто упускается изъ виду неопытными врачами и акушерками. И какъ бываетъ досадно, когда подобная аномалія, почти постоянно обуславливающая смерть ребенка, обнаруживается лишь вполнѣдствіи! Далѣе, тщательно

вытирають ребенка до-суха, вторично прочно перевязывают пуповину, при чемъ новый крѣпкій узелъ вводится въ вдавленіе, произведенное прежнимъ и остатокъ пуповины обкладываютъ большимъ комомъ ваты, которая всасываетъ жидкость. Важно, чтобы остатокъ пуповины высохъ по возможности скорѣе, что лучше всего достигается при помощи сухой ваты. Затѣмъ, акушерка одѣваетъ ребенка и кладетъ его въ конвертъ. Послѣдній примѣняется для того, чтобы удобнѣе было нести ребенка, не причиняя ему боли, и чтобы лучше удержать при немъ теплоту его тѣла. Наконецъ, ребенка кладутъ въ корзинку, колясочку, или кроватку. Ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ помѣщать ребенка на кровати матери, ибо послѣдняя легко можетъ во время сна невзначай закрыть ему отверстія дыхательныхъ путей и, такимъ образомъ лишитъ его жизни. Во избѣжаніе охлажденія ребенка въ кроватку въ ногахъ ставится грѣлка. Наблюдались неоднократные случаи ожоговъ вслѣдствіе того, что грѣлка помѣщалась слишкомъ близко. Ожоги могутъ получиться даже сквозь шерстяную пеленку, въ виду чего необходимо, чтобы грѣлка находилась по крайней мѣрѣ на разстояніи 10 сатн. отъ тѣла ребенка.

Не лишнее будетъ привести нѣкоторыя правила ухода за ребенкомъ втеченіе первыхъ недѣль его жизни:

Слѣдуетъ класть ребенка нѣсколько больше на правую сторону, въ особенности послѣ ѣды, такъ какъ въ противномъ случаѣ большая печень давитъ своей тяжестью на желудокъ, что можетъ вызвать рвоту.

Крикъ ребенка указываетъ либо на боли, либо на голодъ. Наблюдательная мать, или няня умѣло распознаетъ, которой изъ этихъ двухъ причинъ слѣдуетъ приписать крикъ ребенка. Въ виду того, что боли происходятъ по большей части отъ кишечника, т. е. отъ разлагающагося содержимаго его, было бы въ высшей степени ошибочно давать ребенку грудь для успокоенія всякій разъ, когда онъ кричитъ.

Если ребенокъ кричитъ отъ боли, онъ вскорѣ перестаетъ ѣсть и отворачивается отъ груди. По жалобнымъ звукамъ легко можно прослѣдить, что боли то усиливаются, то ослабѣваютъ. Ребенокъ начинаетъ разбрасывать ножки, такъ что слышно треніе его пятокъ о мокрая пеленки. Въ такомъ случаѣ врачу приходится раздѣть ребенка до-нага и изслѣдовать, причемъ предварительно слѣдуетъ хорошо нагрѣть руки. Часто сразу бросается въ глаза, что животъ чрезвычайно твердъ, напряженъ и выпяченъ. Все это свидѣтельствуетъ о процессахъ разложенія, параличѣ кишекъ и коликахъ. Не лишнее также осмотрѣть пеленки, причемъ оказывается, что испражненія зеленые и перемѣшаны сгустками молока. При растираніи живота осторожнымъ и нѣжнымъ надавливаніемъ теплой рукой (что ребенку очень пріятно)

наблюдается отхожденіе газовъ. До красноты, или даже до ссадинъ натертыя пятки указываютъ на то, что боли держатся уже втеченіе цѣлыхъ дней и что пища, слѣдовательно, является индивидуально непригодной. Затѣмъ осматриваютъ всю поверхность тѣла. Далеко не рѣдко бываютъ нарывы, какъ въ видѣ фурункуловъ, такъ и въ видѣ флегмонъ и нагноившихся лимфатическихъ железъ, особенно на шеѣ. Далѣе осматриваютъ, оттянувъ подбородокъ, ротъ, языкъ, затѣмъ задній проходъ, наружныя половыя части. Подъ крайнюю плотъ подводятъ маленькій головчатый зондъ, чтобы опредѣлить величину ея отверстія.

Если врачъ пришелъ къ заключенію, что боли исходятъ изъ толстыхъ кишекъ и имѣютъ своей причиной процессы разложенія въ кишечникѣ, что боли, слѣдовательно, коликообразнаго характера, въ такомъ случаѣ очень показанъ слѣдующій порошокъ: Calomel 0,005, Creta alba, Gummi arabic ana 0,25 2—3 раза въ день. Часто матери спрашиваютъ, не снотворное ли это средство, такъ какъ подъ влияніемъ его боли стихаютъ, и уставшій отъ крика ребенокъ спокойно и надолго засыпаетъ.

Гораздо легче выяснить, голоденъ ли ребенокъ. Ошибочно усматривать доказательство достаточнаго питанія ребенка въ томъ, что его пеленки мокры. Однажды я наблюдалъ такой случай, что кормилица, у которой было мало молока, мочила постоянно пеленки, съ цѣлью доказать матери, что ребенокъ много ѣстъ, разъ его пеленки мокры.

Всякаго ребенка необходимо взвѣшивать. Мнѣ постоянно приходится удивляться тому, что это столь простое дѣло всѣми такъ плохо выполняется. Случается выслушивать самыя чудовищныя цифры, если не снабдить мать достаточно точными на этотъ счетъ указаніями. Ошибокъ можно лучше всего избѣгнуть, если поступать слѣдующимъ образомъ. Взвѣшиваютъ ребенка предъ купаньемъ, въ конвертѣ. Затѣмъ раздѣваютъ его, все, что съ него снимаютъ, всовываютъ въ конвертъ, связываютъ все вмѣстѣ и кладутъ на столъ. Когда ребенка выкупали, накормили, одѣли и снова положили въ конвертъ, тогда точно, не торопясь, вычисляютъ общую цифру, получившуюся на вѣсахъ и записываютъ ее. Затѣмъ взвѣшивается конвертъ съ его содержимымъ. Полученная цифра вычитается изъ цифры общаго вѣса и разность заносится въ таблицу въ видѣ цифры вѣса тѣла.

Ребенокъ долженъ прибывать въ вѣсѣ на 25—30 g. ежедневно; при хорошемъ питаніи наростаніе вѣса бываетъ больше и доходитъ до 250 g. въ недѣлю. При разсматриваніи подобной таблицы ежедневнаго взвѣшиванія обнаруживается такой фактъ, что ребенокъ въ иной день прибываетъ въ вѣсѣ на 60—70 g., въ другой же день—совершенно не прибываетъ. Втеченіе недѣли эти разницы, однако, выравниваются. Ихъ легко объяснить: Если, случайнымъ образомъ, ребенокъ не испражнился

предъ купаньемъ, тогда вѣсъ кала и мочи входитъ въ получаемую въ этотъ день цифру вѣса; а это составляетъ 25—40 г. Если къ этому прибавится ежедневное наростаніе вѣса въ 30 г., то ребенокъ окажется на 70 г. тяжелѣе, чѣмъ наканунѣ. Если же на слѣдующій день такимъ же случайнымъ образомъ ребенокъ испражнится предъ купаньемъ, то 40 г. его испражнений взвѣшиваются какъ бы вмѣстѣ съ его одеждой и вычитаются изъ общей суммы вѣса, такъ что результатъ взвѣшивания оказывается на этотъ разъ съ виду неблагоприятнымъ, не взирая на дѣйствительную обычную прибыль вѣса. Втеченіе недѣли эти ошибки сглаживаются.

Само собой понятно, что ничто не въ состояніи съ такой математической точностью представить намъ состояніе здоровья и ходъ дальнѣйшаго развитія ребенка, какъ результаты взвѣшивания. И наоборотъ, недостаточное наростаніе вѣса, или даже пониженіе его съ абсолютной вѣрностью укажетъ намъ на то, что ребенокъ плохо развивается, что питаніе его должно быть измѣнено. Безъ правильныхъ взвѣшиваній врачъ бродитъ какъ въ потемкахъ. Поэтому, онъ долженъ настаивать на томъ, чтобы по крайней мѣрѣ въ первыя недѣли вѣсъ ребенка правильно измѣрялся и точно записывался.

Точно такъ же при помощи взвѣшивания легко установить, получаетъ ли ребенокъ достаточно пищи отъ кормящей его груди, или нѣтъ. Съ этой цѣлью взвѣшиваютъ ребенка, послѣ купанья и всѣхъ приготовленій къ его кормленію, до и послѣ ѣды и вычисляютъ разницу. Мало-мальски интеллигентная мать въ состояніи сама безъ труда производить эти взвѣшивания. Эти правильныя взвѣшивания, какъ средство опредѣлить способность матери къ кормленію, неизбѣжны во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда возникаютъ извѣстныя на этотъ счетъ сомнѣнія.

Всякая здоровая мать сама должна кормить грудью своего ребенка. Это настолько естественно и само собой понятно, что не стоитъ тратить словъ для доказательства. Что обратное развитіе матки совершается при этомъ полнѣе—этому уже издавна учили. И какъ часто приходится быть свидѣтелемъ тому, какъ худая и истощенная женщина подъ вліяніемъ кормленія полнѣетъ и поправляется. Въ тѣ времена, когда мы не располагали еще средствами обезвреживанія коровьяго молока, въ моей практикѣ очень часто случалось, что матери, лишеныя возможности сами кормить своихъ дѣтей и содержать кормилицъ, повторно теряли своихъ дѣтей, благодаря гастро-энтериту, особенно въ лѣтнюю пору. Однако, и при современныхъ мѣрахъ предосторожности, при всей строгости ихъ примѣненія, искусственно вскормленные дѣти нерѣдко погибаютъ. Въ виду этого, врачу никогда не слѣдуетъ совѣтовать прибѣгать къ замѣнѣ материнскаго молока ка-

кимъ либо другимъ, если у матери есть малѣйшая возможность самой кормить своего ребенка. Правильно проведенная гигиена въ состояніи многое при этомъ сдѣлать. При желаніи и энергіи мать можетъ очень многого добиться при помощи подходящаго обильнаго питья, молочной пищи, мучныхъ суповъ и вообще принятія жидкости въ большомъ количествѣ. Иная слабо развитая и съ виду бѣдная молокомъ грудь становится спустя 3—4 недѣли въ такой мѣрѣ производительной, какъ этого никакъ невозможно было ожидать. Терпѣливое, выжидательное и любовное отношеніе со стороны матери, заботливыя и точныя руководства со стороны домашняго врача въ состояніи дать желательныя успѣхи тамъ, гдѣ мать уже приходила въ отчаяніе. Само собой понятно, что мать должна научиться правильно давать грудь; для этого она нуждается въ указаніяхъ врача, или опытной и терпѣливой няни. Пока роженица остается еще въ постели, прикладывать ребенка къ груди приходится нянѣ, въ первый разъ—спустя 12 часовъ послѣ родовъ. Слѣдуетъ такимъ образомъ выдавливать пальцами область соска, чтобы ноздри ребенка оставались свободны для доступа воздуха.

Прежде, чѣмъ дать ребенку грудь, няня и мать должны вымыть руки; точно такъ же и соски слѣдуетъ обмыть водой. Что же касается обтиранія или обмыванія рта ребенка, подчасъ грубаго и легко влекущаго за собой пораненія, то оно является совершенно безцѣльнымъ, ибо молоко вполне асептично и у ребенка септическихъ вещества въ полости рта не находятся.

Слѣдуетъ давать ребенку попеременно обѣ груди, даже если вначалѣ молока не имѣется, или имѣется въ небольшомъ количествѣ, въ виду того, что раздраженіе отъ сосанія оказываетъ благопріятное вліяніе на секреторную дѣятельность молочныхъ железъ. Если молоко вытекаетъ въ слишкомъ большомъ количествѣ, приходится предварительно нѣсколько опорожнить грудь надавливаніемъ на область соска. При обильномъ набуханіи молоко начинаетъ иногда сочиться по каплямъ уже во время приготовленія къ кормленію, или же, когда ребенокъ сосетъ одну грудь, вытекать каплями изъ другой.

Слабымъ дѣтямъ слѣдуетъ давать грудь чрезъ каждые 2 часа, крѣпкимъ—чрезъ 3—4 часа. Правильное кормленіе необходимо установить съ самаго начала. Слѣдя за тѣмъ, глотаетъ ли ребенокъ, мать легко можетъ провѣрить, продолжаетъ ли онъ ѣсть. Какъ только онъ перестаетъ сосать и лишь продолжаетъ двигать губами, слѣдуетъ отнять у него грудь. Насытившись, ребенокъ лежитъ еще нѣкоторое время съ открытыми глазами. Тогда его кладутъ въ кроватку; слѣдуетъ сдѣлать это осторожно въ виду наполненнаго состоянія желудка, ибо при слишкомъ энергичныхъ движеніяхъ, въ особенности при запрокидываніи головки, молоко можетъ излиться обратно, въ силу незна-

чительной длины дѣтскаго пищевода. Будучи сытъ, ребенокъ скоро засыпаетъ, даже если въ комнатѣ шумно.

Настоятельно рекомендуется не совать ребенку грудь при первомъ крикѣ. Этимъ разстраивается покой матери и пищевареніе ребенка. Спустя 4 недѣли послѣ рожденія, ребенокъ, будучи накормленъ вечеромъ, спитъ сплошь всю ночь. Къ этому времени достаточно кормить ребенка 5—6 разъ въ сутки.

Во многихъ случаяхъ кормленіе грудью для матери наталкивается на крупныя препятствія, или является невозможнымъ. Такъ, напр., соски могутъ быть въ извѣстномъ отношеніи неприспособленными для этой цѣли: они слишкомъ слабо развиты, мало выдаются надъ уровнемъ окружающей области, или даже лежатъ ниже ея, такъ что ребенокъ не въ состояніи захватить ихъ, или же дѣлаетъ это съ большимъ трудомъ. Однако, въ такихъ случаяхъ добросовѣстная мать можетъ еще добиться своей цѣли, подъ надлежащимъ руководствомъ. Примѣняется особый колпачекъ, который состоитъ изъ стекляннаго блюда съ прикрѣпленной къ нему резиновой пробкой, въ видѣ соска. Блюде плотно приставляется къ околососковому кружку: такимъ образомъ отрѣзывается доступъ воздуха. Благодаря надавливанію на область соска, выжимается нѣкоторое количество молока, которое попадаетъ затѣмъ въ резиновый сосокъ и чрезъ находящіяся въ немъ маленькія отверстія—въ ротъ ребенка. Эти отверстія не вырѣзываются, ибо въ такомъ случаѣ они будутъ слишкомъ велики, или карманообразны, а прокалываются накаленной иглой; для устраненія же неприятнаго запаха горѣлаго, резиновый сосокъ кладется на сутки въ солевой растворъ и тщательнo промывается водой.

Благодаря примѣненію такихъ мѣръ въ моей практикѣ, многимъ матерямъ удавалось втеченіе цѣлыхъ мѣсяцевъ вполнѣ успѣшно кормить своихъ дѣтей, не смотря на вначалѣ совершенно непригодные «втянутые соски». Многое зависитъ отъ доброй воли матери: стѣдуетъ ей быстро прійти въ отчаяніе, и у нея пріостановится продукція молока.

Несомнѣнно бываютъ случаи, когда молочныя железы слишкомъ мало развиты и не вырабатываютъ молока. Однако, они принадлежатъ къ числу рѣдкихъ исключеній. Часто выработка молока лишь спустя 2—3 недѣли входитъ въ свою колею. Кормленіе, понятно, невозможно въ тѣхъ случаяхъ, когда соски разрушены различными трещинами и изъязвленіями вслѣдствіе плохого, въ гигиеническомъ отношеніи, ухода за ними. Однако, мнѣ пришлось наблюдать одинъ случай, когда у пожилой уже матери, не кормившей своихъ первыхъ дѣтей, при третьемъ, или четвертомъ ребенкѣ оказалось достаточно молока, чтобы кормить грудью втеченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. У не молодыхъ первородящихъ часто оказывается вначалѣ достаточно молока,

но вскорѣ оно внезапно истощается. У иныхъ же молочныя железы настолько не развиты, что всякая попытка къ кормленію грудью является источникомъ безцѣльныхъ мученій для матери.

Послѣ 6—7-ми мѣсячнаго кормленія грудью, слѣдуетъ начать внимательно слѣдить за матерью, чтобы своевременно безошибочно установить необходимый моментъ отнятія отъ груди.

Наступленіе менструаціи въ періодъ кормленія не отражается на ребенкѣ, но оказываетъ вредное вліяніе на мать. Иногда менструація вновь прекращается вслѣдствіе развитія сильнаго малокровія. Сначала наступаетъ разстройство аппетита, причемъ молоко продолжаетъ, однако, вырабатываться въ достаточномъ количествѣ. Затѣмъ, наблюдается выпаденіе волосъ, устанавливаются постоянныя малокровныя головныя боли. При слишкомъ продолжительномъ кормленіи матери почти всегда жалуются на мучительныя боли въ поясницѣ. Боли носятъ почти схваткообразный характеръ. Допустимо, что мы, дѣйствительно, имѣемъ здѣсь дѣло со схватками, которыя обуславливаютъ чрезмѣрное обратное развитіе матки (*Hyperinvolutio uteri*). Матка становится настолько маленькой, что менструація и овуляція навсегда или же по крайней мѣрѣ на многіе годы прекращаются. Нѣкоторымъ слабымъ женщинамъ лишь спустя долгіе годы удается снова окрѣпнуть, и если къ этому присоединяются неблагоприятныя соціальныя условія, новая беременность, сильныя кровопотери во время родовъ, осложненія послѣродового періода, тогда силы и здоровье на всю жизнь уже не возстанутся. Послѣ 6—7-ми лѣтъ супружества такая женщина имѣетъ видъ старухи. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ гуманному врачу приходится быть очень внимательнымъ и въ своихъ заключеніяхъ и совѣтахъ сообразовываться съ соціальными и индивидуальными особенностями каждаго единичнаго случая.

Противъ кормленія грудью матери врачъ долженъ рѣшительно высказаться въ случаѣ остраго сепсиса, тяжкихъ общихъ заболѣваній, при туберкулезѣ и психозахъ.

Сепсисъ легко переносится отъ матери на ребенка. Воротами инфекции служитъ пупочная рана. Отсюда процессъ распространяется на сосуды, сначала на сосуды пупочные, затѣмъ онъ переходитъ на соединительную ткань и, идя въ восходящемъ направленіи вдоль сосудовъ грудобрюшной преграды, вовлекаетъ въ страданіе соединительно-тканную основу легкихъ. Случайная травма, напр., отъ наложенія щипцовъ также можетъ открыть доступъ инфекции и дать начало рожистому процессу въ формѣ *Erysipelas migrans*, отъ котораго не можетъ не погибнуть нѣжный организмъ ребенка. Въ сомнительныхъ случаяхъ, по быстро наступившей смерти ребенка можно сдѣлать распознаваніе и предсказаніе относительно тяжести инфекціоннаго

процесса, развившагося въ организмѣ матери. И при прежнихъ эндемiяхъ послѣродовыхъ горячекъ гораздо еще больше погибало дѣтей, нежели матерей. Въ виду этихъ обстоятельствъ становится понятнымъ, что при послѣродовой горячкѣ слѣдуетъ настолько изолировать ребенка, чтобы сдѣлать невозможнымъ зараженіе чрезъ пупокъ. Если у роженицы много молока и если есть надежда на скорое ея выздоровленіе, слѣдуетъ отцѣживать молоко при помощи существующихъ для этой цѣли приборовъ. Впослѣдствіи, когда процессъ локализуется, какъ, напр., при образованіи экссудата въ тазовой клѣтчаткѣ, мать можетъ начать кормить ребенка, даже при держащейся еще лихорадкѣ, если только кормленіе не будетъ вредно отзываться на самой матери. И здѣсь многое зависитъ отъ индивидуальныхъ особенностей каждаго единичнаго случая. Во всякомъ случаѣ, молоко отъ слегка лихорадящей матери не можетъ повредить ребенку. При одностороннемъ маститѣ также можно кормить ребенка грудью здоровой стороны.

При тяжкихъ общихъ заболѣванiяхъ, при scarlatinѣ, дифтеритѣ и другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, обусловливающихъ иногда преждевременные роды, а также при пнеймонiяхъ, тяжелой формѣ инфлуэнцы и остромъ плевритѣ также слѣдуетъ изолировать ребенка. Это дѣлается какъ въ интересахъ ребенка, который можетъ заразиться, такъ и въ интересахъ матери, нуждающейся въ покоѣ.

Безусловно необходимо изолировать ребенка отъ завѣдомо туберкулезной матери, ибо туберкулезная инфекція также передается по пупочной ранѣ. Послѣднее подтверждается тѣмъ обстоятельствомъ, что во многихъ случаяхъ удавалось прослѣдить туберкулезно-пораженныя железы, начиная отъ пупка вплоть до живота.

Уже въ началѣ моей практической дѣятельности, когда о туберкулезной палочкѣ ничего еще не было извѣстно, слѣдующее поразительное обстоятельство обратило на себя мое вниманіе: дѣти отъ матерей, пораженныхъ самой тяжелой формой туберкулеза, вскорѣ сводившей ихъ въ могилу, при своевременной изоляціи, безъ всякой попытки кормленія материнской грудью, прекрасно развивались и оставались совершенно здоровыми, если только питаніе ихъ — кормилицей, или искусственнымъ образомъ — было удовлетворительно поставлено; и наоборотъ, дѣти отъ матерей лишь съ подозрѣніемъ на чахотку вскорѣ погибали при явленіяхъ острой просовидной бугорчатки. Этиологическимъ моментомъ этихъ случаевъ туберкулеза дѣтей является не врожденный туберкулезъ, а переносъ инфекціи чрезъ пупочную рану, чрезъ мокроту матери при поцѣлуяхъ и т. п. И если на первый взглядъ кажется особенно жестокимъ именно такихъ несчастныхъ матерей лишать ласки и близости ребенка, однако священный долгъ вынуждаетъ врача самымъ энергичнымъ образомъ предотвратить воз-

возможность прямой передачи инфекции, т. е., принять мѣры къ удаленію ребенка отъ матери.

Приходится съ удивленіемъ отмѣтить, что даже послѣ сильныхъ кровопотерь роженицы въ состояніи вскорѣ оправиться и—при удовлетворительномъ здоровьѣ до и послѣ родовъ—успѣшно кормить грудью.

При психозахъ слѣдуетъ удалить ребенка по двумъ причинамъ. Съ одной стороны мать нуждается въ абсолютномъ покоѣ. Въдѣ часто удается при помощи крѣпкаго сна оборвать начинающійся психозъ. Съ другой стороны, безызвѣстны случаи задушенія, или другихъ способовъ умерщвленія дѣтей душевно-больными роженицами, у которыхъ всякое воспоминаніе обо всемъ, совершенномъ ими въ дни болѣзни, оказывалось впослѣдствіи окончательно сглаженнымъ. Въ виду этого, достаточно установить типичную форму бессонницы, предвѣстницу психоза, чтобы тутъ же, подъ какимъ либо предлогомъ, удалить ребенка и, такимъ образомъ, не дать матери возможности слышать его крики.

Сифилисъ матери не является противопоказаніемъ для кормленія. Наоборотъ, послѣднее слѣдуетъ особенно поощрять въ подобномъ случаѣ. Во-первыхъ, по той причинѣ, что будетъ устранена необходимость нанять кормилицу, которая подвергается опасности зараженія, а во-вторыхъ потому, что противосифилитическое леченіе матери (ртутью и іодистымъ калиемъ) можетъ чрезъ молоко благоприятно вліять и на ребенка. И такимъ образомъ, молоко матери будетъ представлять собой цѣлебную силу.

Въ случаѣ, если кормленіе грудью невозможно, слѣдуетъ подвѣзывать роженицѣ груди, такъ какъ свисаніе ихъ подъ тяжестью заключающагося въ нихъ большого количества молока вызываетъ непріятное ощущеніе. Эта мѣра вообще рекомендуется въ томъ случаѣ, когда груди сильно развиты. Само собой понятно, что не слѣдуетъ поддерживать секрецію молока выжиманіемъ, или отсасываніемъ его, такъ какъ это значило бы противодействовать преслѣдуемой цѣли—по возможности скорѣе и полнѣе пріостановить выработку молока. Некормящей роженицѣ слѣдуетъ давать мало жидкости; при помощи горькой соли добиваются обильныхъ жидкихъ испражненій. Спустя 3—4 дня, груди становятся дряблыми и мягкими; болѣзненность и набуханіе сами собой проходятъ. Само собой разумѣется, что при слабомъ развитіи груди никакого накопленія молока не наблюдается.

При нефритѣ беременныхъ, при которомъ содержаніе бѣлка въ мочѣ быстро убываетъ вскорѣ послѣ родовъ, кормленіе грудью, согласно моимъ наблюденіямъ, не отражается вредно на ребенкѣ. Однако, если здоровье матери слабо, если, не смотря на соответствующее питаніе, сила пульсовой волны не увеличивается, если количество

бѣлка въ мочѣ не понижается, въ такомъ случаѣ кормленіе должно быть запрещено въ интересахъ матери.

Нѣкоторые утверждаютъ, что кормить ребенка тотчасъ послѣ рожденія вредно. Надо, правда, признать, что потребность въ пищѣ у ребенка вначалѣ ничтожна. Если бы дѣло обстояло иначе, было бы очень плохо, такъ какъ обильная выработка молока у повторнородящихъ наступаетъ лишь на 1-й, или 2-й день, а у первородящихъ— лишь спустя 3—4 дня послѣ родовъ. Однако, у хорошей кормилицы здоровый ребенокъ начинаетъ брать грудь тотчасъ послѣ рожденія, послѣ первой ванны, и ѣсть и перевариваетъ вполне удовлетворительно.

Выборъ кормилицы.

Самой лучшей замѣной материнскаго молока является молоко кормилицы. Собственно говоря, безнравственно лишать неповиннаго ребенка кормилицы того, что ему принадлежитъ по праву, и предоставлять это за деньги чужому ребенку. Съ другой стороны, было бы также жестоко предпочесть обречь ребенка гибели, чѣмъ согласиться снабжать его самымъ лучшимъ пищевымъ веществомъ, добровольно предлагаемымъ ему чужой матерью. И въ концѣ концовъ дѣло сводилось бы къ посягательству на свободу человѣка, если бы мы въ одномъ случаѣ запретили матери, лишенной возможности самой кормить ребенка, оплатить кормилицу, или, если бы мы, въ другомъ случаѣ, помѣшали кормилицѣ превратить въ статью дохода такую функцію своего организма, право распоряжаться которой всецѣло ей принадлежить.

Выборъ кормилицы вопросъ очень важный. Врачъ беретъ на себя чрезвычайно большую отвѣтственность, когда на него возлагается задача выбора, или изслѣдованія кормилицы. Въ случаѣ недостаточной увѣренности въ томъ, что кормилица здорова, слѣдуетъ лучше быть слишкомъ взыскательнымъ, чѣмъ слишкомъ снисходительнымъ.

Если заранѣе извѣстно, что понадобится кормилица, врачу слѣдуетъ еще до родовъ подыскать подходящую для этого особу. Въ поискахъ кормилицы лучше всего обратиться въ общественный родильный пріютъ. Здѣсь за намѣченной особой можно наблюдать еще во время беременности. Здѣсь съ нею и съ ея характеромъ можно знакомиться подчасъ втеченіе многихъ недѣль, ея умѣлость, ея физическія свойства, ея здоровье хорошо изучены и извѣстны. Сифилисъ, или гоноррея распознаны или исключены. Здѣсь кормилица не станетъ оказывать сопротивленія тщательному изслѣдованію. Точно такъ же развитіе ребенка находится подъ контролемъ съ перваго дня его жизни. Такимъ образомъ, болѣзненные состоянія матери, или ребенка, либо съ точностью устанавливаются, либо исключаются.

Если имѣется въ виду кормилица по рекомендаціи, лучше всего врачу самому отправиться невзначай къ ней на квартиру, съ цѣлью хорошо ознакомиться со всѣми относящимися къ данному случаю условіями и, главное, осмотрѣть ребенка. Неожиданно потому, что достаточно часто имѣютъ мѣсто случаи обмана, къ которому кормилицы пытаются прибѣгнуть, показывая, вмѣсто своихъ дѣтей, чужихъ, болѣе крѣпкихъ и постарше. Поэтому, необходимо вытребовать метрическое свидѣтельство ребенка, чтобы провѣрить, имѣемъ ли мы, дѣйствительно, дѣло съ матерью даннаго ребенка. Совершаемый обманъ нерѣдко заключается въ томъ, что кормилица, будучи уволена на 9-мъ, или 10-мъ мѣсяцѣ, поступаетъ на новое мѣсто и утверждаетъ, что она разрѣшилась всего 3—4 недѣли тому назадъ. Человѣкъ неопытный станетъ, конечно, восхищаться крупнымъ ребенкомъ кормилицы, въ надеждѣ на такой же успѣшный ростъ того ребенка, для котораго кормилица нанимается. Или же кормилица умышленно не даетъ груди своему ребенку втеченіе цѣлыхъ сутокъ, чтобы во время изслѣдованія при надавливаніи грудей обнаружилось большое количество молока.

Безусловно необходимо, чтобы кормилица соглашалась подвергнуть себя тщательному изслѣдованію. Если волосы поразительно рѣдки, если зубы и десны въ плохомъ состояніи, такъ что можно заподозрить слѣды ртутнаго леченія, герп. сифились, если обнаруживаются сердечные шумы, притупленія въ легкихъ, общій нездоровый видъ, обильныя гнойныя бѣли, увеличенныя паховыя, локтевыя и затылочныя железы, если ребенокъ слабо развитъ, то отъ подобной кормилицы слѣдуетъ отказаться, какъ бы много молока у нея ни было.

Худоба сама по себѣ не имѣетъ рѣшающаго значенія, такъ какъ часто эти женщины истощены отъ голода и при хорошемъ питаніи и благопріятныхъ условіяхъ вскорѣ принимаютъ очень здоровый видъ.

Если кормилица доставляется маклершей, то необходимо быть освѣдомленнымъ, или быть въ состояніи освѣдомиться относительно ея добросовѣстности и надежности. Однако, большое значеніе чужимъ отзывамъ придавать никогда не слѣдуетъ. Въ виду того, что врачъ одинъ несетъ всю эту крупную отвѣтственность, онъ долженъ самъ тщательно все обслѣдовать.

Самый главный вопросъ—это исключить сифились съ безусловной увѣренностью. Сколько несчастья внесено изъ-за него въ жизни цѣлыхъ семействъ! Мнѣ извѣстна печальная исторія одного товарища, у котораго сифилитичка-кормилица заразила ребенка, ребенокъ—мать, а мать—мужа. Послѣдній, спустя 3 года, былъ разбитъ параличемъ, ребенокъ умеръ, а мать сдѣлалась душевно-больной.

Не безусловно необходимо, чтобы ребенок кормилицы был ровесником вскармливяемаго ею ребенка. Разница въ 4—6 недѣль никакого вреднаго вліянія имѣть не можетъ. Начиная же съ 6-го, а въ особенности съ 8-го мѣсяца послѣ родовъ молоко обязательно становится болѣе водянистымъ и пріобрѣтаетъ худшія свойства. Въ такомъ случаѣ, приходится изслѣдовать молоко галактобутирометромъ, и—въ случаѣ надобности—добиваются получения болѣе жирнаго молока при помощи обильнаго подвоза богатой жиромъ пищи. Часто молоко кормилицы, наоборотъ, слишкомъ жирно, благодаря преувеличенно питательной пищѣ, даваемой кормилицѣ въ интересахъ ребенка. Въ такомъ случаѣ, если у ребенка наблюдается расстройство пищеваренія подъ вліяніемъ слишкомъ жирнаго молока, также легко достигнуть измѣненія качества молока при помощи менѣе обильной пищи; необходимо только предварительно выяснитъ производящую причину.

Если кормилица нанимается до рожденія ребенка, необходимо сразу позаботиться о томъ, чтобы и ея собственный ребенокъ былъ хорошо пристроенъ къ тому времени, когда начнется ея служба. Проволочка здѣсь не желательна, такъ какъ важно, чтобы кормилица охотно, со спокойнымъ сердцемъ, безъ заботъ о своемъ собственномъ ребенкѣ, приступила къ своимъ новымъ обязанностямъ. Было бы негуманно обречь ея ребенка на гибель. Это было бы вмѣстѣ съ тѣмъ неразумно, ибо кормилица сбѣжитъ если узнаетъ, что ея ребенокъ боленъ. Правда, иногда кормилицы бываютъ рады смерти своихъ дѣтей. По мѣрѣ возможности, желательно пристроить ребенка кормилицы подальше отъ матери, чтобы она не была въ состояніи часто его навѣщать и давать ему своего, разъ навсегда проданнаго, молока. Гуманно, мыслящій обязанъ заботиться также и о ребенкѣ кормилицы, и порядочные родители, за деньги лишившіе ребенка его естественной пищи, не замедлятъ исправить эту вину продолжительнымъ участливымъ къ нему отношеніемъ. На подобныя человѣческія обязанности домашній врачъ долженъ обращать вниманіе своихъ пациентовъ.

Прежде, чѣмъ передать ребенка кормилицѣ, ее надо заставить принять ванну и снабдить чистой одеждой. Груды слѣдуетъ обмыть мыломъ, а грудные соски—борнымъ растворомъ. Врачъ долженъ присутствовать при первомъ кормленіи и провѣрять въ первые дни, при помощи взвѣшиванія до и послѣ кормленія, получаетъ ли ребенокъ достаточно пищи, сколько граммовъ молока онъ выпиваетъ, далѣе, хорошо ли онъ развивается, спокоенъ ли, нарастаетъ ли его вѣсъ, каковъ составъ его испражнений и т. д.

Кормилица никоимъ образомъ не должна давать ребенку грудь, лежа въ постели; для этого она и ночью должна садиться на стулъ;

точно такъ же ей не слѣдуетъ произвольно кормить ребенка, а чрезъ правильные промежутки времени.

Принципально слѣдуетъ, если возможно, выбрать въ кормилицы повторнородящую. Последняя обладаетъ бѣльшимъ опытомъ въ обращеніи съ ребенкомъ; кромѣ того, у повторнородящей грудные соски болѣе плотны и, потому, лучше защищены противъ всякаго рода трещинъ и воспалительныхъ процессовъ.

На кормилицу должна быть возложена легкая работа; вообще же ея образъ жизни и питаніе должны соответствовать обычнымъ условіямъ ея существованія. На тяжелую работу не слѣдуетъ ее обрекать, во избѣжаніе кровотеченій или какихъ либо заболѣваній.

На 8-мъ мѣсяцѣ уже пора начать давать ребенку другую пищу, такъ какъ къ этому времени молоко пріобрѣтаетъ менѣе цѣнные свойства. Когда ребенокъ перестаетъ прибывать, или даже начинаетъ убывать въ вѣсѣ, наступаетъ настоящая необходимость отнять его отъ груди.

Искусственное вскармливание новорожденного.

Если мать не хочетъ, или не можетъ ни сама кормить ребенка, ни нанять для него кормилицу, приходится вскармливать ребенка коровимъ молокомъ. Коровье молоко слѣдуетъ приравнять къ женскому при помощи разбавленія и прибавленія молочнаго сахара, а при помощи кипяченія его освобождаютъ отъ опасныхъ для ребенка микроорганизмовъ. Взгляды относительно способовъ достиженія и того, и другого, сильно измѣнялись, т. е. совершенно различными путями старались этого добиться. И понынѣ еще разрабатываются новые методы; особенно расходятся взгляды относительно концентраціи молока.

Исходя изъ собственнаго опыта, я рекомендую съ бѣльшимъ довѣріемъ относиться къ методу Soxleth'a. Онъ основывается на томъ, чтобы все потребное на сутки количество молока стерилизовалось заразъ и по порціямъ сразу въ тѣхъ склянкахъ, изъ которыхъ ребенокъ будетъ его пить. Благодаря этому, упрощается, съ одной стороны, работа, а съ другой стороны—предотвращаются различныя загрязненія, легко возможныя во время размѣшиванія и переливанія молока.

Въ первыя недѣли молоко смѣшивается съ водой 1:2; затѣмъ доходятъ до смѣси 1:1, а съ 5-го мѣсяца пробуетъ давать цѣльное молоко. При точномъ контролѣ за испражненіями, въ послѣднихъ легко можно обнаружить непереваренный жиръ, а въ особенности бѣлый хлопьевидный казеинъ, какъ слѣдствіе слишкомъ быстрого и сильнаго увеличенія концентраціи молока. Какой смыслъ перегружать

кишечникъ дѣтей неперевариваемыми веществами? Съ другой стороны, многое зависитъ отъ качества молока, надъ которымъ мы уже мало властны, ибо приходится покупать то, что находится въ продажѣ. Наиболѣе удобоваримо и, вмѣстѣ съ тѣмъ, наиболѣе богато жиромъ молоко отъ коровъ, содержащихся на сухомъ корму. Содержаніе жира измѣнчиво, поэтому слѣдуетъ, не держась никогда схемы, каждый разъ точно свѣрять то, что дается ребенку, и то, что отдѣляется имъ въ испражненіяхъ.—Коровье молоко сильно отличается отъ женскаго молока. Казеинъ женскаго молока образуетъ нѣжные, взвѣшенные въ молокѣ, сгустки; казеинъ коровьяго молока свертывается крупными, твердыми, плотными комками. Главныя отличія лучше всего видны изъ слѣдующей таблицы:

	Казеинъ.	Другія угле- род.-содерж. вещества.	Жиры.	Соли.	Лецитинъ.	Нуклеинъ.
Женское молоко . .	0,9	0,6	3,05	0,19	0,18	0,13.
Коровье молоко . .	3,0	0,3	3,55	0,7	0,11	0,06.

Такимъ образомъ, чтобы приравнять коровье молоко къ женскому, необходимо посредствомъ разбавленія уменьшить въ 4 раза большое содержаніе казеина, а количество углеводовъ увеличивается при помощи прибавленія сахара. Фосфоръ въ органическихъ соединеніяхъ обильно представленъ въ женскомъ молокѣ въ видѣ лецитина и нуклеина.

Самымъ простымъ путемъ пользуется Soxleth въ своемъ предписаніи. Онъ прибавляетъ 30 г. молочнаго сахара къ 1000 г. разбавленнаго коровьяго молока.

Очень рекомендуется дѣтское молоко Baskhaus'a приготовленное по способу сливочной смѣси Biedert'a. Для удаленія казеина Biedert отдѣлилъ сливки отъ молока, разбавилъ 100 г. сливокъ 300-ми г. воды и прибавилъ 15 г. молочнаго сахара. Однако, неопытнымъ матерямъ трудно выполнять это предписаніе. Поэтому, Baskhaus ввелъ въ продажу этотъ молочный составъ въ готовомъ видѣ, простерилизованномъ въ склянкахъ. Онъ очень рекомендуется, также и молоко Gartner'a, тѣмъ болѣе, что даже несвѣдующіе сразу могутъ убѣдиться въ томъ, хорошо ли, молоко, или испорчено. Въ послѣднемъ случаѣ оно дастъ явные слѣды броженія, имѣетъ плохую окраску и разложившійся видъ.

Посредствомъ прибавленія сахара можно также регулировать пищевареніе; въ случаѣ запоровъ прибавляютъ больше сахара, при поносахъ—меньше. Если поносъ долго держится, прибавляютъ вмѣсто воды, очень жидкаго овсянаго отвара.

Резиновый сосокъ, насаживаемый на склянку предъ самымъ кормленіемъ, также долженъ быть простерилизованъ кипяченіемъ; не слѣ-

дуетъ касаться руками той его части, которая вставляется ребенку въ ротъ. Сосокъ не долженъ быть слишкомъ длиннымъ, ибо при засасываніи его можетъ получиться рвота; не долженъ быть и слишкомъ мягкимъ, ибо при надавливаніи на небо онъ можетъ спастись, и не слишкомъ короткимъ, ибо онъ можетъ выскользнуть изо рта. Отверстія должны быть малы; они прокалываются иглой. Мать должна наблюдать за ребенкомъ во все время его ѣды, чтобы—въ случаѣ надобности—то поднять, то выдвинуть, то вдвинуть рожокъ. Въ моей клиникѣ совершенно здоровый ребенокъ погибъ отъ того, что въ его легкія затекло молоко, такъ что всѣ бронхи оказались заполненными имъ.

Стерилизованное молоко слѣдуетъ держать въ прохладномъ мѣстѣ, въ лѣтнее время—лучше всего на льду.

Всѣ способы стерилизаціи не приспособлены для массоваго сбыта и, слѣдовательно, для массоваго производства. Отъ встряски во время перевозки молоко сбивается въ масло. Лучше всего матери самой заниматься всѣми этими приготовленіями. Въ противномъ случаѣ, легко могутъ вкраться ошибки, ибо трудно допустить у людей наемнаго труда то заботливое отношеніе, которое проявляется у матери тамъ, гдѣ затронуты интересы ребенка. Ребенку даютъ молоко нагрѣтое до 36° приблизительно; эта температура достигается погруженіемъ въ горячую воду и взбалтываніемъ.

Впослѣдствіи, когда фізіолого-химически имѣются на-лицо ферменты, переваривающіе крахмалъ, значить, начиная съ 5-го мѣсяца, очень полезны крахмаль-содержащіе суррогаты, вродѣ молочной муки Nestlé, дѣтскаго питательнаго продукта Rademann'a, благодаря которымъ я достигалъ очень хорошихъ результатовъ, Liebe-Liebig'овскій экстрактъ и т. д. Однако, при слишкомъ раннемъ или концентрированномъ примѣненіи этихъ веществъ пищевареніе часто настолько подрывается, что возвратъ къ кормленію грудью кормилицы является единственною возможностью спасти ребенку жизнь.

ДВѢНАДЦАТАЯ ГЛАВА.

Патологія беременности.

Нѣкоторыя явленія, которыя мы въ обыкновенное время считаемъ болѣзнью, встрѣчаясь у беременныхъ, рассматривается какъ слѣдствіе ея, но не какъ патологическій симптомъ. Однако, если эти явленія превышаютъ обычную, путемъ опыта установленную мѣру, если подъ влияніемъ ихъ нарушается благосостояніе, душевное и физическое само-

чувствіе, тогда беременная считаетъ себя больной и обращается къ врачебной помощи. Беременная страдаетъ и стремится къ исцѣленію, т. е., къ освобожденію отъ тягостныхъ ощущеній. Само собой ясно, что установить здѣсь точную границу между здоровымъ и болѣзненнымъ состояніемъ—труднѣе, чѣмъ гдѣ бы то ни было.

Большое значеніе имѣютъ при этомъ и индивидуальныя условія. Богатая, избалованная женщина, привыкшая за деньги себѣ доставлять все, требуетъ отъ врача устраненія малѣйшихъ своихъ страданій, ибо за это онъ, вѣдь, получаетъ плату. Такая женщина преувеличиваетъ свои страданія, она не хочетъ и не можетъ съ самообладаніемъ переносить непріятности. И наоборотъ, разумно воспитанная, терпѣливая женщина понимаетъ, что величайшее счастье женщины, стать матерью, не дается безъ жертвъ, страданій и мученій. Она не жалуется и спокойно, безропотно несетъ свою долю.

Пользующему врачу необходимо быть большимъ знатокомъ индивидуальности съ ея душевными свойствами и особенностями; изъ своего терапевтическаго инструмента онъ долженъ умѣть извлекать звуки такихъ разнообразныхъ оттѣнковъ, какъ ласка, строгость, утѣшеніе и т. д.

Патологія беременности раздѣлена на нѣсколько отдѣловъ; дѣленіе это скорѣе схематично, нежели соотвѣтствуетъ дѣйствительнымъ фактамъ; а именно—1) на заболѣванія, представляющія собой усиленіе физиологическихъ явленій, 2) на заболѣванія, являющіяся прямымъ слѣдствіемъ беременности и 3) на случайныя осложненія.

Однако, здѣсь существуетъ множество переходовъ. Для того, чтобы строго держаться какого либо подраздѣленія, приходится разъединять многія относящіяся другъ къ другу явленія; поэтому я предпочитаю послѣдовательное, хотя и безъ видимаго порядка, описаніе и объясненіе наблюдаемыхъ и болѣзненныхъ состояній.

Органы пищеваренія.

Все вышеизложенное относится больше всего къ такъ называемой рвотѣ беременныхъ. При беременности, какъ и внѣ ея рвота можетъ зависѣть отъ множества причинъ, начиная съ скоропроходящей тошноты и рвоты вслѣдствіе переполненія желудка и кончая рвотой, какъ въ высшей степени угрожающимъ симптомомъ уреміи и мозговыхъ заболѣваній.

Всѣ попытки отнести рвоту беременныхъ къ какой нибо определенной этиологической причинѣ оказываются тщетными. Легко можно себѣ представить, что истеричная, слабовольная, бездѣятельная женщина, мысли которой не заняты и не отвлечены сознаниемъ налично-

сти извѣстныхъ обязанностей, легче поддается ощущенію тошноты и позывамъ къ рвотѣ, нежели душевно здоровая, крѣпкая женщина. Существуютъ, вѣдь, женщины, которыя предпочитаютъ быть больными, чѣмъ здоровыми, потому что онѣ любятъ быть предметомъ сожалѣнія и считаютъ свои страданія очень интересными.

А въ тѣхъ случаяхъ, когда наступленіе беременности встрѣчается съ большимъ недовольствомъ, все сказанное еще въ большей мѣрѣ способствуетъ тому, чтобы беременная считала свое положеніе прямо невыносимымъ.

Исхуданіе приводится нѣкоторыми, какъ критерій тяжести случая при рвотѣ беременныхъ. Естественно, что беременная, не принимая никакой пищи и многое отдавая рвотными массаами, должна худѣть. Однако, среди моихъ наблюденій имѣются случаи чрезвычайнаго исхуданія, которые должны быть отнесены безусловно не на счетъ злокачественной рвоты (*Hyperegemesis perniciosa*), а на счетъ истеріи. Беременная оказывала отпоръ всякому леченію, желая добиться прекращенія беременности, и, дѣйствительно потеряла 30 фунтовъ втеченіе 4 недѣль. И лишь когда ей было рѣшительно объявлено, что беременность безусловно не пріостановится, удалось ее уговорить стараться и дать побороть рвоту. Тогда она оправилась и донесла плодъ до конца.

Однако, бывають и такіе случаи, когда беременность является очень желанной, когда рвота къ отчаянію беременной достигаетъ такихъ размѣровъ, что врачу приходится прибѣгать ко всѣмъ употребительнымъ терапевтическимъ пріемамъ и, въ концѣ концовъ, предвидѣть приближеніе смерти, если не будетъ устранена единственная причина рвоты, беременность.

Въ подобныхъ случаяхъ принять надлежащія мѣры, не дѣйствовать поспѣшно и, вмѣстѣ съ тѣмъ, не уклониться отъ спасенія человѣческой жизни—дѣло, конечно, очень трудное.

При той формѣ неукротимой рвоты, которая справедливо названа злокачественной рвотой беременныхъ, наблюдается постоянная тошнота, какъ при полномъ, такъ и пустомъ желудкѣ. Имѣются постоянныя ужасныя, судорожныя, лишающія всякаго покоя, тошнотныя движенія, какъ это наблюдается у морфинистокъ во время насильственнаго воздержанія отъ морфія. Всякая пища и, въ концѣ концовъ, одинъ лишь желудочный сокъ съ желчью непрерывно извергаются рвотой. Языкъ и ротъ сухи. Отдѣляется очень мало сильно-концентрированной, иногда содержащей желчь, мочи. Запоры могутъ держаться цѣлыми недѣлями. Наконецъ, разстраивается чувствилище, наступаетъ лихорадка, чередующаяся съ субнормальной температурой, и дѣло кончается смертью отъ истощенія. Я наблюдалъ *sub finem vitae* нѣсколько

такихъ случаевъ, въ которыхъ я могъ установить лишь неблагоприятный прогнозъ.

Подобные случаи слѣдуетъ объяснить себѣ тѣмъ, что рефлексъ вслѣдствіе расширенія матки, вызывающій обычно лишь типичную форму *Vomitus matutinu*, здѣсь настолько силенъ, что обуславливаетъ собою постоянную рвоту чрезвычайно бурнаго характера. Подобные случаи очень рѣдки; однако, ихъ нельзя отрицать. Неукротимая рвота беременныхъ или *Vomitus perniciosus*, дѣйствительно имѣется на-лицо въ видѣ типичной клинической картины.

При пользованіи подобныхъ больныхъ раньше всего слѣдуетъ имѣть въ виду психическій моментъ. Серьезныя увѣщеванія и простыя діететическія мѣры оказываютъ хорошее дѣйствіе во многихъ случаяхъ довольно сильной рвоты. слѣдуетъ упорядочить въ гигиеническомъ отношеніи весь образъ жизни больной. Надо слѣдить за отравленіями кишечника, ибо подобные случаи подчасъ навѣрняка обуславливаются копростазомъ или аутоинтоксикаціей продуктами обмѣна. Утренній завтракъ больная должна получать въ постели. Если и въ послѣднемъ случаѣ наблюдается рвота при вставаніи, слѣдуетъ заставить больную оставаться въ постели втеченіе недѣли или даже больше, кладутъ При-сницевскіе компрессы на область живота, чрезъ каждые 2 часа даютъ немного не раздражающей пищи, напр., холоднаго, какъ ледъ, молока. Изъ лекарственныхъ средствъ у меня примѣнялся съ успѣхомъ *Cocain 0,05 Kalii bromati, 5,0* на 200,0 воды, 2—4 раза въ день по столовой ложкѣ. *Corrigens* не рекомендуется, въ виду того, что пахучія вещества, какъ, напр., *Aqua Menthae* легко сами собою могутъ вызвать рвоту.

Часто превосходно дѣйствуютъ питательныя клизмы, причемъ главный успѣхъ приходится здѣсь на долю вводимой воды, ибо такія больныя внутренно, такъ сказать, обезвожены. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ я наблюдалъ, что втеченіе сутокъ изъ кишечника всасывалось такимъ образомъ до 2-хъ, даже до 3-хъ литровъ воды. При плохомъ пульсѣ къ водѣ прибавляютъ немного алкоголя—столовую ложку коньяку на $\frac{1}{2}$ литра воды. При этомъ желудокъ оставляется совершенно въ покоѣ на цѣлыя сутки, что также оказывается не безуспѣшнымъ. Продолжительныя горячія ванны также хорошо дѣйствуютъ, особенно на хлоротичекъ, температура которыхъ держится постоянно ниже 36°.

При сердечной слабости, при сухости кожи и языка я неоднократно съ успѣхомъ примѣнялъ подкожныя впрыскиванія воды въ боковую поверхность груди и въ бедро.

Огромную роль играетъ сила внушенія. Такъ, несомнѣнно лишь путемъ внушенія дѣйствуютъ прижиганіе влагалищной части, расширеніе канала шейки по *Sorapan'u*, изслѣдованіе подъ наркозомъ.

Затруднительно рѣшеніе вопроса, слѣдуетъ ли произвести выкидышъ, и когда. Я не допускаю, чтобы всегда можно было безъ него обойтись. Я указываю на то обстоятельство, что за 30 лѣтъ мнѣ лишь 6 разъ пришлось его произвести, или, что все равно, посовѣтовать его произвести, изъ чего легко можно заключить, насколько рѣдко представляется необходимость подобнаго врачебнаго вмѣшательства. Интереснымъ представляется мнѣ тотъ фактъ, что въ двухъ случаяхъ наблюдалось прекращеніе рвоты тотчасъ послѣ прокола пузыря *vesp.* выпусканія водъ. Дѣйствовало ли здѣсь одно внушеніе, или же, благодаря уменьшенію матки, устраненъ былъ рефлексъ отъ расширенія матки? Я не берусь рѣшить этотъ вопросъ!

Рѣшившись произвести искусственный выкидышъ, врачъ долженъ консультировать, по крайней мѣрѣ, еще съ однимъ врачомъ, составить протоколъ, дать подписать его товарищу своему, мужу больной и самой больной и, если возможно, произвести самый выкидышъ въ какой либо общественной больницѣ, чтобы была исключена и тѣнь подозрѣнія на преступленіе противъ жизни плода.

Искусственный выкидышъ втеченіе первыхъ 2 или 3 мѣсяцевъ далеко не такая легкая операція, какъ ее описываютъ въ книгахъ и какъ смотрятъ на нее въ публикѣ. Такъ, у первородящей при узости маточнаго зѣва быстрое наступленіе аборта не достигается при помощи простаго прокола пузыря. При этомъ можетъ даже произойти заживленіе травмы плоднаго пузыря, можетъ вновь образоваться околоплодная жидкость, и беременность можетъ продолжаться. Я имѣлъ 2 такихъ случая.

Безконечное множество судебно-медицинскихъ случаевъ смерти или тяжкихъ заболѣваній беременныхъ отъ зараженія *vesp.* прободенія матки, какъ слѣдствія неумѣло произведеннаго искусственнаго выкидыша, лучше всего указываетъ на то, что это врачебное вмѣшательство отнюдь не изъ легкихъ и безопасныхъ.

Лучшій методъ слѣдующій. При соблюденіи антисептическихъ мѣръ предосторожности въ цервикальный каналъ вводятъ палочку ляминарии. Черезъ 24 часа ее удаляютъ и, послѣ обильнаго промыванія дезинфицирующимъ растворомъ, вставляется вторая, болѣе толстая. По удаленіи послѣдней, выпускаютъ околоплодную жидкость при помощи прокола яйцевыхъ оболочекъ. Пустое пространство, образовавшееся въ маткѣ, *vesp.* въ полости яйца, по возможности плотно тампонируется полосками іодоформенной марли, смоченными ихтиоловымъ глицериномъ. Благодаря этому, происходитъ смерть плода, которая сказывается большею частью умѣреннымъ повышеніемъ температуры до 39°. Тогда наступаютъ схватки; для усиленія ихъ примѣняются горячія сприн-

цеванія и обильная дача спорыньи, 3—4 г., или эрготина, 0,2—0,3. Часто во время схватокъ, яйцо самопроизвольно выталкивается во влагалище.

Если послѣднее не имѣеть мѣста, тогда безъ труда, при болѣе, или менѣе значительномъ кровоточеніи, удаляютъ отслоившееся яйцо при помощи абортнаго корнцанга или большой ложечки для выскабливанія; лучше всего сдѣлать это подъ хлороформнымъ наркозомъ и самое раннее на 4-й день.

Если приступить къ этому раньше, къ тому времени, когда плацента и яйцевыя оболочки еще крѣпко сидятъ, легко можетъ наступить обильное кровоточеніе, такъ что лишь при большемъ напряженіи, и то съ трудомъ, удаётся удалить цѣликомъ все яйцо.

Если же обождать повышенія температуры, плотно затампонировать влагалище въ случаѣ кровоточенія и удалить яйцо лишь на 5-й или 6-й день, то все совершается безъ всякаго труда и при ничтожномъ кровоточеніи. При помощи ложечки для выскабливанія, безъ всякаго усилія извлекаютъ яйцо и отпадающія оболочки и затѣмъ промываютъ матку. Послѣдняя, будучи совершенно опорожнена, перестаётъ кровоточить. Если же она плохо сокращается и сильно кровоточить при удаленіи яйца, то слѣдуетъ затампонировать ея полость. При безлихорадочномъ состояніи тампонъ остается 3—4 дня. Если же наступаетъ лихорадка, слѣдуетъ удалить тампонъ, промыть матку, прекратить дачу спорыньи и только тогда позволить больной оставить постель, когда кровоточенія совершенно пріостановятся.

Я самымъ настоятельнымъ образомъ предостерегаю отъ поспѣшности. Мнѣ не разъ приходилось наблюдать, какъ врачъ собирался все окончить послѣ перваго же расширенія при помощи палочки ляминарии и даже послѣ расширенія при помощи расширителей. Наступали угрожавшія жизни кровоточенія, приходилось прервать операцію и по возможности скорѣе затампонировать матку и влагалище, чтобы предотвратить смерть отъ кровоточенія. Разорванное яйцо частью оставалось въ маткѣ. И даже смертные случаи пришлось мнѣ наблюдать при этомъ. Всѣхъ этихъ опасностей можно избѣгнуть, если слѣдовать вышеописаннымъ выжидательнымъ и осторожнымъ приемамъ. И въ особенности не слѣдуетъ пугаться въ случаѣ наступленія повышенной температуры; оно является скорѣе благопріятнымъ признакомъ, свидѣтельствующимъ о томъ, что отслойка яйца имѣется налицо.

Не слѣдуетъ забывать, что рвота можетъ служить также симптомомъ заболѣваній мозга. Я наблюдалъ такой случай, когда больная потеряла 40 Kilo и погибла. При вскрытіи былъ обнаруженъ мозговой абсцессъ. Часто открываются также рубцевыя суженія привратника (pylorus'a), какъ слѣдствіе язвъ желудка. Однако, относительно послѣдняго случая можно установить распознаваніе при помощи изслѣдованія

желудка, гесп. опредѣленія содержимаго его, отсутствія въ немъ соляной кислоты.

Количество слюны во время беременности увеличивается. Здѣсь наблюдаются различныя соотношенія. Такъ, у нѣкоторыхъ женщинъ выдѣленіе слюны усиливается во время полового возбужденія и менструаціи. Во время беременности слюнотеченіе часто такое же сильное, какое наблюдается подъ вліяніемъ подкожнаго впрыскиванія пилокарпина. При этомъ слизистая оболочка рта обыкновенно не гиперэмирована. Слюнотеченіе—явленіе преходящее и длится не болѣе 2—3 недѣль. Вяжущія полосканія оказываются бесполезными. У меня получались успѣшныя результаты при примѣненіи іодистаго калия, бромистыхъ препаратовъ, *Liquor ferri sesquichlorati* (2 капли на 1 стаканъ воды, по чайной ложкѣ черезъ часъ) и, главнымъ образомъ, гальванизации симпатическаго нерва. Излечиваютъ ли средства эти, или время—я не знаю. Во всякомъ случаѣ, слюнотеченіе продолжалось не болѣе 2—3 недѣль.

Чаще наблюдается не слюнотеченіе въ собственномъ смыслѣ, а усиленное выдѣленіе слюны въ связи съ повышенной кислотностью желудочнаго сока; противъ послѣдней лучшимъ средствомъ является *Magnesia usta*. При этомъ, слѣдуетъ, однако, примѣнять не слабыя дозы, а настолько сильныя, чтобы, дѣйствительно, нейтрализовать содержимое желудка, для чего часто требуются 3—4 полныхъ чайныхъ ложки. Слабыя же дозы какъ разъ вызываютъ выработку кислоты.

Нерѣдко приходится имѣть дѣло съ процессами броженія вслѣдствіе плохой двигательной способности желудка. Пища остается, какъ при суженіи привратника, слишкомъ долго въ желудкѣ, и имѣется не слишкомъ большое, и, наоборотъ, слишкомъ малое количество соляной кислоты, скорѣе наблюдается маслянокислое и молочнокислое броженіе. Въ такомъ случаѣ креозотъ оказываетъ хорошія услуги. Его можно прописывать въ видѣ пилюль съ *tris rapis*, или же лучше въ капсуляхъ изъ толутанскаго бальзама, какъ это примѣнялось прежде при чахоткѣ.

Леченіе при *Hyperaciditas* лучше всего терапевтически-пробное, ибо повторное выкачиваніе желудочнаго содержимаго послѣ пробныхъ завтраковъ можетъ привести къ выкидышу, особенно при сильномъ сопротивленіи, спазматическихъ явленіяхъ и рвотныхъ движеніяхъ. Диагнозъ, поскольку онъ необходимъ для цѣлесообразной терапіи, можно поставить на основаніи данныхъ наблюденія за дѣйствіемъ примѣняемыхъ лекарственныхъ веществъ.

Съ *Magnesia usta* приходится, впрочемъ, быть осторожнымъ. Я наблюдалъ одинъ случай крайне болѣзненнаго отхожденія большихъ твердыхъ камней магнезіи спустя много недѣль послѣ ея употребленія.

Относительно пользованія запоровъ беременныхъ все необходимое изложено на стр. 165.

Во время беременности наблюдаются также случаи непроходимости кишекъ (Ileus); они протекають очень неблагоприятно. Если не сдѣлать операциі, то при помощи одной терапіи можно достигнуть очень малаго. Если сдѣлать операцию, то предсказаніе неблагоприятное, въ виду того, что растянутый кишечникъ и беременная матка сильно повреждаются во время оперированія.

Въ угрожавшихъ жизни случаяхъ я неоднократно добивался успѣха и искусственнымъ прекращеніемъ беременности. Остановиться на этой мѣрѣ приходится еще потому, что впослѣдствіи плодъ все равно погибнетъ. Если успѣшные результаты не получатся, если нормальныя отправленія кишечника не возстаноятся, тогда можно произвести чревосѣченіе, послѣ предварительнаго опорожненія кишечника, уже при болѣе благоприятныхъ обстоятельствахъ, такъ какъ осмотръ будетъ легче и пространство въ полости живота больше.

Операциі надъ червообразнымъ отросткомъ также съ успѣхомъ производились во время беременности.

Органы мочеотдѣленія.

Уже при описаніи фізіологическихъ симптомовъ беременности было упомянуто, что беременныя ощущають частые позывы къ мочеиспусканію, и что напоръ мочи скорѣе долженъ быть отнесенъ на счетъ гипереміи мочевого пузыря, чѣмъ на счетъ давленія со стороны матки.

Противъ этихъ учащенныхъ позывовъ къ мочеиспусканію слѣдуетъ сначала бороться при помощи слабыхъ дозъ морфія и экстракта белладонны, напр., Morphii, Extracti Belladonnae ana 0,05 на 15 g. воды, черезъ 2 часа по 10 кап., или при помощи суппозиторіевъ изъ 2 g. масла какао съ морфіемъ и экстрактомъ белладонны ana 0,015.

Однако, всегда слѣдуетъ центрифугировать мочу и подвергать ее тщательному изслѣдованію. При усиленномъ образованіи кислоты въ желудкѣ и при приѣмѣ большого количества кислой пищи, кислотность мочи повышается. Въ такомъ случаѣ примѣняются щелочныя воды и добавляется, если есть надобность, салициловый натръ: на одинъ стаканъ, въ 200 g., Fachinger, Vichy или Selterser Brunnen—0,5 Natrum salicylicum, пить 2—3 раза въ день. Если моча щелочная, съ сильнымъ запахомъ и содержитъ bacterium coli, назначаютъ камфорную кислоту 2—3 раза въ день. Кодеинъ, не вызывающій такихъ запоровъ, какъ морфія, можетъ быть прибавленъ въ двойной, противъ морфія, дозѣ.

Если моча содержитъ гной, необходимо назначить спринцеванія, resp. промыванія мочевого пузыря, ибо само собой понятно, что дѣйствіе лекарственнаго вещества должно быть направлено непосредственно на слизистую пузыря, а не по длинному пути чрезъ желудокъ и кровообращеніе. Лучше всего примѣнять спринцеванія изъ теплаго 3% борнаго раствора, затѣмъ изъ раствора азотнокислаго серебра 1:1000. Часто сразу проходитъ катарръ слизистой оболочки пузыря, а также позывъ къ мочеиспусканію. Однако, они вскорѣ могутъ снова наступить, такъ что втеченіе всей беременности, отъ времени до времени, слѣдуетъ возвращаться къ промыванію пузыря.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ слѣдуетъ также тщательно изслѣдовать влагалище и его секретъ. Набуханіе влагалища часто настолько значительно, что выступъ мочеиспускательнаго канала, даже у первично-беременныхъ, оттѣсняется внизъ и сильно раздражается грязью одежды и наружныхъ половыхъ частей. Развивающійся такимъ образомъ уретритъ образуетъ переходъ къ циститу.

Такихъ больныхъ пользуютъ троякимъ образомъ: спринцеваніями влагалища, компрессами (примочками на vulva) и впрыскиваніями въ мочеиспускательный каналъ.

Спринцеванія влагалища во время беременности, будучи правильно выполнены, вреда не приносятъ. Температура воды должна быть 37—38°. Ирригаторъ слѣдуетъ приподымать лишь настолько, чтобы получился свободный стокъ воды, и въ качествѣ дезинфицирующей примѣси не слѣдуетъ примѣнять ни вяжущихъ, ни ядовитыхъ, ни прижигающихъ веществъ. Поэтому, лучше всего остановиться на борной кислотѣ и марганцево-кисломъ калии. Изъ раствора одного изъ веществъ дѣлаютъ компрессы на vulva и, для уменьшенія давленія матки, resp. головки, оставляютъ беременную на нѣсколько дней въ постели, въ боковомъ положеніи, при которомъ головка нѣсколько отдалается отъ таза.

Если мочеиспускательный каналъ чувствителенъ и если изъ него выдавливается гной при проведеніи пальцемъ сверху внизъ, то кокаини-



45

Наконечникъ для мочеиспускательнаго канала.

зируютъ уретру при помощи моего наконечника, насаживаемаго на шприць Праваца, и затѣмъ прижигаютъ растворомъ серебра 1:100. При осторожности и заботливомъ отношеніи къ больному можно выполнить это совершенно безболѣзненно.

На воспаленіе мочевого пузыря во время беременности (*Cystitis in graviditate*) не слѣдуетъ смотрѣть, какъ на нѣчто безразличное, и необходимо всегда имѣть въ виду, что можетъ развиться *Pyelonephritis*. Какъ разъ во время беременности слѣдуетъ этого опасаться больше, чѣмъ когда либо. Подобный случай становится въ отношеніи предсказанія серьезнымъ, ибо можетъ присоединиться двустороннее, рѣже одностороннее образованіе множественныхъ абсцессовъ почки.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ усиленные позывы къ мочеиспусканію носятъ чисто нервный характеръ. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда моча всегда совершенно прозрачна, когда всякія другія явленія отсутствуютъ и, тѣмъ не менѣе, усиленные позывы сильно беспокоятъ больную, приходится діагносцировать ничто иное, какъ *irritable bladder*, т. е. раздражительность мочевого пузыря.

Въ этихъ случаяхъ также примѣняются часто вливанія [раствора серебра, въ особенности, если цистоскопией обнаруживаются частичныя гипереміи, напр., въ области *Trigoni Lieutaudii*. Въ одномъ случаѣ, въ которомъ въ слизистой оболочкѣ мочевого пузыря, въ области верхняго входнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, имѣлись расширенные сосуды, я съ успѣхомъ примѣнялъ постоянныя влагалищныя спринцеванія, причемъ вода была постепенно доведена до 8°.

Гемоглобинурія, липурія, хилурія, пептонурія, легкія формы діабета въ рѣдкихъ случаяхъ также наблюдаются во время беременности.

Усиленные позывы къ мочеиспусканію могутъ также дойти до степени недержанія мочи, въ особенности при *Cystocele*, или же, по крайней мѣрѣ, моча вытекаетъ произвольно во время чиханія, кашля. Если это произвольное мочеиспусканіе сильно беспокоитъ больную, ничто не мѣшаетъ сдѣлать нѣсколько впрыскиваній парафина въ параретральную клѣтчатку по способу *Gersuny*.

Почка беременныхъ.

Въ виду того, что количество крови во время беременности увеличивается, задача, возлагаемая на почки, возрастаетъ. Имъ приходится, кромѣ того, выводить продукты обратнаго обмѣна веществъ не только матери, но и плода. Въ отношеніи этой усложненной задачи почки могутъ оказаться недостаточными; кромѣ того онѣ могутъ еще подлежать различнымъ токсическимъ влияніямъ. Такимъ образомъ объясняется заболѣваніе почекъ во время беременности, и выздоровленіе тотчасъ же послѣ окончанія беременности, случись оно срочно или преждевременно.

Послѣднее обстоятельство болѣе всего доказываетъ болѣзнетворное влияніе беременности на почки.

Это заболѣваніе почки, какъ слѣдствіе беременности, Leyden назвалъ «почкой беременныхъ». Распознать «почку беременныхъ» подчасъ удается лишь по тому обстоятельству, что альбуминурия исчезаетъ по прекращеніи беременности. Если данныя анамнеза недостаточно ясны и наблюденія недостаточно полны, почку беременности не всегда возможно отличить, отъ обыкновеннаго нефрита. Для діагноза, поэтому, необходимо, чтобы до наступленія беременности почки были совершенно здоровы, чтобы альбуминурия установилась лишь ко второй половинѣ беременности, чтобы заболѣваніе не носило опаснаго характера и чтобы оно самопроизвольно миновало послѣ родовъ. Составъ мочи самъ по себѣ рѣшающаго значенія не имѣетъ, такъ какъ форменные элементы, въ особенности цилиндры, встрѣчаются при всѣхъ формахъ нефрита. Красныя кровяныя тѣльца большей частью совершенно отсутствуютъ при почкѣ беременныхъ.

Итакъ, если у беременной наблюдаются альбуминурия и отеки, возможны три случая. Либо рѣчь идетъ о почкѣ беременности, либо мы имѣемъ дѣло съ нефритомъ, существовавшимъ до беременности, либо съ нефритомъ, который случайно, въ видѣ осложненія, присоединился къ беременности.

Я втеченіе многихъ лѣтъ обращалъ вниманіе на то, не развивается ли почка беременныхъ преимущественно въ тѣхъ случаяхъ, когда въ юности имѣлся скарлатинозный нефритъ, resp. скарлатина, т. е., когда, часть почечной ткани могла остаться неспособной функционировать, однако никакихъ точныхъ наблюденій въ этомъ направленіи мнѣ не удалось сдѣлать. То обстоятельство, что послѣ удаленія одной почки, беременность можетъ, согласно моимъ повторнымъ наблюденіямъ, протекать безъ всякихъ разстройствъ, говоритъ противъ того, что простыя механическія условія — слишкомъ малая величина фильтраціоннаго аппарата — являются причиной почки беременныхъ.

Если нефритичка забеременѣваетъ, почечное страданіе, обыкновенно, ухудшается. Отеки достигаютъ очень большихъ размѣровъ. Vulva настолько набухаетъ, что больная должна лежать съ широко разставленными ногами, точно такъ же и ноги становятся непомѣрно толстыми, въ особенности, если беременная не бережетъ себя или не можетъ себя беречь. Образуются плевритическіе выпоты, водянка околосердечной сумки и водной оболочки (Hydropericardium и Hydranium) которые ведутъ къ синюхѣ вслѣдствіе недостаточнаго дыханія, даже къ отеку легкихъ и смерти отъ задушенія.

Плодь погибаетъ вслѣдствіе недостаточнаго подвоза кислорода. Часто я втеченіе цѣлыхъ дней медлилъ съ проколомъ пузыря на 8-мъ мѣсяцѣ, чтобы спасти ребенка. Внезапно наступали потуги и плодь

изгонялся мертвымъ. Или же насыщеніе материнской крови угольной кислотой обусловливало преждевременное наступленіе потугъ, и ребенокъ рождался живымъ. Опорожненіе матки всегда, по крайней мѣрѣ на короткое время, оказываетъ хорошее вліяніе, такъ какъ дыханіе становится менѣе затрудненнымъ и сердце нѣсколько оправляется. Кому часто приходилось это наблюдать, тотъ легче рѣшится на прекращеніе беременности при сильно угрожающихъ явленіяхъ.

Однако какъ разъ тамъ, гдѣ организмъ приспособился втеченіе цѣлыхъ мѣсяцевъ къ всасыванію составныхъ частей мочи, эклампсія, обыкновенно, не наступаетъ.

Смерть плода и преждевременное прекращеніе беременности часто являются также слѣдствіемъ специфическаго заболѣванія послѣда. Fehling указалъ, что именно при нефритѣ въ послѣдѣ образуется множество бѣлыхъ инфарктовъ, что нарушенное, такимъ образомъ, плацентарное кровообращеніе ведетъ къ смерти плода, отслойкѣ послѣда и прерыванію беременности.

Не находившіе себѣ раньше объясненія случаи, когда къ концу беременности послѣдъ отдѣлялся отъ подлежащей ткани, вслѣдствіе большихъ ретроплацентарныхъ кровоизліяній, «отслойка послѣда при прикрѣпленіи ея на нормальномъ мѣстѣ», объясняются именно такимъ образомъ.

Заболѣваніе отпадающей оболочки и послѣда на почвѣ нефрита можетъ вести къ смерти плода въ любой періодъ беременности. Случается также, что беременность прямымъ образомъ не прерывается, но что обмѣнъ веществъ между плодомъ и матерью значительно нарушается, такъ что ребенокъ задерживается въ своемъ развитіи и рождается, хотя живымъ, но маленькимъ и съ признаками атрофіи.

Тяжело протекаютъ также и тѣ случаи, въ которыхъ острый нефритъ наступаетъ во время беременности. Быстро наступившія измѣненія въ отпавленіи почекъ ведутъ къ быстро развивающейся токсэмии (отравленію крови) и отсюда къ тяжкимъ симптомамъ уреміи: лихорадкѣ, амврозу (полной слѣпотѣ), воспаленію сѣтчатки, рвотѣ альбуминуриі, гематуриі, болямъ въ почечной области, уремической интоксикаціи, головнымъ болямъ, комѣ, эклампсіи.

Я видѣлъ также случаи множественныхъ абсцессовъ, подъ вліяніемъ которыхъ размѣры почекъ увеличились втрое. Тогда же наблюдалась очень высокая температура и сильная болѣзненность почки, которая ясно прощупывалась въ видѣ опухоли. Въ одномъ случаѣ, въ виду типичной гнойной лихорадки, я предположилъ паранефритическій абсцессъ и съ успѣхомъ удалилъ нагноившуюся почку. Пузырь, при этомъ, оказался совершенно здоровымъ, такъ что вторженіе болѣз-

нетворныхъ микробовъ произошло, вѣроятно, со стороны кровообращенія.

Врачъ, имѣющій дѣло со случаемъ нефрита во время беременности, сначала едва-ли будетъ въ состояніи дифференцировать возможные три формы. Тѣмъ не менѣе онъ будетъ имѣть возможность, исходя изъ индивидуальныхъ особенностей даннаго единичнаго случая, составить себѣ опредѣленный планъ леченія.

Всякій разъ, когда приходится заподозрить нефритъ, какъ напр., при отекахъ, необходимо изслѣдовать мочу не однократно, а ежедневно втеченіе цѣлой недѣли. И не только поверхностно и качественно на бѣлокъ, но и количественно, чтобы имѣть предъ глазами отчетливую картину относительно постоянства количественнаго содержанія бѣлка, его наростанія, или убыванія, а также для того, чтобы прослѣдить вліяніе проводимаго леченія. Само собой понятно, что ежедневныя точныя микроскопическія изслѣдованія также необходимы.

Всякая беременная, у которой наблюдается альбуминурія должна долгое время оставаться въ постели, даже если она себя хорошо чувствуетъ. Я часто наблюдалъ, что подъ вліяніемъ одного только покойнаго лежанія въ постели, количество бѣлка въ мочѣ быстро уменьшалось и исчезало. Беременные, являвшіяся въ клинику съ огромными отеками, освобождались отъ всѣхъ угрожающихъ симптомовъ, благодаря одному лишь лежанію въ постели.

Далѣе, слѣдуетъ со всей строгостью проводить молочную діету. При скоромъ пульсѣ примѣняютъ наперстянку — самое лучшее мочегонное — и достигаютъ какъ усиленія сердечной дѣятельности, такъ и болѣе обильнаго мочеотдѣленія. Мясо, всякая тяжелая пища, алкоголь, кофе и т. п. должны быть запрещены. Далѣе, превосходное дѣйствіе оказываютъ продолжительныя теплыя ванны. При помощи этихъ трехъ средствъ: покоя, молока и ваннъ достигаются наибольшіе результаты. Послѣ ванны стараются вызвать усиленное потоотдѣленіе при помощи укутываній всего тѣла. Послѣднее иногда очень легко удается.

Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ очень трудно добиться усиленія потоотдѣленія. Самымъ опрятнымъ и дѣйствительнымъ приемомъ является примѣненіе электрической постели для потѣнія (электрическаго трансспира) — проволочнаго матраца, нагрѣтаго электрическимъ токомъ, на который кладутъ беременную — и вставленіе постельной доски, снабженной электрическими лампочками. Въ виду того, что то и другое доступно лишь въ больницахъ, resp. при наличности электрической энергіи, въ частной практикѣ приходится обходиться съ помощью однихъ обертываній.

Если, наряду съ уменьшеніемъ отековъ, количество мочи увеличивается, и не имѣется никакихъ угрожающихъ симптомовъ, если содержаніе бѣлка въ мочѣ также понижается, если предсказаніе, такимъ образомъ, улучшается, въ такомъ случаѣ можно пользоваться больную вышеописаннымъ образомъ, въ надеждѣ сохранить ребенка. Выше было уже упомянуто, что именно въ этихъ случаяхъ, болѣе хроническаго характера, меньше приходится опасаться эклампсіи.

Если же дыханіе ухудшается вслѣдствіе водяночныхъ выпотовъ въ полость окологердечной сумки, плевры, или водной оболочки, если наступаетъ сердечная слабость, одышка, въ особенности сильная синюха, то было бы жестоко относительно матери слишкомъ долго медлить съ выпусканіемъ околоплодной жидкости изъ боязни прервать беременность. Медлительность здѣсь безцѣльна, такъ какъ ребенокъ все-таки погибаетъ вслѣдствіе сильнаго ціаноза матери, герп. отравленія угольной кислотой. Одно выпусканіе околоплодной жидкости настолько улучшаетъ состояніе больной, что она можетъ сносно дышать и, какъ-бы освободившись отъ всѣхъ страданій, вскорѣ начинаетъ себя хорошо чувствовать.

Послѣ выпусканія околоплодной жидкости мочеотдѣленіе быстро повышается. Улучшеніе дыханія и наростаніе силы сердечной дѣятельности способствуютъ быстрому выведенію большихъ количествъ мочи. До 8-го мѣсяца ребенокъ, конечно, потерянъ, но въ данномъ случаѣ рѣчи идетъ не о томъ, спасти ли мать, или ребенка, а о томъ, обречь ли на гибель и мать, и ребенка, или же принести въ жертву только ребенка, и безъ того находящагося въ большой опасности. Во многихъ случаяхъ выручаетъ сама vis medicatrix naturae, ибо роды наступаютъ самопроизвольно, на высотѣ угрожающихъ явленій.

Во время послѣродового періода также слѣдуетъ самымъ тщательнымъ образомъ изслѣдовать мочу, чтобы имѣть точку опоры для терапіи и, въ особенности, для діеты.

Паранефритическіе абсцессы, протекающіе съ высокой лихорадкой, съ трудомъ поддаются распознаванію. Самымъ лучшимъ пріемомъ является пробный проколъ длиннымъ Прусацевскимъ шприцемъ. Даже множественные уколы не приносятъ вреда. Если гной обнаруженъ, то, такимъ образомъ, открыто мѣсто его скопленія; исходя изъ него, опорожняютъ полость абсцесса, съ хорошими шансами на успѣхъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда гной обнаружить не удастся, по большей части имѣется налицо увеличенная воспаленная почка.

Піэлонефритъ, ущемленіе камней въ мочеточникѣ также наблюдаются во время беременности. Къ сожалѣнію, послѣднее обнаруживается большей частью, лишь при вскрытіи.

Органы дыханія.

Женщины, страдающія сильно развитой формой эмфиземы легкихъ, бронхіэктазіи, бронхита, во время беременности чувствуютъ себя гораздо хуже, однако, при заботливомъ уходѣ особенной опасности не представляютъ.

Значительно менѣе благоприятно протекають случаи крупозной пневмоніи. Если въ первую половину беременности болѣзнь переносится часто благополучно, то по мѣрѣ приближенія къ сроку родовъ предсказаніе становится все болѣе и болѣе неблагоприятнымъ.

Высокая лихорадка, отравленіе угольной кислотой можетъ убить плодъ и вызвать потужную дѣятельность непосредственно вслѣдъ за начальнымъ потрясающимъ знобомъ. Поразительно быстро падаетъ сердечная дѣятельность, такъ что уже чрезъ нѣсколько часовъ сердечный ударъ сильно нарастаетъ въ частотѣ и становится совершенно неправильнымъ. Если къ этому присоединяется родовая дѣятельность, то, какъ бы коротка она ни была и какъ бы скоро ни послѣдовало вмѣшательство врача, она глубоко подрываетъ силу сердечной работы, поддержаніе которой является, вѣдь, главной задачей при пневмоніи. Часто смерть наступаетъ при чрезвычайно затрудненномъ дыханіи и сильной предсмертной тоскѣ спустя короткое время, чрезъ 24 или 36 часовъ послѣ перваго потрясающаго зноба. Точно такъ же обстоитъ дѣло и съ плевритомъ. Оба эти заболѣванія могутъ также сочетаться другъ съ другомъ въ крайне опасной формѣ. Не взирая на непосредственный подвозъ кислорода, впрыскиваніе камфоры, примѣненіе льда, алкоголя часто оказывается совершенно невозможнымъ поднять силу пульса и сохранить больной жизнь.

Нѣкоторые рекомендовали и, дѣйствительно, вызывали насильственные быстрые, искусственные роды. Однако, результаты оказались настолько плохими, что теперь существуетъ общепризнанное правило дѣйствовать выжидательно, такъ какъ статистика показываетъ, что при невмѣшательствѣ предсказаніе все же благоприятнѣе.

Туберкулезъ.

Даже профанамъ въ медицинѣ настолько извѣстно вредное взаимодѣйствіе беременности, родовъ, послѣродового періода и туберкулеза, что дѣвушкамъ съ подозрѣніемъ на туберкулезъ самымъ энергичнымъ образомъ совѣтуютъ не вступать въ бракъ. Какъ во время беременности, такъ и втеченіе послѣродового періода, туберкулезный процессъ быстро подвигается впередъ; при этомъ приходится удивляться тому незначительному вліянію, которое туберкулезъ оказываетъ на самое теченіе беременности; больныя во время беременности часто чувствуютъ

себя даже лучше обычнаго. Причина этого заключается, вѣроятно, въ томъ, что беременныя меньше подвергаютъ себя вредному вліянію физическаго напряженія и рѣзкихъ переходовъ температуры, чѣмъ небеременные. Извѣстную роль играетъ и самовнушеніе. Беременная смотритъ на всѣ свои страданія, какъ на слѣдствіе беременности, и надѣется, что съ прекращеніемъ беременности прекратится и ея болѣзнь.

Я пользовалъ женщинъ съ большими кавернами и уплотненіями. Почти непрерывно все тѣло и значить, также животъ сотрясались при выкашливаніи большихъ гнойныхъ массъ, и тѣмъ не менѣе, беременность не прерывалась. При этомъ ребенокъ можетъ даже родиться сравнительно крѣпкимъ, не смотря на поступаніе пищи въ ничтожномъ количествѣ. Если же послѣ разрѣшенія не наступаетъ желанное облегченіе, если, вслѣдствіе напряженія во время родовъ и кровотеченій, слабость увеличивается, если роженица чувствуетъ, что силы ея покидаютъ, то получающееся душевное угнетеніе отзывается въ высшей степени неблагопріятно. Наблюдались также рѣдкіе случаи острой просовидной бугорчатки. Я видѣлъ одинъ, принятый за эклампсію, случай остраго туберкулезнаго базальнаго менингита, развившагося въ послѣдніе дни беременности. Во время послѣродового періода также можетъ наступить острая просовидная бугорчатка при высокой лихорадкѣ, потерѣ сознанія и тифоподобныхъ явленіяхъ. Дифференціальная діагностика отъ тифа затруднительна, въ виду сходства характера лихорадки и наблюдающихся при бугорчаткѣ проливныхъ поносовъ.

Въ сомнительныхъ случаяхъ врачъ долженъ у дѣвушекъ тщательно и повторно изслѣдовать мокроту на туберкулезныя палочки и, въ случаѣ ихъ обнаруженія, самымъ энергичнымъ образомъ отсовѣтовать отъ вступленія въ бракъ. Необходимо совершенно открыто и ясно высказываться въ томъ смыслѣ, что туберкулезъ навѣрное излечимъ, но отнюдь не при наступленіи беременности, что такая больная подвергаетъ себя, своего мужа и свое будущее потомство большой опасности для жизни, что вступленіе въ бракъ при подобныхъ условіяхъ въ высшей степени неосторожно, неразумно и безнравственно.

Если же фактъ является уже совершившимся, безъ предварительнаго совѣта врача, то врачъ вполне вправѣ, даже обязанъ давать средства противъ зачатія, а если обстоятельства дозволяютъ, лучше всего разлучить супруговъ, отправляя больную на продолжительное время въ санаторію для легочныхъ больныхъ. И лишь тогда, когда легкое совершенно выздоровѣло, когда вѣсъ тѣла нарастаетъ втеченіе долгаго времени, когда туберкулезныя бациллы уже больше не опредѣляются въ мокротѣ, когда не имѣется ни слѣда лихорадки, зачатіе можетъ быть разрѣшено.

На случай же, если туберкулезная женщина уже беременна, въ послѣднее время, въ особенности, выдвигается взглядъ о необходимости производства искусственнаго выкидыша, съ тѣмъ, чтобы приступить затѣмъ къ противотуберкулезному леченію. Мои наблюденія рѣшительно говорятъ противъ хорошихъ результатовъ искусственнаго выкидыша. Производство его далеко не такъ легко и благопріятно, чтобы можно было считать его маловажнымъ врачебнымъ вмѣшательствомъ. Наоборотъ, я наблюдалъ быстрое ухудшеніе состоянія послѣ искусственнаго выкидыша, а при осторожной проводимой беременностью— благополучные роды. Поэтому, я не склоняюсь въ пользу производства искусственнаго выкидыша на основаніи одного лишь показанія: туберкулезъ легкиихъ. Если случай легкой, слѣдуетъ, при заботливомъ лѣченіи, довести беременность до конца, затѣмъ изолировать мать отъ ребенка и начать лѣчить отъ туберкулеза. Если же случай тяжелый, слѣдуетъ спасти, по крайней мѣрѣ, ребенка, между тѣмъ, какъ при искусственномъ выкидышѣ обѣ жизни погибають.

«Заботливое веденіе беременности» предполагаетъ, конечно, возможность проводить хорошее питаніе больной. Если эта возможность отсутствуетъ въ силу очень плохихъ экономическихъ условій, врачу приходится сообразно особенностямъ каждаго единичнаго случая, но не принципиально, взвѣсить, что полезнѣе для матери: выжиданіе или прекращеніе беременности.

Ребенокъ отъ туберкулезной матери ни въ какомъ случаѣ не долженъ быть оставленъ у матери. Уже неоднократно доказано, что зараженіе туберкулезомъ часто имѣетъ своей исходной точкой пупокъ. Точно такъ же наблюдались случаи переноса туберкулезныхъ бациллъ въ легкія чрезъ поцѣлуй, даже благодаря только совмѣстной жизни съ матерью. Поэтому, на врачѣ лежитъ обязанность удалить ребенка отъ матери, хотя бы подъ тѣмъ предлогомъ, что она нуждается въ полномъ покоѣ.

Туберкулезъ не передается внутри-утробно. Я втеченіе многихъ лѣтъ наблюдалъ цѣлый рядъ дѣтей, рожденныхъ отъ туберкулезныхъ матерей, которыя умирали вскорѣ послѣ родовъ. Изолированные дѣти выросли людьми совершенно здоровыми, между тѣмъ, какъ дѣти, оставленные при матери, почти всегда погибали отъ туберкулезнаго перитонита, воспаленія основанія мозга, или общей просовидной бугорчатки.

Органы кровообращенія.

Уже на стр. 51 я упоминалъ, что во время беременности запросъ къ сердечной работѣ повышается. Въ виду этого, а ригорі можно допустить, что при наличности пороковъ сердца, вредныя послѣдствія ихъ

для всего организма во время беременности усиливаются. При этомъ, имѣется налицо троякаго рода опасность, во-первыхъ: вредныя послѣдствія ненормальнаго смѣшенія крови, т. е., питаніе всѣхъ органовъ недостаточно окисленной кровью, во-вторыхъ: опасность динамическаго характера, колебанія кровяного давленія, ведущія, при переутомленіи сердца, къ переполненію венъ, къ застойнымъ гипереміямъ въ различныхъ органахъ, въ третьихъ: опасности отъ миокардита и эндокардита—безразлично, развился ли онъ лишь во время беременности, или же раньше и далъ рецидивъ втеченіе беременности, или послѣ родового періода. Неправильный составъ крови вредно отзывается преимущественно на плодъ. При сердечныхъ порокахъ дѣти въ періодъ утробной жизни часто малы и представляютъ признаки атрофіи, имъ не доставляется достаточнаго количества кислорода и питательнаго матеріала, роды наступаютъ, какъ и въ другихъ случаяхъ отравленія угольной кислотой, напр., при пнеймоніи, или высокой лихорадкѣ, часто преждевременно, и, въ виду этого, предсказаніе для ребенка неблагопріятно, родится ли онъ преждевременно, или своевременно.

Опасность вслѣдствіе нарушенія кровообращенія обнаруживается уже во время беременности, а въ особенности во время родовъ. Способность сердца приспособляться къ новымъ условіямъ, хотя, чрезвычайно велика, однако приспособляемость зависитъ отъ быстроты, съ которой новыя обстоятельства выдвигаютъ свои требованія, отъ абсолютной величины этихъ требованій и отъ нормальнаго состоянія сердечной мускулатуры. Если требованія эти довольно быстро нарастаютъ уже во время беременности, то въ большей степени это наблюдается при самыхъ родахъ, въ періодъ потужной дѣятельности, ведущей къ внезапному повышенію кровяного давленія. Передвиженіе большой массы крови, оттѣсненной къ правому сердцу, является не подъ силу сердечной мышцѣ, состояніе равновѣсія нарушается, такимъ образомъ развиваются венозные застои, въ особенности, если сердечная мускулатура уже лишилась своихъ нормальныхъ свойствъ.

Одышка, учащеніе пульса, ціанозъ, palpitatio cordis часто нарастаютъ во время беременности до чрезвычайно опасныхъ размѣровъ. Иныя беременныя съ порокомъ сердца едва въ состояніи ходить. При всякомъ, даже незначительномъ напряженіи сердечная возбудимость настолько повышается, что больная можетъ справиться съ подобнымъ состояніемъ лишь при условіи абсолютнаго покоя.

Старые авторы предполагали, что сердце расширяется подъ влияніемъ повышенной работы, вслѣдствіе увеличенія количества крови, подлежащей передвиженію, и что замыкательная способность клапановъ, до извѣстной степени замыкающихся при нормальной величинѣ сердца, оказывается недостаточной. Этому было дано названіе «отно-

сительной недостаточности» и предполагалось, что такие клапаны, лишаясь поддержки со стороны противолежащих клапанов, подвергаются повреждениям. Эта плохая смыкаемость клапанов, быстро нарастающая во время беременности и родов, клинически выражающаяся разстройством компенсации, лучше объясняется по Krehl'у, как мышечная недостаточность; къ внезапно повышающимся большимъ запросамъ можетъ еще, пожалуй, приспособиться здоровое сердце, но не такое, мускулатура котораго уже подверглась перерождению, или атрофii.

Клинически наблюдаются во время беременности вышеописанныя разстройства, а во время родовъ — внезапная тахикардiя и рѣзкая неправильность сердечнаго удара, трепетанiе сердца, предсмертная тоска, разстройство сознания, параличъ сердца и смерть.

Непосредственно предъ родами сказывается также опасность со стороны разстройства кровообращения, ибо часто смерть наступаетъ совершенно неожиданно. Вслѣдъ за изгнанiемъ плода и послѣда кровяное давленiе въ полости живота внезапно понижается. Ничтожная *vis a tergo*, остатокъ кровяного давленiя въ артерiяхъ, не въ силахъ проталкивать кровь, а слабыя дыхательныя движенiя слишкомъ мало способствуютъ поступанiю крови въ грудную полость и въ правое сердце. Въ виду этого, въ сердце поступаетъ сравнительно слишкомъ мало крови. Сердце сокращается совершенно неправильно, внезапно останавливается, и наступаетъ внезапная смерть.

Ясно, что миокардитъ можетъ при этомъ имѣть большое значенiе, такъ какъ, если къ описаннымъ опасностямъ присоединяется еще перерожденiе сердечной мускулатуры, то названныя разстройства должны выступить съ особенной силой.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ состоянiе больной настолько улучшается послѣ благополучныхъ родовъ, что больная начинаетъ себя считать совершенно здоровой. Если же роды часто повторяются, если сердечная тупость распространяется вправо отъ грудины, если расширенiе сердца, такимъ образомъ, держится постоянно, то опасность все болѣе усиливается. Въ прежнiя времена это настолько часто наблюдалось, что крови беременной приписывались особыя воспалительныя свойства, на томъ основанiи, что при вскрытiяхъ на клапанахъ обнаруживались признаки свѣжаго эндокардитическаго процесса.

Особенно неблагоприятны случаи лихорадочныхъ послѣродовыхъ заболѣванiй. Уже издавна извѣстно, что свѣжiй эндокардитъ поражаетъ во время послѣродового перiода особенно часто тѣхъ женщинъ, которыя страдали порокомъ сердца втеченiе беременности. На шероховатостяхъ клапановъ осѣдаютъ кровяные свертки. При такъ назы-

ваемой веррукозной формѣ эндокардита въ фиброзныхъ разращеніяхъ были найдены стафилококки, стрептококки и гонококки.

Предсказаніе въ каждомъ единичномъ случаѣ затруднительно. Бываютъ случаи, когда роды повторно благополучно проходятъ у больныхъ съ хорошо компенсированнымъ порокомъ сердца, причемъ самъ порокъ сердца не даетъ, вообще, никакихъ симптомовъ. Но бываютъ также случаи, когда, несмотря на относительно хорошее самочувствіе втеченіе беременности, во время родовъ сердце внезапно останавливается и смерть наступаетъ поразительно быстро. Я даже видѣлъ такой случай, что жена одного врача умерла внезапно послѣ родовъ, между тѣмъ, какъ мужъ представленія не имѣлъ о наличности у нея порока сердца. Ни до, ни во время беременности никакой порокъ сердца не былъ распознанъ, такъ какъ онъ не давалъ никакихъ субъективныхъ симптомовъ. И лишь на секціонномъ столѣ удалось обнаружить сог bovinum и стенозъ двустворчатого клапана.

Что касается отдѣльныхъ видовъ сердечныхъ пороковъ, то слѣдуетъ, собственно, принимать во вниманіе лишь пороки двустворки. Всѣ хорошо компенсированные пороки двустворчатого клапана могутъ, какъ уже сказано, протекать совершенно безъ симптомовъ во время беременности, между тѣмъ, какъ при недостаточности аортальнаго клапана съ компенсирующей гипертрофіей лѣваго желудочка всѣ типическіе симптомы этого порока выступаютъ съ необыкновенной силой.

При вопросѣ о лѣченіи скажемъ нѣсколько словъ о профилактикѣ. Врачу часто задается вопросъ: слѣдуетъ ли при болѣзни сердца разрѣшить вступленіе въ бракъ? Къ сожалѣнію, врача, обыкновенно, спрашиваютъ къ тому времени, когда все уже покончено и готово, вплоть до извѣщенія объ обрученіи. На врачѣ лежитъ, конечно, обязанность обратить вниманіе на существующую опасность и отсовѣтывать отъ вступленія въ бракъ. Часто случалось такъ, что, вопреки моему совѣту, больныя вступали въ бракъ и все обходилось вполне благополучно. Последнее чаще всего имѣетъ мѣсто. Тѣмъ не менѣе, понятно, что извѣстная опасность имѣется налицо и что врачъ не можетъ поручиться за благопріятный исходъ. Поэтому, предпочтительно отсовѣтывать, въ общемъ, отъ вступленія въ бракъ. Во всякомъ случаѣ, можно и должно это дѣлать всякій разъ, когда обнаруживается перкуторное увеличеніе сердца вправо и когда неправильность сердечнаго удара указываетъ на пораженіе міокардія. Если же имѣются даже отеки, или, хотя бы преходящая, альбуминурія, затрудненіе дыханія и цианозъ, то пряма обязанность врача самымъ рѣшительнымъ образомъ запрещать вступленіе въ бракъ. Ибо не только мать подвергается опасности для жизни, но и будущій плодъ подлежитъ ей въ высокой степени.

Если врачъ призывается къ беременной сердечной больной, онъ назначаетъ покой, упорядоченіе отправленій кишечника, воздержаніе отъ алкоголя, питательную, легкую діету. Какъ только работа сердца пачинаетъ падать, назначаютъ камфору и наперстянку. Последнюю можно соединять съ морфіемъ; слѣдующее соединеніе въ подобныхъ случаяхъ особенно хорошо дѣйствуетъ: Aceti digitalis 10,0. Morphii hydrochlorati 0,05, черезъ 2 часа по 10—20 капель. При этомъ необходимо тщательное наблюденіе за больной, чтобы своевременно отмѣнить наперстянку, какъ только наступитъ ея укрѣпляющее дѣйствіе на сердце. Нельзя отрицать, что наперстянка можетъ, между прочимъ, вызвать выкидышъ. Однако и съ этимъ обстоятельствомъ приходится мириться. Ибо прекращеніе беременности часто представляетъ собою, скорѣе, счастливый исходъ.

Во время родовъ также необходимъ тщательный надзоръ. Въ общемъ, слѣдуетъ ускорять роды. Если наступаетъ сильный ціанозъ, причемъ сердечные удары становятся, по большей части, неправильными, необходимо закончить роды по возможности скорѣе. Уже одно выпусканіе околоплодной жидкости приноситъ временное облегченіе. Даже перфорация, или наложеніе высокихъ щипцовъ являются показанными, ибо продолжительная потужная дѣятельность замѣтно ухудшаетъ состояніе больной. Какъ только матка опорожнилась, необходимо быстро положить на животъ заранѣе приготовленный мѣшокъ съ пескомъ вѣсомъ въ 4 kilo и сдѣлать обильныя подкожныя впрыскиванія камфорнаго масла. Отъ алкоголя я не видѣлъ никакого успѣха.

Варикозные узлы.

Женщины болѣе предрасположены къ варикознымъ расширеніямъ венъ, чѣмъ мужчины. Уже у молодыхъ дѣвушекъ часто наблюдаются расширенія венъ въ кожѣ бедра и голени. Большіе варикозно-расширенные пакеты венъ въ области *v. saphena*, или совершенно неправильно расположенные надъ колѣномъ, или около него также нерѣдко встрѣчаются у дѣвушекъ. Расширенія венъ появляются ко времени наступленія половой зрѣлости; къ этому же времени внезапно увеличиваются въ своихъ размѣрахъ и раньше существовавшія небольшія варикозныя опухоли *vulv'y*.

Во время беременности нижнія конечности вмѣстѣ со стопой становятся толще, чѣмъ обыкновенно, такъ что беременныя, въ особенности въ послѣдній періодъ, должны носить болѣе просторную обувь. Предполагаютъ, что повышенное давленіе въ полости живота затрудняетъ оттокъ венозной крови нижнихъ конечностей и что, благодаря этому, образуется застой въ ногахъ.

Согласно современнымъ взглядамъ, эта старая застойная теорія оказывается недостаточной для объясненія происхожденія варикозныхъ узловъ. Съ этой точки зрѣнія считаютъ, что застой крови самъ по себѣ не можетъ обусловить образованія варикозныхъ узловъ, что ему, скорѣе, долженъ предшествовать воспалительный процессъ въ *membr. media* венозной стѣнки, который особенно легко поражаетъ вены нижнихъ конечностей. Что впослѣдствіи, когда часть эластическихъ волоконъ подверглась разрушенію и не возстановилась, могутъ, конечно, образоваться венозныя расширения венъ нижнихъ конечностей, ибо этимъ венамъ приходится выдерживать самое высокое кровяное давленіе.

Противъ застойной теоріи говоритъ также то обстоятельство, что мы нерѣдко встрѣчаемъ у женщинъ не рожавшихъ и даже у молодыхъ дѣвушекъ мѣстами разсѣянные, довольно значительные варикозные узлы и болѣе мелкія расширения венъ кожи, далѣе, тотъ фактъ, что варикозные узлы имѣются часто уже въ началѣ беременности, когда о давленіи матки на вены и рѣчи быть не можетъ. Но такъ какъ, съ другой стороны, не имѣется точекъ опоры для признанія названнаго воспалительнаго исчезновенія эластическихъ волоконъ, то приходится допустить присущее женщинамъ плохое развитіе эластическихъ волоконъ. Въ такомъ случаѣ, застойная теорія снова можетъ вступить въ свои права.

Варикозные узлы не представляютъ опасности. Однако, у женщинъ бѣдныхъ классовъ легко могутъ развиваться подъ вліяніемъ тренія, плохой обуви или жесткихъ чулокъ, а также случайныхъ ушибовъ очень болѣзненные, ведущіе къ незначительнымъ нагноеніямъ, перифлебиты, остающіеся однако по большей части, мѣстными.

При травматическомъ разрывѣ варикознаго узла черная кровь бьетъ изъ него съ такой же силой, какъ изъ пораненной артеріи. Смерть отъ кровотеченія неоднократно имѣла мѣсто, при недостаткѣ надлежащей помощи. Я наблюдалъ одинъ случай, гдѣ беременная истекла кровью отъ раны на срамной губѣ, величиной въ 1 сант.

Леченіе: покой, высокое положеніе конечностей и — при кровотеченіяхъ — давящая повязка; при нагноеніяхъ — дезинфицирующіе компрессы и также абсолютный покой.

Ушибовъ слѣдуетъ по возможности избѣгать. Проще всего это достигается при помощи тщательнаго укутыванія ноги, *resp.* стопы. Размягчающихъ кожу мазей не слѣдуетъ примѣнять. Частыя же обтиранія спиртомъ, наоборотъ, очень полезны. Если въ повязку подкладывать ваты, то образующееся упругое давленіе способствуетъ опорожненію варикозныхъ расширеній и препятствуетъ ихъ наполненію и растяженію. Резиновые чулки, хотя очень цѣлесообразны, но, съ одной стороны, дороги, съ другой стороны, ощущеніе давленія

настолько неприятно некоторымъ больнымъ, что онѣ не переносятъ резиновой повязки, или резиновыхъ чулокъ. Стекланные, или крахмальные повязки также очень хорошо защищаютъ отъ случайныхъ ушибовъ, легко накладываются и дешево обходятся.

Нервная система. Хорея.

Когда рѣчь идетъ о Chorea gravidarum, имѣются въ виду не тѣ легкіе случаи хорей, при которыхъ у беременной обнаруживаются тѣ хореатическія явленія, какія наблюдались у нея до беременности, но тѣ тяжелыя и наиболѣе серьезныя формы, при которыхъ предсказаніе очень неблагоприятно. Часто хорея наступаетъ внезапно, или же приступы, хотя наблюдавшіеся и раньше, лишь во время беременности достигаютъ ужасающей силы.

По большей части рѣчь идетъ объ истощенныхъ, слабыхъ первородящихъ, съ наследственнымъ предрасположеніемъ. И при идиотизмѣ наблюдается хорея. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, припадки достигаютъ такихъ размѣровъ, что больная не можетъ лежать въ постели. Она бѣгаетъ и мечется по комнатѣ, напоминая рыбу брошенную на землю. Въ одномъ случаѣ я наблюдалъ переломъ тазовой кости во время такихъ припадковъ. Сознаніе вскорѣ теряется. Въ виду того, что нѣтъ никакой возможности питать такихъ больныхъ, а калъ и моча отходятъ произвольно, обмѣнъ веществъ чрезвычайно падаетъ. Силы организма быстро расходуются и больная сильно худѣетъ. Цѣлыми днями, цѣлыми ночами длятся эти припадки, причѣмъ терапия не оказываетъ никакого вліянія. Можно удержать больную и подвергать ее наркозу, однако непосредственно вслѣдъ за прекращеніемъ дѣйствія хлороформа и морфія припадки снова наступаютъ. Часто наступаетъ смерть при сильнѣйшемъ истощеніи организма.

Роды наступаютъ, большею частью, преждевременно; однако, трудно установить, оказываютъ ли потуги плохое вліяніе. Я наблюдалъ два случая, въ которыхъ припадки настолько усилились во время родовъ, что всякая помощь являлась невозможной. Несмотря на то, матка хорошо сократилась послѣ изгнанія плаценты. Такъ какъ, при такомъ безпокойствѣ больной, антисептика неминуемо должна быть неудовлетворительна, то дѣло часто доходитъ до лихорадочныхъ заболѣваній, угрожающихъ жизни.

Въ доброй четверти случаевъ, больныя погибали уже во время припадковъ. Въ другихъ же случаяхъ, припадки становились послѣ родовъ болѣе рѣдкими, снова принимали ту легкую форму, въ которой они наблюдались до беременности, или же послѣ родовъ внезапно прекращались. При этомъ, можетъ также наступить полный идиотизмъ,

если онъ не существовалъ уже раньше. Нѣкоторыя больныя умирали отъ диабета, чахотки, болѣзней сердца, кровоизліянія въ мозгъ, эмболии, или же отъ общаго истощенія вслѣдствіе недостатка питанія.

Очень рѣдко наступленіе хорей наблюдалось лишь во время послѣродового періода.

Въ виду очень неблагоприятнаго предсказанія и того обстоятельства, что припадки, если они продолжаются, ведутъ къ смерти, или преждевременному прекращенію беременности и гибели плода, имѣются, конечно, налицо всѣ показанія къ тому, чтобы при первой возможности прервать беременность, къ тому времени, когда не наступило еще окончательнаго растройства общаго питанія организма. Однако, и здѣсь я не видѣлъ хорошихъ результатовъ. Правда, мои два случая относятся къ перво-беременнымъ, пользовавшимся мной лишь на 7-мъ и 8-мъ мѣсяцѣхъ.

Эпилепсія.

Рѣдкая болѣзнь представляетъ такія значительныя степени различія, какъ эпилепсія. Между тѣми случаями, въ которыхъ эпилепсія выражается лишь въ обморокахъ чрезъ большіе промежутки, съ непродолжительной потерей сознанія, и тѣми случаями, когда втеченіе немногихъ лѣтъ развивается манія и тупоуміе, при чрезвычайно сильномъ нарастаніи самыхъ тяжелыхъ инсультовъ, существуетъ безконечное множество переходныхъ ступеней.

Какъ разъ при легкихъ формахъ врачу особенно трудно высказаться за или противъ вступленія въ бракъ. Остановиться на какомъ либо предсказаніи почти не возможно. Я видѣлъ такіе случаи, когда діагнозъ даже не былъ вполне ясенъ, между тѣмъ, какъ во время супружеской жизни болѣзнь чрезвычайно быстро усилилась; съ другой же стороны, я знаю и такія случаи, гдѣ эпилепсія, возникшая въ періодъ половой зрѣлости, послѣ первыхъ родовъ уже больше не повторялась. Не взирая на все это, домашній врачъ долженъ отсвѣтывать эпилептичкѣ вступленіе въ бракъ, основываясь также на точно установленныхъ данныхъ наслѣдственности. Если же врачу не удастся настоять на выполненіи его совѣта, ему остается освѣдомить, по крайней мѣрѣ, мужа относительно значенія возможныхъ припадковъ.

Нѣкоторые хотя и указываютъ на возможность развитія эпилепсіи подъ вліяніемъ одной беременности у женщинъ, не страдавшихъ никогда эпилесіей, однако, въ основѣ этихъ сообщеній лежитъ, вѣроятно, смѣшеніе съ истеріей и эклампсіей. Точно такъ же невѣрно мнѣніе, что эпилептические припадки нарастаютъ по частотѣ во время, или подъ вліяніемъ беременности. Наоборотъ, общая гиперемія оказы-

ваетъ, повидимому, благоприятное вліяніе. Во всякомъ случаѣ, эпилепсія не мѣшаетъ беременности.

Беременная эпилептичка, въ особенности, если она знаетъ о своей болѣзни, не станетъ подвергать себя опасности получить припадокъ на улицѣ или, вообще, при неблагоприятныхъ внѣшнихъ условіяхъ, ибо часто нѣчто вродѣ психической ауры предшествуетъ припадку уже за нѣсколько часовъ. Въ такомъ случаѣ, оказывается еще достаточно времени, чтобы при помощи бромистаго калия и покоя предотвратить наступленіе припадокъ.

Во всякомъ случаѣ, доставленіе въ больницы беременныхъ эпилептичекъ въ безсознательномъ состояніи очень рѣдко. Беременность не прерывается подѣ вліяніемъ эпилептическихъ припадковъ, даже если они часто повторяются. Какъ правило, эпилептической припадокъ не наступаетъ во время родовъ, однако, нельзя сказать, чтобы это, вообще, было не возможно. Я наблюдалъ очень сильный припадокъ во время удаленія плаценты по способу Credé.

Во время очень сильнаго припадка плодъ можетъ погибнуть подѣ вліяніемъ недостаточнаго притока кислорода, при Цанозѣ матери.

Столбнякъ наблюдается какъ во время беременности, такъ и втеченіе послѣродового періода. При полномъ сознаніи, пальцы внезапно деревянѣютъ, большой палецъ руки скрючивается, пальцы принимаютъ такое положеніе, какъ при письмѣ, предплечье, часто также плечо становятся неподвижными, мышцы тверды на—ощупь. При этомъ, имѣются болѣзненные ощущенія. Судороги прекращаются, наступаютъ, однако, снова, главнымъ образомъ подѣ вліяніемъ раздраженія при ислѣдованіи. Судороги могутъ держаться цѣлыми недѣлями, безъ какихъ либо существенныхъ разстройствъ физическаго самочувствія. Предсказаніе хорошее.

Интересную рѣдкость представляютъ собой случаи разстройства зрѣнія въ видѣ амавроза, амблиопіи и гемералопіи. Такъ какъ эти случаи наблюдаются, по большей части, у очень истощенныхъ субъектовъ, то они находятся, вѣроятно, въ извѣстной связи съ гидрэмией. Поэтому, ихъ надо пользоваться хининомъ и желѣзомъ. Предсказаніе хотя хорошее, однако, необходимо самое точное ислѣдованіе, чтобы была возможность исключить урэмію, resp. Retinitis albuminurica. Объ амаврозѣ, какъ первомъ симптомѣ тяжелой формы эклампсіи, будетъ рѣчь впереди.

Истерія.

Въ прежнее время, когда на истерію смотрѣли, какъ на рефлекторный неврозъ, исходящій изъ женскихъ половыхъ органовъ, допускали тѣсное взаимодействіе между истеріей, менструаціей, половымъ

общеніемъ и т. п. Въ настоящее время, когда на истерію смотрятъ какъ на психозъ, признано, что между этими явленіями существуетъ другая связь. Хотя теперь также допускаютъ, что овуляція и менструація и т. п. играютъ большую роль при истеріи, но теперь не станутъ кастрировать или оперировать на основаніи одного лишь діагноза: истерія.

Приходится, дѣйствительно, наблюдать, что различныя психическія возбужденія, въ особенности же боязнь родовъ, плохо вліяютъ на истеричку, что, при ничтожной душевной устойчивости такихъ больныхъ, сами роды могутъ даже быть толчкомъ къ появленію истерическихъ симптомовъ; однако, ошибочно предположеніе, что беременность и роды сами могли бы вызвать истерію.

Особенно интересны разстройства чувствительности и движенія при истеріи. Тамъ, я наблюдалъ одинъ случай, въ которомъ никакія излѣдованія не были возможны въ виду чрезвычайной, по словамъ больной, болезненности живота и половой щели. Затѣмъ наступили роды, и роженица утверждала, что она не ощущаетъ никакихъ болей, и вообще, не страдаетъ. Во время самыхъ сильныхъ потугъ она улыбалась.

Въ другихъ случаяхъ, во время беременности развиваются пареплегии, которыя могутъ держаться цѣлыми мѣсяцами послѣ родовъ.

Во время беременности также наблюдаются случаи «привычныхъ истерическихъ болей», на которыя прежде смотрѣли, какъ на ревматизмъ матки. Не смотря на утвержденія беременной, что она ощущаетъ непрерывныя сильнѣйшія боли, ничего положительнаго не удается обнаружить при самомъ тщательномъ изслѣдованіи. Эта гиперэстезія матки, которая опредѣляется беременными и въ видѣ непрерывныхъ потужныхъ болей, часто наблюдается втеченіе цѣлыхъ мѣсяцевъ, не вызывая никакихъ разстройствъ въ ростѣ и состояніи плода. При этомъ приходится быть чрезвычайно осторожнымъ, чтобы не сдѣлать беременную морфинисткой, и примѣнять лучше полный покой, Присницевскіе компрессы и т. п. Часто боли ограничиваются опредѣленной областью матки, такъ что происхожденіе болей можетъ объясняться растяженіемъ существующихъ сращеній. Если больная перенесла раньше периметритъ или параметритъ, то это объясненіе очень правдоподобно. При этомъ, предсказаніе здѣсь очень благоприятное, такъ какъ никакой методъ леченія не въ состояніи дать такіе хорошіе результаты, какъ-то медленное растяженіе сращеній, которое совершается во время беременности.

Явленія каталепсії, одеревенѣлости конечностей, неподвижности всего тѣла также наблюдаются во время беременности.

Чрезвычайная боязливость пожилыхъ истеричекъ—первородящихъ, поддерживаемая глупыми росказами объ опасности позднихъ родовъ, ведетъ къ душевнымъ возбужденіямъ, доходящимъ почти до состоянія маніи. Въ такихъ случаяхъ, наблюдаются припадки судорожнаго смѣха, плача, истеро-эпилептическія состоянія, а также разныя формы меланхоліи.

Точно также и повторные роды чрезъ короткіе промежутки времени и преувеличенно продолжительное кормленіе грудью могутъ, повидимому, подать поводъ развитію истеріи. Интересно, что при этомъ часто на долгое время прекращается менструація, и что наступленіе правильной менструаціи ведетъ за собой улучшение состоянія больной или даже полное излеченіе.

Сюда же относится такъ называемая *Grossesse nerveuse* (нервная беременность). Женщина воображаетъ себѣ, что она беременна, менструація у нея слабая, или же совершенно отсутствуетъ. Беременная внушаетъ себѣ симптомъ беременности, истолковываетъ движенія кишечника, какъ движенія плода, много ѣсть за счетъ ребенка, много отдыхаетъ изъ боязни прекращенія беременности и, такимъ образомъ, сильно жирѣеть.

Распознаваніе представляетъ для врача большія трудности, въ виду того, что изслѣдованіе сильно затруднено благодаря отложенію жира, въ особенности, если беременная оказываетъ сопротивленіе при изслѣдованіи. Въ концѣ концовъ дѣло можетъ даже дойти до найма кормилицы, которая также можетъ быть введена въ заблужденіе. И лишь точное изслѣдованіе подъ наркозомъ разсѣиваетъ всякія сомнѣнія, къ великому негодованію истерички.

Общія заболѣванія.

Беременные не обладаютъ иммунитетомъ ни къ одной болѣзни. Всѣ острыя и хроническія инфекціонныя болѣзни наблюдались у беременныхъ. Въ общемъ, взаимодѣйствіе здѣсь, скорѣе, неблагоприятное. Подъ вліяніемъ беременности болѣзнь принимаетъ неблагоприятный оборотъ, и беременность прерывается, плодъ умираетъ.

При острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ большое значеніе имѣетъ повышеніе температуры для плода и послѣдствія инфекции—для матери.

У плода, какъ показали еще Baerensprung 50 лѣтъ тому назадъ прямыми измѣреніями при ягодичномъ предлежаніи, температура на 0,5—1,0° выше, чѣмъ у матери. Если у матери постоянная лихорадка (*Febris continua*) съ продолжительной высокой температурой, то плодъ погибаетъ этъ застоевъ вслѣдствіи перенагрѣванія,

•Однократныя же непродолжительныя повышенія температуры, напр., потрясающій знобъ съ температурой въ 41° , даже $41,5^{\circ}$, не убиваютъ ребенка, если t° вскорѣ опять понижается.

Согласно современному состоянію нашихъ знаній, бактеріи, являющіеся специфическими возбудителями болѣзни, сами обыкновенно не проникаютъ чрезъ плацентарную перегородку между матерью и плодомъ. Продукты же ихъ жизнедѣятельности, токсины, могутъ инфицировать и убить плодъ.

Къ этому присоединяется еще то обстоятельство, что при многихъ заболѣваніяхъ дыханіе матери становится недостаточнымъ, даже внѣ всякихъ механическихъ причинъ, подъ вліяніемъ одной лишь высокой лихорадки. Въ такомъ случаѣ, плодъ погибаетъ вслѣдствіе пресыщенія углекислотой материнской крови.

Особенно опасное осложненіе представляетъ собой скарлатина. Англійскіе авторы допускали, что беременныя могутъ до родовъ цѣлыми недѣлями носить въ себѣ ядъ скарлатины безъ всякаго для себя вреда, но что послѣ родовъ скарлатина вспыхиваетъ съ особенной интенсивностью, въ очень неблагоприятной для прогноза формѣ.

Однако, это невѣрно. При очень тяжелыхъ послѣродовыхъ септическихъ (заболѣваніяхъ) часто наблюдаются кожныя сыпи, дѣйствительно, напоминающія собою скарлатину/. Это было описано Litzmanp'омъ еще въ 1844 г. При сепсисѣ наблюдается даже нѣчто вродѣ ангины, благодаря тому, что вслѣдствіе затрудненнаго дыханія, больная держитъ ротъ открытымъ, такъ что онъ сохнетъ и кажется воспаленнымъ.

Во всякомъ случаѣ, нельзя отрицать, что скарлатина беременной или роженицы представляетъ собой серьезное заболѣваніе. При очень высокой продромальной лихорадкѣ плодъ погибаетъ. При присоединившейся въ видѣ осложненія ангины, септическія начала легко могутъ проникать въ половыя части. Слѣдствіемъ этого является осложненіе послѣродовымъ сепсисомъ. Въ концѣ концовъ, трудно сдѣлать дифференціальное распознаваніе между септической кожной эритемой и скарлатиной.

Менѣе опасна корь. Согласно даннымъ старыхъ авторовъ, при кори особенно часто погибаютъ плоды и даже рождаются съ коревой сыпью. Я также наблюдалъ нѣсколько случаевъ выкидышей при кори на 6-мъ и 7-мъ мѣсяцѣ, послѣ того, какъ плодъ погибалъ, вѣроятно, отъ бронхита матери.

Относительно дифтеріи извѣстно немного. Однако, я наблюдалъ нѣсколько случаевъ дифтеріи съ конечнымъ излеченіемъ, и безъ всякаго вреда для беременныхъ.

Эпидемію Variola vera я наблюдалъ послѣ войны 1870 г., будучи врачомъ-ассистентомъ въ Halle. Наблюдавшіеся случаи протекали очень неблагопріятно. Въ одномъ случаѣ, сразу, при температурѣ въ 40°, развилось коматозное состояніе и наступили роды при потерѣ сознания. Пятимѣсячный плодъ былъ нами найденъ у половыхъ частей, между тѣмъ, какъ окружающими никакихъ потугъ не было замѣчено. Лишь за нѣсколько часовъ до смерти ясно выступила сыпь. На вскрытіи пристѣночная и околوماتочная брюшина также оказалась покрытой кровяными пятнами. То же самое было нами найдено еще въ одномъ случаѣ. Другая больная выкинула и умерла отъ плеврита на 12-й день послѣ родовъ, послѣ того, какъ наступило шелушеніе кожи на всемъ тѣлѣ.

Въ наблюдавшихся мною случаяхъ на плодѣ не было найдено сыпи. Однако, въ литературѣ указывается, что у плода также можетъ наблюдаться оспенная сыпь и что извѣстенъ даже случай рожденія ребенка съ оспенными рубцами.

Во время надвигавшейся эпидеміи въ Силезіи, я привилъ оспу 12-ти женщинамъ въ послѣднемъ періодѣ беременности; у 10-ти изъ нихъ появились прививочныя пустулы. Послѣ рожденія, дѣтямъ также была сдѣлана прививка. У всѣхъ дѣтей прививка дала хорошіе результаты, такъ что заразное начало, введенное прививкой въ организмъ матери, не повліяло, значить, на плодъ.

Тифъ поражаетъ беременныхъ въ такой же мѣрѣ, какъ не беременныхъ. Въ очень тяжелыхъ случаяхъ плодъ погибаетъ, если лихорадка 2-й или 3-й недѣли переходитъ въ высокую Febris continua. При частомъ же наступленіи ремиссій тифъ протекаетъ безъ вреда для плода. Непосредственный переносъ тифозныхъ бациллъ на ребенка и утверждаетъ, и отрицается. Наблюденія у постели больныхъ не говорятъ за возможность подобнаго перехода. Я наблюдалъ большое количество благополучно протекшихъ случаевъ. Лечение обыкновенное. Слѣдуетъ имѣть въ виду, что лихорадка сама по себѣ опасна для плода и поэтому, необходимо правильное примѣненіе прохладныхъ ваннъ, при первомъ нарастаніи лихорадки.

Тяжелыя формы перемежающейся лихорадки, маляріи, не встречающіяся въ нашемъ климатѣ, большей частью ведутъ къ выкидышу. Отсюда возникло мнѣніе, что хининъ является средствомъ, вызывающимъ потуги, ибо происхожденіе выкидыша относилось ошибочнымъ образомъ не на счетъ лихорадки, а на счетъ хинина.

Частое наступленіе выкидышей при инфлуэнцѣ представляетъ собой общепризнанное наблюденіе; точно такъ же слѣдуетъ часто относить на счетъ инфлуэнцы различныя кровотеченія, разстройства менструаціи и эндометриты. Новорожденные также не иммунны къ инфлуэнцѣ.

Я наблюдалъ катарральное состояніе всѣхъ органовъ дыханія съ очень упорнымъ теченіемъ у ребенка, котораго продолжала кормить заболѣвшая инфлуэнцой кормилица.

Заслуживаетъ вниманія тотъ фактъ, что рожа беременныхъ, не смотря на тяжелыя общія явленія, протекаетъ благопріятно и для плода.

Хлорозъ, анэмія, злокачественная анэмія, лейкомія, Icterus и т. д.

Безусловно невѣренъ взглядъ, что беременность благопріятно отражается на хлорозѣ. Наоборотъ, беременныя хлоротички часто становятся, по мѣрѣ подвиганія беременности впередъ, все болѣе блѣдными и жалкими на видъ, не смотря на нарастающее отложеніе жира.

Особенно неблагопріятно протекаетъ во время беременности злокачественная анэмія. Какексія усиливается, не взирая на всѣ примѣняемые способы леченія, и смерть наступаетъ незадолго до родовъ. Дѣлались попытки спасти ребенка при помощи кесарева сѣченія, производившагося тотчасъ послѣ смерти, однако, результаты оказывались настолько неблагопріятными, что впредь съ трудомъ кто либо рѣшится на такую операцію. Совѣты подобной операціи производятъ впечатлѣніе, что въ настоящее время не дозволено безъ операціи разставаться съ жизнью.

Относительно лейкоміи мнѣнія авторовъ расходятся. Такъ, неоднократно было произведено удаленіе селезенки у лейкомическихъ больныхъ, всегда съ неблагопріятнымъ исходомъ. Кровь теряла свою способность свертываться и оперированныя истекали кровью вслѣдствіе разрыва существовавшихъ сросеній или даже изъ уколовъ отъ швовъ брюшной раны. Заслуживаетъ вниманія то обстоятельство, что, согласно моимъ, по крайней мѣрѣ, наблюденіямъ, искусственное прекращеніе беременности оказываетъ благопріятное вліяніе на существующія при лейкоміи разстройства. Матка хорошо сокращается, и послѣдовательныхъ кровотеченій не наблюдалось. Такимъ образомъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно рѣшиться произвести искусственный выкидышъ. Во всякомъ случаѣ, на подобный благопріятный исходъ можно надѣяться лишь при томъ условіи, если производить выкидышъ въ первую половину беременности и если размѣры селезенки еще малы. Чѣмъ селезенка больше, тѣмъ неблагопріятнѣе протекаетъ ланный случай.

Icterus во время беременности, въ общемъ, встрѣчается рѣдко. Существуютъ три формы: Icterus catarrhalis, Icterus какъ слѣдствіе застоя при закупоркѣ ductus choledochus и Icterus gravis.

Обыкновенный съ виду, *Icterus catarrhalis* нерѣдко переходитъ въ *Icterus gravis*. При застойной желтухѣ также наблюдаются очень высокія степени холэміи. Желтуха можетъ держаться цѣлыми недѣлями, даже мѣсяцами, но въ концѣ концовъ дѣло доходитъ до выкидыша. Предсказаніе очень неблагоприятно. Холэмическая кровь не свертывается и беременная истекаетъ кровью. У меня были подобные случаи, въ которыхъ на вскрытіи обнаруживались большіе камни въ *ductus choledochus*, и я сильно раскаивался въ томъ, что не предпринималъ операціи.

Тяжелыя формы желтухи въ высшей степени неблагоприятны. Спустя нѣсколько дней послѣ наступленія, желтуха внезапно значительно усиливается. Одновременно развивается коматозное состояніе, и смерть наступаетъ при явленіяхъ острой желтой атрофіи печени. Плодъ, яйцевыя оболочки, околоплодная жидкость также оказываются окрашенными желчью.

Поэтому, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ данныя анамнеза уже говорятъ за присутствіе желчныхъ камней и гдѣ желтуха держится цѣлыми недѣлями безъ наступленія комы и уменьшенія печени, я настоятельно советую произвести операцію, ибо только этимъ путемъ возможно спасти жизнь больной.

Вгауер описалъ рѣдкій случай рецидива *Icterus graviditatis* и относить этотъ случай, какъ и случай гемоглобинурии во время беременности, къ тѣмъ формамъ заболѣванія, которыя зависятъ отъ своеобразныхъ процессовъ обмѣна веществъ во время беременности. Сюда же относятся, по Вгауеру, и почки беременныхъ, эклампсія, можетъ быть, также, остеомалація. Возможно, что объясненіе этихъ неизвѣстныхъ намъ явленій мы найдемъ въ вредномъ вліяніи на материнскую кровь, синтиціолизиновъ, при описанномъ Veit'омъ заносѣ ворсинъ.

При всѣхъ видахъ желтухи необходимо добиваться немедленнаго обильнаго опорожненія кишечника съ помощью большихъ дозъ горькой соли, а если они дѣйствія не окажутъ—то назначеніемъ 1 грамма каломеля. Наступленіе коматознаго состояніи при уменьшеніи печени даетъ безусловно неблагоприятное предсказаніе.

Приходится также всегда имѣть въ виду фосфорное отравленіе и желтуху при высокой лихорадкѣ, какъ признаковъ сепсиса.

При диабетѣ содержаніе сахара въ мочѣ во время беременности повышается, часто наблюдается выкидышъ во второй половинѣ беременности, лихорадочныя послѣродовыя заболѣванія также часты, въ виду чего необходимо проведеніе самой тщательной антисептики.

Случаи гемофіліи рѣдко наблюдаются. Однако, нѣкоторыя наблюденія указываютъ на огромную опасность, наступающую при кровотеченияхъ, особенно для послѣродового періода. Сообразно даннымъ

новѣйшихъ наблюдений, необходимо уже въ самомъ началѣ родовъ дѣлать подкожныя впрыскиванія безусловно стерильнаго раствора желатины.

Подъ именемъ Herpes gestationis описаны случаи Herpes labialis у беременныхъ. Часто у беременныхъ потому такой безобразный видъ, что у нихъ образуются пустулы--аспе въ огромномъ количествѣ, часто также носъ и щеки становятся ярко-красными, особенно въ послѣднемъ періодѣ беременности. Все лицо принимаетъ грязную сѣроватую окраску. Точно также и Chloasma uterinum настолько сильно развивается, что все лицо, въ особенности лобъ, становится темнымъ и пятнистымъ.

Pruritus vulvae въ связи съ сильнымъ половымъ влеченіемъ иногда бываетъ настолько мучительнымъ въ послѣдній періодъ беременности, что доводятъ больныхъ до полной бессонницы. Эти явленія слѣдуетъ, вѣроятно, отнести насчетъ гиперэміи, усиленной секреціи сальныхъ железъ, загрязненія наружныхъ половыхъ частей влагалищнымъ секретомъ, зіянія ихъ при выпятившемся выступѣ мочеиспускательнаго канала. Однако, безрезультатность всѣхъ пріемовъ леченія и внезапное исчезновеніе зуда послѣ родовъ указываютъ на то, что Pruritus vulvae часто представляетъ собой симптомъ также чисто-нервнаго характера.

Главная задача леченія—достиженіе абсолютной чистоты примѣненіемъ невяжущихъ и не раздражающихъ дезинфицирующихъ веществъ, напр., спринцеваній и промываній растворомъ борной кислоты. Примочки изъ охлажденной льдомъ свинцовой воды и разбавленной Liqueur aluminii acetici часто также очень полезны. Можетъ быть также, благодаря тому, что они предотвращаютъ расчесываніе. Въ тяжелыхъ случаяхъ невозможно обойтись безъ морфія. Однако, его можно давать безъ всякой опасности, такъ какъ съ наступленіемъ родовъ всякое леченіе, въ томъ числѣ и морфіи, становится излишнимъ.

Уже въ старину было извѣстно, что шея беременныхъ становится поразительно толстой, и что толщина шеи у рожавшихъ женщинъ и впослѣдствіи остается увеличенной. Въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ женщины повязываютъ предъ родами шею крѣпкимъ платкомъ, чтобы «предотвратить зобъ». Тамъ, гдѣ зобъ эндемиченъ, много разъ замѣчено было, что во время беременности размѣры зоба увеличиваются, и что, при неблагоприятномъ расположеніи, опухоль эта можетъ послужить причиной затрудненія дыханія и смерти отъ задушенія.

Случаи Базедовой болѣзни во время беременности не часты. Я наблюдалъ два случая, въ которыхъ ожидавшееся ухудшеніе состоянія не наступило, и беременность была благополучно доведена до конца.

Въ одномъ случаѣ, наоборотъ, мнѣ пришлось произвести искусственный выкидышъ, на третьемъ уже мѣсяцѣ, въ виду того, что Pal-

pitatio cordis и предсердечная тоска развились до ужасающихъ размѣровъ. Въ другомъ случаѣ, осложненномъ сифилисомъ, я также прекратилъ беременность, на томъ основаніи, что увеличенная щитовидная железа, частью расположенная за грудиной, повела къ значительному затрудненію дыханія. Потеря крови была огромна. Въ настоящее время я бы совѣтовалъ прибѣгать къ экстирпаціи железы во время беременности, ибо, согласно моимъ новѣйшимъ наблюденіямъ, операція эта, даже при значительныхъ ея размѣрахъ, не ведетъ неизбѣжно къ прекращенію беременности.

Сифились.

Здѣсь возможны различные случаи.

Мать—сифилитичка. Въ этомъ случаѣ очень важно, заражена ли она сифилисомъ недавно или же подвергнувшись, быть можетъ, неоднократно успѣшному или безплодному леченію, она страдаетъ лишь третичными проявленіями сифилиса.

Если мать больна свѣжимъ сифилисомъ, то ребенокъ, большей частью, погибаетъ во вторую половину беременности и рождается, 2 или 3 недѣли спустя, въ видѣ мацерированнаго плода. Часто беременность и роды оказываютъ такого рода вліяніе, что у матери вновь появляются ранніе сифилиды, какъ, напр., Roseola, Tophi, опухоль селезенки, и, вообще, рецидивы.

Если же у матери сифились былъ лѣтъ десять тому назадъ, ребенокъ можетъ родиться и остаться здоровымъ, не смотря на то, что у матери имѣются налицо ползучія, торпидныя пораженія кожи и даже самыя тяжелыя третичныя явленія въ видѣ опухолей селезенки и мозговыхъ явленій. Бываетъ такъ, что первыя беременности часто кончаются выкидышемъ, затѣмъ рождаются дѣти съ наслѣдственнымъ сифилисомъ, а еще позже рождаются совершенно здоровые дѣти, не смотря на то, что у матери наблюдаются еще тяжелыя явленія третичнаго сифилиса.

Если отецъ сифилитикъ, но на половомъ членѣ его нѣтъ никакихъ сифилидовъ, то мать можетъ вначалѣ остаться здоровой. Но когда она забеременѣваетъ, она также поражается сифилисомъ. Это настолько правильно повторяется, что на основаніи факта зараженія женщины ставится распознваніе беременности.

Хотя виѣшнее первичное пораженіе можетъ съ виду отсутствовать, но, въ дѣйствительности, оно имѣется налицо, напр., въ шейкѣ матки, гдѣ оно съ трудомъ можетъ быть распознаннымъ. Во время беременности сифились протекаетъ очень бурно. Симптомы, обычно наступающіе позже, нагромождаются другъ на друга. Спустя 6—8

недѣль, могутъ уже имѣться налицо большія опухоли селезенки, Torhi, Iritis, ужасныя головныя боли, тяжелыя формы ангины и даже пораженія еюшника. И тогда даже самое усиленное леченіе, обыкновенно, не въ состояніи спасти ребенка.

Нельзя отрицать, что часто женщины, забеременѣвшія отъ мужей-сифилитиковъ, могутъ также оставаться, съ виду, здоровыми, не смотря на то, что дѣти рождаются мертвыми и сифилитическими. Однако, всѣ болѣзни встрѣчаются въ тяжелыхъ и въ легкихъ формахъ. Послѣ такого сифилитическаго выкидыша на 5-мъ мѣсяцѣ, я видѣлъ у совершенно здоровой до того времени женщины легкую форму розеола и ангины. Домашній врачъ не хотѣлъ признать сифилитическое происхожденіе этихъ явленій и отказался отъ ртутнаго леченія. Я наблюдалъ эту женщину втеченіе десяти лѣтъ. Она оставалась здоровой. Мужъ ея продѣлалъ два курса ртутныхъ втираній, и у него впослѣдствіи рождались здоровые дѣти. Не смотря на все это, я не вѣрю, что мать была здорова, а допускаю, скорѣе, что въ данномъ случаѣ имѣлася слабая abortивная форма сифилиса, отъ которой здоровый организмъ постепенно отдѣлялся.

Если отецъ и мать больны сифилисомъ, то очень многое зависитъ отъ того, имѣется ли дѣло со свѣжимъ, или же старымъ, ослабленнымъ терапіей, сифилисомъ. Не смотря на тяжелый третичный сифилисъ обоихъ родителей, впослѣдствіи могутъ родиться здоровые дѣти, въ особенности короткое время спустя послѣ новаго курса ртутныхъ втираній. Однако, по минованіи эффека леченія, вслѣдъ за этими здоровыми дѣтьми, часто снова рождаются пораженные сифилисомъ дѣти, не смотря на то, что родители не даютъ никакихъ новыхъ симптомовъ сифилиса.

Извѣстны также случаи, когда женщины заражались сифилисомъ лишь во вторую половину беременности, и ребенокъ оставался здоровымъ, или же заражался во время рожденія, отъ прикосновенія къ свѣжимъ кондиломамъ. Однако, всѣ эти замѣчательные случаи съ трудомъ выдерживаютъ строгую критику.

Послѣ излеченныхъ тяжелыхъ сифилитическихъ пораженій наружныхъ половыхъ частей, могутъ образоваться такіе твердые фиброзныя рубцы, что vulva абсолютно не можетъ растягиваться. Приходится, въ такомъ случаѣ, дѣлать глубокіе надрѣзы, чтобы сдѣлать возможнымъ прохожденіе ребенка.

Опасности сифилиса для супружества настолько общеизвѣстны, что мужчины, страдающіе сифилисомъ, или раньше, по ихъ мнѣнію, страдавшіе имъ, считаютъ нужнымъ обращаться за совѣтомъ къ врачу. Самый простой совѣтъ—не вступать въ бракъ, къ сожалѣнію, часто трудно выполнимъ. Поэтому, врачъ долженъ обратить вниманіе на

хроническое теченіе болѣзни, допустить хотя, что сифились излечимъ, но, вмѣстѣ съ тѣмъ, указать на то обстоятельство, что опасность, все таки, имѣется налицо втеченіе всей жизни, и поставить на видъ, что по этой причинѣ жена, особенно съ наступленіемъ беременности, и ребенокъ послѣ рожденія подлежатъ самому тщательному надзору, что мужъ также долженъ внимательно слѣдить самъ за собой, за случайнымъ появленіемъ новыхъ признаковъ еще существующей болѣзни. Добросовѣстные мужья бываютъ не прочь ознакомить своихъ женъ съ положеніемъ вещей. Съ точки зрѣнія нравственности, это вполне обосновано, но, въ дѣйствительности, неразумно, ибо въ однихъ случаяхъ женщины неосознательно относятся къ этому вопросу, такъ что подобное сообщеніе является безцѣльнымъ, въ другихъ же случаяхъ, у женщины разрушаются всѣ иллюзіи относительно добродѣтелей мужа и она становится черезчуръ мнительной—въ такомъ случаѣ, это сообщеніе становится вреднымъ. Слѣдуетъ, однако, ставить мужа въ извѣстность относительно всѣхъ возможныхъ при сифились явленій и опасностей, чтобы ему такимъ образомъ, было ясно, когда врачебная помощь становится необходимой.

Во всякомъ случаѣ, со времени появленія первыхъ симптомовъ долженъ пройти трехлѣтній промежутокъ безусловнаго здоровья, чтобы больной былъ вправѣ вступить въ бракъ. Каждому сифилитику я советую продѣлать курсъ ртутныхъ втираній въ видѣ спеціального приготовленія къ браку, въ виду того, что извѣстно, что вскорѣ послѣ ртутнаго леченія часто рождаются здоровые дѣти и что, по исчезновеніи эффекта леченія, снова появляются сифилитическіе дѣти. Подобное леченіе безусловно не приноситъ вреда, такъ какъ въ настоящее время оно проводится при одновременномъ укрѣпляющемъ леченіи; иногда получается даже такого рода впечатлѣніе, будто подъ вліяніемъ ртутнаго леченія силы организма повышаются и больной снова принимаетъ цвѣтушій видъ.

Если женщина поражается сифилисомъ, не будучи беременной, то ее пользуютъ обычнымъ образомъ, какъ всякую сифилитичку. Въ особенности необходимо одновременно проводить общее и мѣстное леченіе, ибо изъ мѣстныхъ пораженій въ организмъ постоянно поступаютъ новыя заразныя начала.

Пользованіе беременной должно проводиться самымъ энергичнымъ образомъ, тотчасъ послѣ постановки точнаго діагноза. Къ сожалѣнію, распознаваніе дѣлается часто слишкомъ поздно, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда мужья не освѣдомлены на этотъ счетъ. Постоянно имѣющіяся розеола, Torpi, ангина, сильнѣйшія головныя боли либо остаются незамѣченными, либо разсматриваются, какъ спутники беременности. Иной разъ, лишь при наличности свѣтобоязни и болей,

окулисть дѣлаеть распознаваніе совершенно яснаго ирита, или опухоли въ области зрачка. Я самъ неоднократно видѣлъ, что типичная ангита цѣлыми недѣлями безъ всякаго успѣха подвергалась прижиганію, причемъ врачу въ голову не приходило заподозрить казавшійся ему невозможнымъ сифились. Подобные случаи становятся ясными для діагноза, лишь только придетъ о нихъ мысль.

Слѣдуетъ немедленно приступить къ ртутнымъ втираніямъ. Всѣ другіе способы введенія ртути въ организмъ, при всемъ ихъ удобствѣ, необходимо отсовѣтывать самымъ энергичнымъ образомъ, даже если они желательны мужу, съ цѣлью скрыть болѣзнь. Самые лучшіе результаты всегда достигаются при леченіи втираніями, при которомъ не имѣютъ мѣста тѣ несчастные случаи, которые наблюдаются при впрыскиваніяхъ. При этомъ слѣдуетъ ежедневно спринцевать влагалище растворомъ сулемы 1:1000, ибо сифилитическія пораженія, съ трудомъ распознаваемыя, встрѣчаются часто на Portio и въ каналѣ шейки матки. Если имѣется значительная эрозія, то она можетъ быть сифилитическаго происхожденія и ее, поэтому, слѣдуетъ лечить спринцеваніями и прижиганіями съ *Liquor hydrargyri nitrici*. Можно также вводить каломель на эрозію и въ шейку матки. При наступленіи стоматита и поносовъ, слѣдуетъ видоизмѣнить леченіе. Во время леченія требуется самое усиленное питаніе.

Пораженія въ области наружныхъ половыхъ частей и заднепроходной щели исчезаютъ въ нѣсколько дней, если примѣняются обильныя присыпки каломеля. Сначала смываютъ отдѣляемое. Затѣмъ смачиваютъ кондиломы, или бляшки солевымъ растворомъ и натираютъ каломелемъ. Послѣ этого устанавливается незначительное жженіе. При такомъ леченіи удивительно быстро исчезаютъ всякія разрошенія въ области наружныхъ половыхъ частей. Хорошее самочувствіе, по большей части, вскорѣ возстановляется. Ангина, боль въ горлѣ, головныя боли быстро исчезаютъ, 2—3 недѣли спустя, не оказывается никакихъ слѣдовъ опухоли селезенки или ирита.

Къ сожалѣнію, въ этихъ случаяхъ, ребенокъ, по большей части, погибаетъ и рождается преждевременно. Родильный періодъ ни въ какомъ случаѣ не является противопоказаніемъ противъ энергичнаго продолженія леченія втираніями. Въ руки и ноги и спину можно безъ всякаго вреда продолжать дѣлать втиранія, между тѣмъ, какъ постельный покой и теплота, пребываніе въ насыщенной ртутными парами постели родильной комнаты способствуютъ успѣху леченія. Сулемовыя спринцеванія слѣдуетъ начать лишь чрезъ 3 недѣли послѣ родовъ, ибо до того времени легко можетъ наступить тяжелое отравленіе ртутью. Поэтому, приходится довольствоваться дезинфицирующими спринцеваніями, съ добавленіемъ алкоголя 30:1000.

Если врачъ призывается къ беременной, у которой ребенокъ погибъ, безъ всякой видимой причины, во вторую половину беременности, то ему всегда приходится подумать о сифилисѣ и принять всѣ мѣры предосторожности къ тому, чтобы остеречься отъ зараженія. Количество врачей и акушерокъ, заражавшихся во время исполненія своихъ обязанностей, ужасающе велико. Въ настоящее время это случается рѣже, быть можетъ, главнымъ образомъ отъ того, что обязательная дезинфекція сулемой въ нѣкоторой степени уменьшаетъ шансъ зараженія.

Отсутствіе поражений на пальцахъ не служитъ еще ручательствомъ отъ зараженія. Палець заражается такъ же, какъ и неповрежденный половой членъ, ибо въ области ногтевого ложа на немъ имѣются такія же тонкія, легко подвергающіяся зараженію, частицы кожи, какъ на половомъ членѣ. И, кромѣ того, несомнѣнно, что во время чистки ногтей и ногтевыхъ желобковъ инструментами легко наносятся маленькія пораненія. Такимъ образомъ, самой совершенной защитой является примѣненіе резиновыхъ перчатокъ или резиновыхъ пальцевъ на изслѣдующую руку. Однако, если эти защитительныя средства не имѣются налицо и не могутъ быть пріобрѣтены, то, конечно, вполне достаточно послѣ cadaго изслѣдованія тщательно промывать руку въ растворѣ сулемы. Я предлагаю сначала обмыть руку и затѣмъ держать ее втеченіе 3-хъ минутъ въ сулемовомъ растворѣ.

Послѣ рожденія мертвого ребенка, врачъ долженъ поговорить съ отцемъ ребенка и сказать ему, что среди причинъ, обусловливающихъ смерть плода, сифились является самой частой, что при новой беременности она всякій разъ можетъ снова сказаться, что тщательное леченіе въ состояніи предотвратить подобное же несчастіе въ будущемъ, что скрывать подобную болѣзнь—это со стороны мужа не только безнравственно, несправедливо въ отношеніи жены, но и несомнѣнно вполне безразсудно. Слѣдуетъ также настоятельно совѣтовать произвести вскрытіе плода, съ цѣлью точнаго установленія причины смерти.

Любой врачъ въ состояніи установить типичныя данныя, получаемыя при вскрытіи плода. Для этого, едва-ли есть надобность въ привлеченіи спеціалиста по патологической анатоміи. Часто находятъ въ печени и легкихъ, рѣдко въ селезенкѣ, отчетливой величины гуммозныя опухоли, въ 2—3 сантиметра въ поперечникѣ. Онѣ не могутъ остаться незамѣченными, ибо по своему свѣтлому цвѣту выдѣляются на фонѣ окружающей ткани. Если даже эти измѣненія не имѣются налицо, то находятъ, по крайней мѣрѣ, воспа-

лительный поясъ на границѣ между хрящемъ эпифизовъ и костью діафизовъ трубчатыхъ костей конечностей.

Если мужъ признаетъ сифились, или если послѣдній установленъ на вскрытіи ребенка, а у жены всякіе признаки сифилса отсутствуютъ, то можно обождать 2—3 недѣли, чтобы дать миновать всѣмъ послѣдствіямъ родильнаго періода. Къ этому времени настоятельно показуется леченіе ртутными втираніями обоихъ супруговъ, если даже жена не даетъ абсолютно никакихъ симптомовъ сифилиса. Супругу, во всякомъ случаѣ, слѣдуетъ запретить совокупленіе до завершения курса леченія. Послѣ окончанія леченія ничего нельзя возразить противъ продолженія супружескихъ сношеній. Ибо какъ разъ послѣ основательнаго леченія втираніями, наиболѣе, кажется, допустима возможность зачатія здороваго ребенка.

Чтобы не разъединить связанные между собой вопросы, я намѣренъ тутъ же сдѣлать вставку относительно терапіи сифилиса дѣтей. Здѣсь представляется рядъ различныхъ возможностей. Въ одномъ случаѣ ребенокъ рождается съ сифилисомъ. Онъ поразительно малъ, со скуднымъ развитіемъ подкожно-жирового слоя, окраска его кожи нѣсколько темна, у него врожденный Pemphigus, т. е. буллезные сифилиды на стопахъ (подошвахъ) и ладоняхъ. За этими пораженіями часто уже чрезъ нѣсколько дней слѣдуютъ топичныя онихіи, т. е. нагноенія ногтевыхъ ложъ на пальцахъ рукъ, и ногъ.

Сифилидологи считаютъ такіе случаи чрезвычайно неблагоприятными въ отношеніи предсказанія. Однако, необходимо отдавать себѣ ясный отчетъ въ томъ, что единственной причиной сквернаго состоянія ребенка служитъ сифились, и что, поэтому, слѣдуетъ энергично подавить сифились специфическими средствами, если желаютъ спасти ребенка. Успѣшные результаты, по большей части, не заставляютъ себя ждать, если только состояніе ребенка не совсѣмъ скверное и если онъ родился не слишкомъ преждевременно.

Самыхъ быстрыхъ успѣховъ можно достигнуть немедленнымъ примѣненіемъ тройнаго рода мѣръ: сулемовыхъ ваннъ, внутренняго леченія каломелемъ и мѣстнымъ леченіемъ обнаружившихся сифилидовъ. Сулемовая ванна можетъ быть устроена въ любой цинковой ваннѣ, ибо сулема не настолько быстро разлагается, чтобы утратить свое дѣйствіе непосредственно вслѣдъ за приготовленіемъ ванны. Для дѣтской ванны достаточно сулемовой лепешки въ 1 граммъ.

Врачъ долженъ самъ купать ребенка, чтобы навѣрняка предупредить попаданіе сулемы ребенку въ ротъ, или же онъ долженъ быть увѣреннымъ въ томъ, что няня избѣжитъ этой ошибки. Ребенокъ остается въ ваннѣ 10 минутъ.

Дозировка каломеля должна производиться въ высшей степени добросовѣстно. Прописываются маленькіе порошки изъ 0,2 сахара съ 0,01 каломели два раза въ день; порошокъ насыпается ребенку на языкъ. Если ограничиваться однимъ лишь назначеніемъ давать порошокъ, то его часто разводятъ съ водой въ ложкѣ; въ такомъ случаѣ, тяжелый каломель прилипаетъ къ ложкѣ, ребенокъ получаетъ только растворъ сахара, и никакого дѣйствія не наблюдается. Чтобы быть обеспеченнымъ въ успѣшныхъ результатахъ, слѣдуетъ быть обеспеченнымъ и въ томъ, что ребенокъ получаетъ сполна назначенную маленькую дозу каломеля. Этого можно достигнуть только слѣдующимъ образомъ: пальцемъ нѣсколько раздражаютъ нижнюю губу ребенка и, вслѣдъ за рефлекторнымъ открываніемъ рта, всыпаютъ порошокъ въ ротъ.

Далѣе, слѣдуетъ примѣнять на кисти и стопѣ, пораженныхъ онихіей, пластырь, состоящій изъ Unguentum Praecipitati albi и Oleum Olivarum ana. Конечность повязываютъ полотняной тряпочкой и тряпочку прикрѣпляютъ при помощи тесьмы къ основанію ручной кисти и стопы.

При такомъ леченіи, онихіи и сифилиды исчезаютъ втеченіе немногихъ дней. По мѣрѣ того какъ улучшение подвигается впередъ, слѣдуетъ уменьшать введеніе ртути. Спустя недѣлю, прекращаютъ сулемовыя ванны и замѣняютъ ихъ ваннами изъ таннина, или дубовой золы. Если пальцы и т. п. излечены, то преципитатная мазь становится излишней. Однако, леченіе каломелемъ продолжаютъ, въ общемъ, три недѣли. Само собой понятно, что его отмѣняютъ по мѣрѣ надобности, если у ребенка наблюдаются постоянныя боли въ животѣ, и если типичный поносъ зелеными испражненіями становится слишкомъ учащеннымъ. Calomelanos 0,02 pro die, по большей части, хорошо переносится. Можетъ быть оттого, что исключительно молочная пища новорожденныхъ содержитъ слишкомъ мало поваренной соли, и каломель, поэтому, менѣе раздражаетъ, чѣмъ при содержащей соль пищѣ взрослыхъ. Уходъ за полостью рта излишенъ. У ребенка не имѣется еще зубовъ, и десны, поэтому не припухаютъ.

Вторую категорію дѣтей составляютъ тѣ дѣти, которые рождаются, съ виду здоровыми и у которыхъ лишь впослѣдствіи обнаруживаются признаки сифилиса. Въ общемъ, можно признать вѣрнымъ, что, чѣмъ позже сифились обнаруживается, тѣмъ онъ слабѣе, или тѣмъ легче онъ протекаетъ. Тяжелой инфекціи свѣжимъ ядомъ плодъ подпадаетъ на шестомъ мѣсяцѣ. При болѣе легкой инфекціи ребенокъ съ наслѣдственнымъ сифилисомъ рождается живымъ, и при болѣе слабой инфекціи сифилиды выступаютъ, лишь спустя нѣкоторое время послѣ рожденія.

Если сифились родителей установленъ, приходится внимательно наблюдать за ребенкомъ по времени это удобнѣ всего дѣлать послѣ купанья, когда особенно отчетливо выступаютъ красныя пятна вблизи задняго прохода. И у этихъ дѣтей всегда имѣется розеола, которая, однако, короткое время, иногда лишь втеченіе одного дня, бываетъ отчетливо видна. Во всякомъ случаѣ, удастся видѣть маленькія, круглыя, слабо пигментированныя коричневатыя пятна, надъ которыми кожа легко шелушится; однако, отъ взоровъ профана или невнимательнаго врача эти пятна легко могутъ ускользнуть. Лучше всего они видны у задняго прохода, въ видѣ круглыхъ красныхъ пятенъ, въ особенности, если имѣется эритема въ окружности задняго прохода.

Эти первые признаки сифилиса, по большей части, остаются незамѣченными, а сифились распознается лишь по имѣющемуся уже катарру слизистой оболочки носа. Однако не подлежитъ сомнѣнію, что въ тѣхъ случаяхъ, которые обращаютъ на себя внимание, предшествовала розеола. Если у ребенка наблюдается Coryza, протекающая сначала безъ всякой примѣси гноя и крови, то она въ большинствѣ случаевъ сифилитическаго происхожденія, что лучше всего доказывается тѣмъ обстоятельствомъ, что лишь противу сифилитическое леченіе каломелемъ въ состояніи устранить это заболѣваніе втеченіе немногихъ дней, между тѣмъ, какъ никакое другое средство не даетъ улучшеній.

Безъ леченія, такіе дѣти сильно истощаются. Они голодаютъ. Для сосанія необходимо, чтобы ребенокъ вдыхалъ воздухъ чрезъ носъ. Если же носовые ходы заложены вслѣдствіе набуханія слизистой оболочки, скопленія засохшей крови или частицъ кости распадающагося сошника, то ребенокъ не въ состояніи сосать. Томимый голодомъ, онъ жадно схватываетъ сосокъ, подъ вліяніемъ чувства удушья, вскорѣ его выпускаетъ. Мать въ отчаяніи, ибо ребенокъ кажется ей голоднымъ и все таки, послѣ двухъ глотковъ, выталкиваетъ грудной сосокъ изо рта.

Непосредственно вслѣдъ за рожденіемъ, или втеченіе первыхъ трехъ недѣль наступающей насморкъ всегда достаченъ для діагносцированія сифилиса, который устанавливается еще затѣмъ на основаніи данныхъ анамнеза. Часто имѣется еще параличъ верхней конечности; онъ не нервнаго происхожденія и долженъ быть отнесенъ на счетъ сифилитическаго пораженія хрящей. Онъ исчезаетъ также, какъ болѣзненность при пассивныхъ движеніяхъ рукъ, подъ вліяніемъ противосифилитическаго леченія.

При этихъ формахъ, при которыхъ кожа совершенно здорова и имѣется только Coryza, сулемовыя ванны являются совершенно безъ

цѣльными. Приходится лечить однимъ только каломелемъ, и въ тяжелыхъ случаяхъ, когда, напр., носъ постоянно кровоточитъ, доводятъ дачу каломели до 0,03, даже до 0,05 въ день. Въ большинствѣ случаевъ, уже спустя 12—14 дней, исчезаютъ всякіе слѣды сифилиса; не смотря на это, лечение слѣдуетъ продолжать въ теченіе 20-ти дней. Послѣ прекращенія лечения слѣдуетъ, однако, продолжать внимательно наблюдать за ребенкомъ. Вскорѣ, обыкновенно, наступаетъ слабый рецидивъ, который устраняется уже при болѣе кратковременномъ леченіи. Послѣ двухъ—трехъ курсовъ ртутнаго леченія ребенокъ хотя и здоровъ, но все таки еще не защищенъ отъ *Lues hereditaria tarda*, которая можетъ выступить впослѣдствіи въ видѣ *Ozaena*, нагноенія неба, *Spina ventosa*, *Retinitis punctata* и т. п., но не подлежитъ здѣсь нашему обсужденію.

Что касается вскармливанія такихъ сифилитическихъ дѣтей, то, естественно, желательнѣе всего вскармливаніе грудью матери. Необходимо къ этому стремиться, при малѣйшей возможности. Также во время леченія матери ртутными втираніями. Въ виду того, что доказанъ переходъ ртути въ молоко матери, кормленіе во время леченія особенно показано.

Если вскармливаніе грудью матери невозможно, то необходимо искусственное вскармливаніе. Врачъ никогда не долженъ давать своего согласія на вскармливаніе грудью кормилицы. Ибо не подлежитъ никакому сомнѣнію, что даже при отсутствіи поврежденій во рту ребенка сифились переносится на кормилицу. Я неоднократно видѣлъ первичныя пораженія на груди кормилицы. Первичное пораженіе иногда съ трудомъ обнаруживается, если оно находится въ самомъ соскѣ, причѣмъ послѣдній увеличивается, твердѣетъ и набухаетъ, не давая ясныхъ признаковъ изъязвленія. Врачу пришлось бы себя самого обвинять въ нерадивомъ поврежденіи здороваго организма, если бы онъ принималъ участіе въ подысканіи кормилицы для сифилитическаго ребенка.

Если врачъ застаётъ уже кормилицу, онъ долженъ обратить вниманіе родителей, на грозящую опасность и удержать за собой право, въ случаѣ зараженія кормилицы, поставить ее въ извѣстность относительно характера ея заболѣванія, чтобы имѣть возможность правильно ее лечить. Тяжелыя минуты приходится часто переживать добросовѣстному врачу, когда сифилитическій ребенокъ хорошо развивается у кормилицы, и родители не хотятъ склониться на то, чтобы отказаться отъ такого хорошаго источника питанія для своего ребенка. И все таки врачъ обязанъ, въ силу своего призванія, выступать со своимъ запрещеніемъ. Въ настоящее время, когда настолько усовершенствованы способы искусственнаго вскармливанія, опасность при необходимости отказаться отъ кормилицы, во всякомъ случаѣ, значительно меньше.

Предсказаніе въ этихъ случаяхъ зависитъ отъ отношенія домашняго врача. Если врачъ добросовѣстенъ, внимательно наблюдаетъ за ребенкомъ и заботливо ведетъ питаніе и противосифилитическое леченіе, то ему часто удается сохранить въ живыхъ и выростить здоровымъ человекомъ совершенно жалкаго ребенка. Если же подобные случаи, какъ это часто бываетъ въ бѣдной практикѣ, поздно подвергаются пользованію врача, и если послѣднее плохо ведется и выполняется, то дѣти погибаютъ. Ложный традиціонный взглядъ о неблагопріятномъ предсказаніи при наслѣдственномъ сифилисѣ становится, въ такомъ случаѣ, обоснованнымъ.

ТРИНАДЦАТАЯ ГЛАВА.

Эклампсія.

Эклампсія принадлежитъ къ числу самыхъ опасныхъ осложненій беременности и родовъ; въ концѣ беременности, чаще же непосредственно предъ родами, наступаютъ тяжелые эпилептоидные припадки съ потерей сознанія. Ребенокъ погибаетъ почти всегда, мать же по различнымъ статистическимъ даннымъ, въ 15—20% случаевъ. У повторнородящихъ предсказаніе хуже, чѣмъ у первородящихъ.

Эклампсія бываетъ чаще у первородящихъ, чѣмъ у повторнородящихъ. При повышенномъ внутрибрюшномъ давленіи, которое развивается при узкомъ тазѣ, гдѣ не вставляется предлежащая часть или при двойняхъ, эклампсія наблюдается чаще, чѣмъ при нормальныхъ отношеніяхъ.

Эклампсии часто предшествуютъ явленія со стороны желудка. Во множествѣ случаевъ, уже за сутки, у беременныхъ наблюдается тошнота, головныя боли, отсутствіе аппетита и неопредѣленная прекардіальная тоска. Призванный врачъ застаётъ беременную лежащей, въ виду головокруженій. Нерѣдко, въ особенности въ тяжелыхъ случаяхъ, вся картина болѣзни начинается съ полного общаго ослѣпленія, при сохранившемся еще сознаніи. Продолжается ли амаврозъ и при наступленіи припадка, нельзя сказать увѣренно, такъ какъ во время припадка рано теряется сознаніе.

Часто развиваются отеки, совершенно остро, напр., втеченіе одной ночи, до наступленія судорожныхъ припаdkовъ. Въ отношеніи предсказанія особенно неблагопріятны частичные отеки, наблюдающіеся еще до наступленія какихъ либо серьезныхъ симптомовъ. Такъ, я видѣлъ больныхъ, которые, среди общаго хорошаго самочувствія, съ

удивленієм отмѣчали внезапное припуханіе руки. Вслѣдствіе отека лица, глаза вдругъ переставали хорошо раскрываться. Втеченіе нѣсколькихъ часовъ развились головныя боли, амаврозъ и эклампсія.

Вызываютъ ли схватки эклампсію или же эклампсія схватки, этотъ вопросъ трудно установить съ точностью въ каждомъ единичномъ случаѣ. Болѣе вѣроятнымъ кажется мнѣ послѣднее. Однако, слѣдуетъ допустить, что нервное возбужденіе, вызываемое родовой дѣятельностью, способствуетъ частотѣ припадковъ. И внѣшнія раздраженія, какъ, напр., вліяніе холода при переодѣваніи, ошупываніе или прикосновеніе во время изслѣдованія, вызываютъ наступленіе припадковъ, между тѣмъ, какъ полный покой, по всей вѣроятности, оказываетъ благоприятное дѣйствіе.

Число припадковъ различно. Насчитывали уже до 100. Однако, встрѣчаются рѣдкіе случаи, когда наблюдаются всего одинъ или два припадковъ, напр., одинъ припадокъ до, другой — послѣ родовъ, затѣмъ полное отсутствіе припадковъ и переходъ къ выздоровленію. Чаще всего эклампсія наступаетъ во время родовъ, однако, во многихъ случаяхъ эклампсія ведётъ къ наступленію родовъ, resp. потужной дѣятельности до надлежащаго срока, т. е. еще во время беременности. Наиболѣе рѣдки случаи появленія эклампсіи лишь втеченіе послѣродового періода. Чѣмъ больше припадковъ, тѣмъ неблагоприятнѣе предсказаніе.

Количество мочи, обыкновенно, понижено. При катетеризаціи въ пузырь оказывается мало мочи, иногда настолько мало, что ея едва достаточно для изслѣдованія. Она имѣетъ коричнево-красный цвѣтъ, содержитъ красныя и бѣлыя кровяныя тѣльца, цилиндры различнаго вида, жирно перерожденныя клѣтки почечнаго эпителия и иногда такъ много бѣлка, что при кипяченіи моча цѣликомъ свертывается. Чѣмъ тяжелѣе случай, тѣмъ сильнѣе альбуминурія. Случаи съ нормальнымъ количествомъ мочи чрезвычайно рѣдки.

Во время припадковъ отдѣляется очень мало мочи. Возобновленіе мочеотдѣленія считается признакомъ благоприятнымъ въ отношеніи предсказанія. Однако я наблюдалъ не разъ смертельный исходъ въ тѣхъ случаяхъ, когда мочеотдѣленіе снова вполне возстановлялось. Твердо установленныхъ данныхъ въ этомъ отношеніи не имѣется. Приблизительно въ 98% всѣхъ случаевъ имѣется налицо альбуминурія, слѣдовательно, пораженіе почекъ.

Припадки вполне сходны съ эпилептическими припадками. Они начинаются послѣ непродолжительнаго общаго возбужденія, выражающагося раньше потери сознанія въ ощущеніи какой то тоски, а послѣ потери сознанія — въ общемъ безпокойствѣ, въ томъ, что больная мечется во всѣ стороны, движетъ руками и головой, что у нея начинаются подерги-

ванья мышцъ, часто сначала мускулатуры лица. Въ другихъ случаяхъ, почти внезапно выпрямляется все тѣло, рѣчь и сознание теряются, подергиванья распространяются на мышцы всего тѣла, зрачокъ вначалѣ расширенъ, лицо блѣдно. Скоро поражается дыхательная мускулатура, дыханіе становится стерторознымъ, устанавливается трахеальный шумъ, лицо становится вздутымъ и цианотичнымъ, кровянистая пѣна—вслѣдствіе поврежденій языка—покрываетъ ротъ и лицо. Часто зубы бываютъ такъ крѣпко стиснуты, что при судорожномъ дыханьи пѣнистая слюна брызжетъ сквозь зубы. Цианозъ доходитъ иногда до угрожающихъ размѣровъ, дыханіе становится неправильнымъ, наступаетъ отекъ легкихъ.

Пульсъ малъ и очень частъ, временами также прерывается. Часто наблюдается непроизвольное отхожденіе мочи и кала.

Почти всегда экламптики лихорадятъ. Уже давно установлено, что послѣ эпилептическихъ судорогъ температура повышается. Но при эклампсіи лихорадка значительно сильнѣе. Часто въ такихъ случаяхъ дѣло можетъ сводиться къ сепсису, въ особенности послѣ попытокъ къ родовспоможенію безъ соблюденія антисептическихъ мѣръ предосторожности. Однако, лихорадка наблюдается и въ тѣхъ случаяхъ, когда инфекция навѣрное не имѣла мѣста, напр., у беременныхъ, находящихся въ больницѣ и не подвергавшихся изслѣдованію. Поэтому, приходится допустить, что ядъ, вызывающій эклампсію, въ состояніи также вызвать лихорадку, подобно тому, какъ повышение температуры наблюдается при многихъ другихъ интоксикаціяхъ. По моимъ наблюденіямъ, чисто экламптическая лихорадка особаго значенія для предсказанія не имѣетъ.

Во время припадка, сопровождающагося судорогой сосудовъ, кровяное давленіе повышается, однако, оно претерпѣваетъ значительныя измѣненія, такъ что часто даже понижается, въ особенности *sub finem vitae*.

По прекращеніи припадка, продолжающагося отъ четверти минуты до двухъ минутъ, дыханіе снова становится правильнымъ и очень глубокимъ, точно такъ же и пульсъ становится правильнымъ и поразительно сильнымъ, часто, какъ при повышеніи внутричерепнаго давленія, медленнымъ и твердымъ. Продолжительная же малая высота и учащеніе пульса свыше 100 ударовъ имѣетъ неблагоприятное въ смыслѣ предсказанія значеніе. Зрачки, часто сильно суживающіеся въ началѣ припадка и снова расширяющіеся во время припадка, опять принимаютъ нормальный видъ.

Послѣ перваго, или нѣсколькихъ припадковъ, въ особенности, если они не были очень интенсивны, сознание нерѣдко возвращается. Больная жалуется на сильную головную боль и чувство оцѣпненія,

она не имѣетъ никакого представленія о томъ, какъ долго она была въ безпамятствѣ и о томъ, что съ нею происходило, но чувствуетъ себя такой же слабой и разбитой, какъ эпилептикъ послѣ припадка. Воспоминаніе о времени, предшествовавшемъ припадку, также часто помрачается, или же совершенно исчезаетъ.

Патолого-анатомически наблюдаются, обыкновенно, измѣненія въ почкахъ, а именно: перерожденіе, ожиреніе и омертвленіе секреторнаго эпителія; геморрагическіе и анэмические некрозы печени, которые должны быть разсматриваемы, какъ слѣдствіе судорогъ. Въ мозгу были найдены кровоизліянія, фокusy размягченія. Въ сердцѣ также было открыто жировое перерожденіе мышць, омертвленіе мышечныхъ волоконъ и множественный тромбозъ.

Часто наблюдается расширеніе одного мочеточника, рѣже обоихъ. Закупорка сосудовъ клѣтками синцитія, эндотелія сосудовъ и печеночными клѣтками установлена, почти какъ правило. Относительно значенія этихъ данныхъ, т. е. являются ли онѣ причиной или слѣдствіемъ припадковъ, изслѣдованія еще не закончены.

Предсказаніе представляется очень сомнительнымъ. До нынѣ не имѣется ни одного признака, описаннаго въ качествѣ благопріятнаго, который не бывалъ бы обманчивымъ. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что опорожненіе матки оказываетъ благопріятное вліяніе, точно такъ же и внутриутробная смерть плода имѣетъ благопріятное значеніе въ смыслѣ предсказанія. Особенно неблагопріятно протекають тѣ случаи, въ которыхъ послѣ родовъ снова наступаютъ сильныя припадки, и ціанозъ продолжаетъ держаться и въ свободное отъ припадковъ время. Благопріятны для предсказанія тѣ случаи, когда промежутки между припадками постепенно становятся все больше и больше и сила ихъ убываетъ. Въ неблагопріятныхъ случаяхъ пульсъ не поправляется и становится все болѣе скорымъ, малымъ и слабымъ.

Если непосредственная опасность эклампсіи даже миновала, существуютъ еще многія другія вторичныя опасности. Антисептическое веденіе родовъ, къ сожалѣнію, врядь-ли можетъ быть достаточно обезпечено, такъ какъ мечущаяся больная не можетъ быть въ удовлетворительной мѣрѣ защищена въ этомъ отношеніи. Затѣмъ, нерѣдки бывають послѣдовательныя кровотеченія. Неразь я видѣлъ также экламптичекъ, умирающихъ отъ аспираціонной пнеймоніи, съ гангренной легкиихъ. Могутъ присоединиться психозы. Кровоизліянія въ головной мозгъ, наступающія при эклампсіи, ведутъ къ гемиплегіи, къ комѣ и смерти.

Смерть нерѣдко наступаетъ на высотѣ приступа, вслѣдствіе недостаточности дыханія, часто также послѣ нѣсколькихъ припадковъ въ

глубокой комѣ, при явленіяхъ давленія на мозгъ, апоплексіи, задушенія, resp. отека легкихъ.

Смертность дѣтей при эклампсіи значительно еще выше, чѣмъ смертность матерей. Это происходитъ вслѣдствіе многихъ причинъ. Во-первыхъ, дѣти часто недоношены, въ виду того, что эклампсія часто наступаетъ въ послѣдній періодъ беременности.

Затѣмъ, дѣти поддаются отравленію тѣми же токсинами, какъ и матери, далѣе, количество кислорода является у матери сильно пониженнымъ, вслѣдствіе недостаточнаго дыханія, о чемъ и свидѣтельствуетъ ціанозъ. Въ силу этого ребенокъ умираетъ отъ отравленія угольной кислотой. — И наконецъ, вѣроятно не одинъ ребенокъ погибъ отъ вводимыхъ въ организмъ матери огромныхъ количествъ морфія и хлороформа.

Статистическія данныя относительно эклампсіи до сихъ поръ не даютъ никакой яркой картины. Частота случаевъ вычисляется на основаніи матерьяла поликлиникъ и клиникъ. Однако, въ клинику охотно препровождаются экламптические роженицы, такъ что самыя крупныя разницы возникаютъ въ зависимости отъ того, велико ли населеніе даннаго города или мало, относится ли оно съ довѣріемъ къ клиникѣ, принимаетъ ли клиника съ готовностью экламптичекъ, во всякое время и т. п.

Мы находимъ, прямо, огромныя колебанія, такъ напр.: Halle 2.712 родовъ съ 57 случаями—эклампсіи, Königsberg 5.439 родовъ съ 75 случаями эклампсіи. И съ другой стороны: Heidelberg 3.870 родовъ съ 9 случаями эклампсіи, Budapest 7.407 родовъ съ 28 случаями!

По статистикѣ, составленной мною при помощи акушерокъ, получилось соотношеніе 1:900. По другой большей статистикѣ— 1:500. Многими отвергается, что эти колебанія происходятъ въ силу космически-почвенныхъ, или инфекціонныхъ условій, однако, приходится, на основаніи многихъ наблюденій, допустить, что въ холодную, сырую осеннюю и весеннюю пору эклампсія встрѣчается особенно часто. Эта частота иногда настолько бросается въ глаза, что возникаютъ попытки признать вѣроятность эпидемической инфекціи, какъ при инфлуэнцѣ. Интересно, что въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ, какъ напр., въ Баденѣ, въ особенности въ Вюртембергѣ, эклампсія встрѣчается поразительно рѣдко.

Полнаго, одинаковаго для всѣхъ случаевъ и исчерпывающаго объясненія всего симптомокомплекса эклампсіи еще не имѣется. Только одно твердо установлено: что въ преобладающемъ количествѣ случаевъ, можетъ быть даже во всѣхъ случаяхъ чистой формы эклампсіи, производящей причиной являются болѣзненные состоянія почекъ и ихъ функции. Уже Frerichs, послѣ открытія, сдѣланнаго Lever'омъ въ

1843 году, относительно связи между эклампсией и альбуминурией, объявил эклампсию симптомомъ нарушенной функции почекъ, *resp.* уремии. Вещества, при физиологическихъ условіяхъ выводимыя почками, остаются въ крови. Насыщенная этими ядовитыми веществами кровь омываетъ центральные органы и вызываетъ судороги. Судороги являются, такимъ образомъ, симптомомъ токсэміи, *resp.* уремии.

Спрашивается, однако: какова природа этого яда, находящагося въ крови? Отчего онъ образуется съ такой поразительной быстротой, подчасъ у совершенно, до того, здоровыхъ беременныхъ? Какое значеніе имѣетъ поражение почекъ, служить ли оно причиной или слѣдствіемъ отравленія?

Всеобщее мнѣніе таково, что ядъ этотъ образуется въ организмѣ и что здѣсь не имѣется никакой инфекціи извѣстными, или неизвѣстными бактеріями. Точно такъ же единогласно признается, что этотъ ядъ представляетъ собой продуктъ обмѣна веществъ, занимающій промежуточное мѣсто между бѣлковыми тѣлами и крайними продуктами окисленія — мочевиной и мочевою кислотой. Взглядъ, который по существу своему также ведетъ свое происхожденіе отъ Fricrichs'a. Выдѣлить эти яды-токсины — еще не удалось. Неизвѣстна также причина, препятствующая выведенію этихъ веществъ изъ организма почками.

По взгляду нѣкоторыхъ изслѣдователей, печень играетъ нѣкоторую роль, при эклампсии. Schmorl и другіе находили въ печени экламптическихъ кровоизліянія и эмболіи печеночными клетками и продуктами распада. Если эти измѣненія не являются слѣдствіемъ припадковъ эклампсии, то можно допустить, что важная роль, выпадающая на долю печени при бѣлковомъ обмѣнѣ веществъ, нѣкоторымъ образомъ подрывается и что, слѣдовательно, въ нарушеніи функции печени заложена причина эклампсии. Однако, какъ слѣдуетъ этиологически объяснить подобное первичное пораженіе печени?

Мы знаемъ, что токсины извѣстныхъ заболѣваній поражаютъ функцию почекъ. Такъ, при скарлатинѣ и продолжительныхъ нагноеніяхъ наступаетъ альбуминурия, *resp.* нефритъ. Поэтому, мыслимо также, что токсины, при прохожденіи чрезъ почки, нарушаютъ почечную функцию. Въ силу этого нарушенія, *resp.* въ силу внезапно понижающагося мочеотдѣленія, токсины въ такой степени накапливаются въ крови, что они отравляютъ сосуды и вызываютъ появленіе судорогъ. Можетъ быть, въ качествѣ осложняющихъ моментовъ присоединяются еще: давленіе на мочеточники, обуславливающее задержку мочи, и повышеніе внутрибрюшного давленія, влекущее за собой анемію почекъ. Во всякомъ случаѣ, чаще всего эклампсія наблюдается при двойняхъ,

узкомъ тазѣ и у первородящихъ. И въ такомъ случаѣ, пораженіе почекъ, какъ бы, является слѣдствіемъ токсическаго вліянія.

Если же никакого пораженія почекъ не обнаруживается, то могутъ существовать другія начальныя причины симптомокомплекса эклампсіи, напр. кровоизліянія въ головной мозгъ, менингитъ, или же съ самаго начала происходитъ такое огромное скопленіе токсиновъ, что отравленіе—смерть—наступаетъ прежде, чѣмъ успѣваетъ развиться явный нефритъ. Но постепенно совершающееся скопленіе токсиновъ указываетъ, между прочимъ, недомоганіе, предшествующее день—два наступленію эклампсіи въ собственномъ смыслѣ. И въ такомъ случаѣ, эклампсія, какъ-бы, представляетъ собой аутоинтоксикацію. Неизвѣстно только, какіе при этомъ образуются въ организмѣ яды.

Часто моча не выдѣляется втеченіе сутокъ—обстоятельство, также подавшее поводъ къ предположенію, что дѣло сводится къ судорогамъ почечныхъ артерій: Въ случаѣ наступленія обильнаго мочеотдѣленія, или потоотдѣленія, предсказаніе часто улучшается, однако, не всегда.

Въ благопріятныхъ случаяхъ, моча, имѣвшая раньше коричнево-красный цвѣтъ и чрезвычайно богатая бѣлкомъ, можетъ снова стать совершенно нормальной по качеству и количеству, уже спустя 12 часовъ послѣ послѣдняго припадка. Повидимому, растворимые въ крови яды могутъ очень быстро образоваться или же поступать въ кровь и такъ же быстро выводиться изъ нея.

Опыты, производившіеся съ кровью и мочей экламптичекъ, съ одной стороны, недостаточно научно точны, въ виду того, что экспериментировано было не съ изолированными ядами, съ другой стороны единица отравляемости могла быть установлена только на животныхъ. Кромѣ того, у различныхъ авторовъ получались совершенно противорѣчивые результаты.

Опыты ставились слѣдующимъ образомъ: животнымъ впрыскивалась кровяная сыворотка и моча экламптичекъ и здоровыхъ. Если, при этомъ, оказывалось, что у экламптичекъ сыворотка въ высшей степени ядовита, а моча неядовита, у здоровыхъ же—моча очень ядовита, а сыворотка неядовита, то предполагали установленнымъ слѣдующій фактъ: что специфическій ядъ задержанъ въ сывороткѣ экламптичекъ и не выведенъ мочей, что у здоровыхъ, наоборотъ, ядъ не находился въ сывороткѣ а былъ выведенъ мочей.

Эти изслѣдованія также не привели къ опредѣленнымъ результатамъ. Наоборотъ, ядовитость сыворотки крови экламптичекъ опровергалась самымъ рѣшительнымъ образомъ.

Сердцу беременныхъ также приписывали роль при эклампсіи, допуская, что при слишкомъ слабомъ сердцѣ отдѣлительная способность почекъ нарушается.

Очень правдоподобнымъ является слѣдующее объясненіе: обмѣнъ веществъ является общимъ для матери и плода. Конечные продукты обмѣна веществъ плода лишь въ самой ничтожной своей части выводятся въ околоплодную жидкость, въ наибольшей же части — мочей матери, пройдя по кровянымъ путямъ черезъ почки ея. Здоровыя почки оказываются достаточными для выполненія этой задачи. Если же происходитъ нарушеніе почечной функціи матери, напр., вслѣдствіе судорожнаго состоянія почечныхъ сосудовъ, анэміи, въ силу высокаго давленія въ полости живота, вслѣдствіе сдавленія мочеточниковъ и недостаточнаго, въ силу этого, оттока мочи, подъ вліяніемъ какого либо яда, поражающаго почечный эпителий матери, то почки матери становятся недостаточными для выполненія возложенной на нихъ задачи. Въ такомъ случаѣ, ядовитыя вещества задерживаются, отравляютъ кровь, центральную нервную систему матери, вслѣдствіе чего наступаютъ судороги.

Когда плодъ умираетъ, его обмѣнъ веществъ прекращается, онъ перестаетъ поставлять новыя количества ядовитыхъ веществъ, поступленіе ядовъ, въ силу этого, уменьшается, яды выводятся, въ концѣ концовъ, изъ организма матери, путемъ ли кожной секреціи, кишечникомъ ли, или почками: послѣ удаленія ядовъ больная выздоравливаетъ. То же самое имѣетъ мѣсто и въ томъ случаѣ, когда наступаютъ роды, и у матери происходитъ обильный оттокъ крови. И то, и другое, дѣйствительно, наблюдается: какъ смерть плода, такъ и роды оказываютъ ожидаемое благоприятное вліяніе.

Каковъ, однако, этотъ ядъ — до сихъ поръ остается не разрѣшеннымъ, не смотря на самую тщательную разработку, которой этотъ вопросъ уже втеченіе 50 лѣтъ подвергается самыми ревностными изслѣдователями.

Всѣ существующія до сихъ поръ теоріи не даютъ объясненія внезапному появленію судорогъ. Острый моментъ, т. е. причина обуславливающая первый, внезапно наступающій припадокъ, еще не ясенъ хотя и найдено довольно вѣроятное объясненіе для отравленія материнской крови продуктами обмѣна веществъ, плода. Необходимы дальнѣйшія изслѣдованія для опредѣленія непосредственнаго повода къ появленію перваго припадка эклампсіи. До нахождения этого остраго момента, эклампсія остается не объясненной.

Уже въ прежнее время многіе изслѣдователи дѣлали указанія на то, что симптомокомплексъ эклампсіи не всегда долженъ имѣть неизбѣжно одну и ту же причину, что существуетъ, можетъ быть, различная, сложная, этиологія. Это не представляется невѣроятнымъ, если принять во вниманіе, что данныя вскрытія также бываютъ различны, что эклампсія наблюдается, хотя рѣдко, и при здоровыхъ поч-

кахъ. Я самъ потерялъ одну роженицу отъ «эклампсіи». На вскрытіи, печень, почки и т. д. оказались нормальными. Однако, при вскрытіи черепной полости были открыты многочисленные кровоизліянія на паутинной оболочкѣ, что, обыкновенно, приходится наблюдать только у дѣтей.

Что кровоизліяніе въ головной мозгъ симулируетъ эклампсію — вполне объяснимо. Если такую больную въ послѣднемъ періодѣ беременности приходится наблюдать *sub finem vitae*, то почти невозможно поставить дифференціальную діагностику. Однако даже у коматозной больной представляется возможность установить параличъ одной половины тѣла. Неравномѣрность зрачковъ и продолжительный параличъ одной половины лица говорятъ, главнымъ образомъ, за кровоизліяніе въ головной мозгъ. Точно такъ же остаются сотаціонарными потеря сознанія и неподвижное состояніе, между тѣмъ, какъ при эклампсіи наступаютъ все новые приступы судорогъ.

Часто, послѣ благопріятнаго исхода эклампсіи, намъ задается вопросъ: можетъ ли это повториться? Изъ гуманности приходится давать женщинѣ отрицательный отвѣтъ на ея вопросъ. Ибо надо представить себѣ смертельный ужасъ и отчаяніе женщины, когда она, снова забеременѣвъ, втеченіе девяти мѣсяцевъ будетъ принуждена страшиться подобной опасности!

Въ разговорѣ съ мужемъ, однако, врачъ обязанъ подчеркнуть, что, на самомъ дѣлѣ, эклампсія можетъ снова повториться при послѣдующей беременности. По двумъ причинамъ необходимо сказать объ этомъ супругу. Во-первыхъ, въ виду того, что болѣе продолжительный промежутокъ между беременностями въ три — четыре года несомнѣнно улучшаетъ предсказаніе. Особенно опасно скорое наступленіе новой беременности. У одной женщины я наблюдалъ эклампсію трижды подъ-рядъ; беременность наступала каждый разъ, спустя 3 мѣсяца послѣ родовъ. Итакъ, настоятельно слѣдуетъ рекомендовать нѣкоторый перерывъ.

Вторая причина основывается на томъ, что при помощи профилактическихъ мѣръ: покоя, молочной діеты и ваннъ эклампсія, въ дѣйствительности, можетъ быть предотвращенна. Освѣдомленность супруга относительно существующей опасности будетъ способствовать тому, чтобы во время беременности производились правильныя изслѣдованія мочи и чтобы соблюдались мѣры профилактики.

Распознаваніе эклампсіи представляетъ большую легкость. Симптомы настолько характерны, что ошибка едва-ли возможна.

Леченіе распадается на профилактику, лекарственное и родовспомогательное леченіе. Относительно профилактики я отсылаю читателя ко всему изложенному на стр. 193 касательно нефрита, какъ осложненія беременности.

Къ тому времени, какъ врачъ призывается къ беременной съ эклампсией, въ большинствѣ случаевъ уже присутствуетъ акушерка, могущая сообщить нѣкоторыя свѣдѣнія относительно числа припадковъ, стадія родовъ и т. п. Если врачъ застаётъ беременную не при полной еще потерѣ сознанія, онъ долженъ задать ей какой либо вопросъ, чтобы по манерѣ отвѣтовъ судить о состояніи чувствилища. Если даже послѣднее оказывается вполне сохраненнымъ, то все таки не рекомендуется собирать продолжительный затрудняющій дыханіе больной анамнезъ. То, что необходимо знать, можно узнать изъ разспросовъ акушерки, родныхъ, или же путемъ изслѣдованія. Я много разъ замѣчалъ, что умышленное вырваніе — я бы сказалъ, выкрикиваніе — изъ-подъ власти надвигающагося помраченія сознанія тотчасъ же имѣетъ своимъ слѣдствиемъ наступленіе новаго припадка.

Сначала надо стараться установить, выдѣлялась ли моча въ послѣдніе часы. Если нѣтъ, то слѣдуетъ произвести осторожную катетеризацію. Для распознаванія и предсказанія важно убѣдиться въ томъ, полонъ ли пузырь, или опорожненъ. Затѣмъ ощупываютъ пульсъ, приподнятіемъ вѣкъ осматриваютъ оба зрачка и переходятъ сначала къ внѣшнему осмотру живота. При этомъ обращаютъ вниманіе на наличность схватокъ — если роды начались, то схватки часто наступаютъ сразу, во время ощупыванія дна матки. Положеніе плода, главнымъ образомъ, вопросъ о томъ, живъ ли плодъ, или мертвъ, должны быть самымъ тщательнымъ образомъ и точно установлены.

Затѣмъ переходятъ къ внутреннему изслѣдованію. Слѣдуетъ установить: растяжимость промежности, влагалища, ширину и растяжимость маточнаго зѣва, наличность или отсутствіе околоплодной жидкости, высоту стоянія головки, resp. подлежащей части. Втеченіе нѣкотораго времени спокойно держать палецъ на головкѣ и дожидаются схватки. Если она слишкомъ долго заставляетъ себя ждать, то другой рукой растираютъ дно матки. Въ высшей степени важно ощупать, въ какомъ соотношеніи находятся другъ къ другу головка и маточный зѣвъ во время схватки. Поручаютъ также акушеркѣ обѣими руками сильно надавить на плодъ сверху внизъ и по получающимся при этомъ даннымъ ощупыванія дѣлаютъ заключенія относительно возможности родоразрѣшенія.

Если маточный зѣвъ узокъ, то его оттягиваютъ въ разныя стороны согнутымъ пальцемъ, съ цѣлью испытать его сопротивленіе. Затѣмъ осматриваютъ вынутый палецъ, нѣтъ ли окрашенныхъ въ желтый цвѣтъ выдѣлений, указывающихъ на отхожденіе меконія и существующую, слѣдовательно, опасность для плода.

Затѣмъ изслѣдуютъ мочу. Чѣмъ меньше количество ея, тѣмъ она темнѣе и богаче бѣлкомъ, тѣмъ болѣе необходимо быстро начать дѣйствовать.

Съ этого момента, необходимо отдавать себѣ ясный отчетъ относительно характера даннаго случая, подлежащаго вмѣшательству, необходимо знать, что слѣдуетъ предпринять и что слѣдуетъ сказать роднымъ, что можно обѣщать, чего слѣдуетъ опасаться, словомъ, планъ дѣйствія долженъ быть точно установленъ.

Если маточный зѣвъ оказался очень узкимъ, если потуги отсутствуютъ, если, слѣдовательно, роды еще не начались, то ничего другого не остается, какъ выжидательная и лекарственная терапія. Развѣ только рѣшиться на примѣненіе насильственныхъ методовъ Duhrsen'a, или же на производство кесарева сѣченія по Halbertsma (см. ниже).

Въ этихъ случаяхъ, не только въ клиникѣ, но и въ частной практикѣ, безусловно необходимы точныя наблюденія. Слѣдуетъ поступать по слѣдующимъ правиламъ. Возлѣ больной кладутъ листокъ, заполненіе котораго надлежащими замѣтками поручаютъ акушеркѣ или роднымъ, если нѣтъ возможности самому остаться продолжительное время у больной.

По часамъ точно отмѣчается время наступленія новаго припадка, сколько онъ продолжается, охватывается ли судорогами одно лишь лицо, или же все тѣло, течетъ ли кровь изо рта, синѣетъ ли лицо, сопровождается ли дыханіе шумомъ, сколько длится припадокъ до того времени, когда дыханіе снова становится свободнымъ. Отмѣчается, имѣются ли схватки, гесп., твердь ли животъ. Если возможно, подбираютъ каждую каплю мочи. Напр., если роженица безпокойна, то ей отъ времени до времени подставляютъ судно, причемъ нерѣдко выдѣляется моча, какъ-бы рефлекторно. Путь и температура измѣряются каждые два часа. Признаки сознанія, требованія питья, субъективныя жалобы, бросающаеся въ глаза безпокойство, признаки схватокъ каждая дача лекарства, питьевой воды—хорошо ли, или плохо совершается глотаніе— всѣ эти наблюденія заносятся въ листокъ.

Только при такого рода наблюденіяхъ возможно въ нѣкоторой степени вѣрное предсказаніе и правильное вмѣшательство.

Однако, что слѣдуетъ предпринимать въ тѣхъ случаяхъ, когда не приходится еще приступать къ родоразрѣшенію? Приэтомъ, можно стремиться къ различнаго рода цѣлямъ. Можно раньше всего добиваться того, чтобы обезвредить при помощи вѣрнаго противоядія ядъ, который, циркулируя въ крови, гесп. въ мозгу и отравляетъ центральный органъ. Къ сожалѣнію, это пока невозможно, такъ какъ природа этого яда неизвѣстна. Въ виду этого, необходимо стараться вывести этотъ ядъ изъ организма. Здѣсь намъ представляется троякаго рода возможность выведеніе мочей, выведеніе кишечника, и выведеніе кожей. Отъ выведенія мочей намъ приходится отказаться, въ виду того, что фізіологическая работа почекъ приостановлена. Выведеніе

черезъ кишечникъ также недѣйствительно. Съ одной стороны, часто не удается вводить слабительныя въ виду невозможности глотанія, съ другой стороны, необходима быстрая помощь, между тѣмъ, какъ слабительныя дѣйствуютъ сравнительно медленно. Наконецъ, энергичныя слабительныя имѣютъ своимъ слѣдствиемъ такое значительное ослабленіе организма, герс. сердечной работы, что объ этомъ приходится серьезно подумать. Я давалъ каломель втеченіе нѣкотораго времени— 1 граммъ и больше, результатовъ хорошихъ не наблюдалось.

Въ виду сказаннаго, остается только выведеніе кожей, потоотдѣленіе. Вызываніе обильнаго пота составляетъ сущность старѣйшей рациональной терапіи эклампсіи. При этомъ, указывалось на взаимоотношенія между кожей и почками: при сильномъ потѣ бываетъ мало мочи, на холоду, при сжатіи кожныхъ сосудовъ—учащенное мочеиспусканіе. Указывалось далѣе, на химической составъ пота, на то обстоятельство, что при холерѣ, напр., находятъ на кожѣ кристаллы мочевой кислоты. Въ силу этого, раньше всего имѣлось въ виду механическое разгруженіе почекъ при помощи искусственнаго расширенія кожныхъ сосудовъ. Разгруженіе, отдыхъ въ работѣ—вотъ постоянный основной принципъ при леченіи больного органа. Далѣе, имѣлось также въ виду химическое воздѣйствіе выведеніемъ ядовитыхъ веществъ изъ организма, чрезъ единственный возможный путь, чрезъ кожу.

Вполнѣ естественно возникла мысль о подкожномъ введеніи пилокарпина, однако получившіеся результаты неточны. Я много разъ наблюдалъ при этомъ очень плохое дѣйствіе на сердце, однако, я не хотѣлъ бы, чтобы это средство подверглось полному изгнанію.

Самой безопасной является попытка добиться усиленнаго потоотдѣленія при помощи горячихъ ваннъ съ послѣдующими обертываніями. Къ сожалѣнію, на практикѣ проведеніе этого леченія не представляется легкимъ. Не вездѣ ванны могутъ быть устроены тутъ же, на мѣстѣ. Чтобы посадить безпамятную въ ванну, требуется много сильныхъ рукъ. Надзоръ врача во время ванны безусловно необходимъ. Я много разъ видѣлъ наступленіе припадка въ ваннѣ. Въ настоящее время я противъ очень горячихъ ваннъ. Я получилъ впечатлѣніе, что онѣ скорѣе приносятъ вредъ, чѣмъ пользу, даже если класть пузырь со льдомъ на голову, и на сердце. Въ виду этого, я установилъ температуру ванны лишь въ 37° Цельзія—температура, дающая у небезпамятныхъ ощущеніе сильнаго тепла. Продолжительность ванны, однако, должна быть значительна, отъ 20 минутъ до получаса. Послѣ ванны больную такъ плотно завертываютъ въ шерстяныя одѣяла, что лишь на одной сторонѣ выдается рука для наблюденія за пульсомъ и оставляется открытымъ лицо, чтобы слѣдить за состояніемъ зрачковъ

и дыханіемъ. Нѣсколькими свободными оборотами бинта одѣяла прикрѣпляются къ ногамъ, груди и головѣ. При наступленіи снова очень сильныхъ припадковъ, одѣяла, конечно, раскидываются голая беременная мечется во всѣ стороны — неэстетичная и отвратительная для профана картина!

Въ случаѣ своевременнаго примѣненія этого леченія, часто получается блистательный успѣхъ; при обильнѣйшемъ потоотдѣленіи больная успокаивается, и новыхъ признаковъ не наступаетъ. Однако, бывають случаи, когда ни названнымъ путемъ, ни при помощи электрическихъ согревательныхъ аппаратовъ не удается добиться усиленнаго потоотдѣленія, когда ціанозъ нарастаетъ, и въ результатѣ наступаетъ кома и смерть. Скептики могутъ, хотя, возразить, что благоприятные случаи и внѣ подобнаго леченія имѣли бы хорошій исходъ, однако, рѣшающее значеніе принадлежитъ опыту всѣхъ и cadaго, и этотъ опытъ вполне опредѣленно говоритъ въ пользу такого леченія. Оно ничѣмъ не можетъ повредить, легко выполнимо, является раціональнымъ и, во всякомъ случаѣ, эмпирически испытаннымъ. Всякую попытку опустить это леченіе на томъ основаніи, что результаты не подлежатъ математически точному вычисленію, я готовъ считать ошибочной и недобросовѣстной.

Описанная терапия подкрѣпляется лекарственной, т. е. введеніемъ въ организмъ наркотическихъ веществъ: морфія, хлороформа, хлорала.

И это леченіе слѣдуетъ назвать раціональнымъ.

Фактически установлено, что случаи съ небольшимъ числомъ припадковъ въ смыслѣ предсказанія благоприятнѣе, чѣмъ случаи съ большимъ числомъ припадковъ. Если мы при помощи наркотическихъ средствъ понижаемъ возбудимость мозга, то мы получаемъ возможность понизить частоту припадковъ, т. е. благоприятно воздѣйствовать на эклампсію. Техника этого леченія слѣдующая.

Начинають съ впрыскиванія морфія 0,02. До и послѣ этого слѣдуетъ внимательно наблюдать за состояніемъ зрачковъ, съ цѣлью провѣрить, наступило-ли и продолжается ли дѣйствіе морфія, т. е. сужились ли и остаются ли суженными расширенные прежде зрачки. Сидя у постели, врачъ слѣдитъ за дыханіемъ и пульсомъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ эклампсіи принципиально не слѣдуетъ оставлять больную. При наступленіи новыхъ припадковъ, опредѣляютъ по часамъ, слѣдуютъ ли припадки другъ за другомъ быстрѣе, или медленнѣе, продолжается ли новый припадокъ, самъ по себѣ, больше, или меньше, падаетъ ли сила его. Уже самый фактъ, что послѣ впрыскиванія морфія паузы между припадками удлиняются и что припадокъ, самъ по себѣ, длится болѣе короткое время, что ціанозъ уменьшается, свидѣтельствуетъ о хорошемъ дѣйствіи морфія.

Часто при припадкахъ наблюдается индивидуально очень различная, но постоянно индивидуально повторяющаяся аура. Такъ, въ однихъ случаяхъ экламптики хватаются за область подложечной ямки, при признакахъ ощущенія боли и тоски, въ другихъ случаяхъ наблюдается только физическое безпокойство, или же больная производитъ опредѣленныя вращательныя движенія вправо, или влѣво, или же вытягивается всѣмъ тѣломъ. Судя по этому, можно заключить о приближеніи новаго припадка и подставленіемъ хлороформенной маски, какъ бы, купировать ея.

Что касается количества морфія, то невозможно установить здѣсь точныхъ границъ. Если зрачки совершенно сужены, то морфія находятъ на высотѣ своего дѣйствія, и въ такомъ случаѣ было бы ошибочно вводить новыя количества при новыхъ припадкахъ. Если же зрачки начинаютъ расширяться, т. е., если дѣйствіе морфія прекратилось, то слѣдуетъ снова ввести одинъ шприць. Если припадки прекращаются и зрачки расширяются, то не имѣется никакого повода продолжать давать морфія, тѣмъ болѣе хлороформировать. Но какъ разъ къ этому времени очень выгодно, при помощи болѣе продолжительно дѣйствующаго хлорала понизить на нѣсколько часовъ возбудимость мозга. Такъ, въ большинствѣ случаевъ, когда припадки приостанавливаются на цѣлыя часы, я назначаю клизму изъ 3 граммовъ хлорала, въ видѣ послѣдняго, уже профилактическаго narcoticum, или sedativum. Послѣ этого часто наступаетъ продолжительный, глубокой сонъ, составляющій переходъ къ исцѣленію и выздоровленію.

Подобное леченіе также представляетъ крупныя опасности, по справедливости подчеркиваемыя его противниками. Въ виду многихъ наблюденій у постели больныхъ, для меня не подлежитъ никакому сомнѣнію, что не разъ въ смерти экламптичекъ болѣе, чѣмъ сама эклампсія, повинно было введеніе огромнаго количества наркотическихъ веществъ. Пробнымъ камнемъ могъ бы послужить лишь фактъ, хотя бы однократнаго, спасенія подъ влияніемъ подобнаго леченія очень тяжелаго случая эклампсіи. Къ сожалѣнію, подобнаго факта не имѣется на лицо. Лишь въ легкихъ случаяхъ наркотическія средства оказываютъ свое благопріятное дѣйствіе. И скептикъ вполне основательно спрашиваетъ, не имѣли ли бы эти случаи благопріятный исходъ внѣ всякаго леченія. Съ другой стороны, понятно, почему это леченіе, будучи легко проводимо и давая возможность наблюдать очевидное благопріятное воздѣйствіе на симптомы, легко приобрѣло себѣ право гражданства. Тѣмъ болѣе, что результаты, resp. статистика, также говорятъ въ пользу этого леченія.

Самый старый методъ пользованія эклампсіи—это кровопусканія. Онъ былъ почти совершенно оставленъ къ тому времени, когда при-

нята была Traube-Rosenstein'овская теорія эклампсіи. Согласно этой теоріи, гидрэмическое состояніе крови беременной считалось ближайшей причиной эклампсіи. Съ этой точки зрѣнія, было бы не цѣлесообразно путемъ кровопусканій ухудшить и безъ того плохой составъ крови. Вопреки этому противопоказанію для кровопусканій, они остались излюбленнымъ средствомъ многихъ врачей.

Я также никогда не отрѣшался отъ кровопусканій и часто достигалъ при помощи ихъ прекрасныхъ результатовъ. По моему мнѣнію, они являются показанными въ случаяхъ быстрого наступленія ціаноза, сильной красноты лица, когда послѣ припадковъ дыханіе не становится снова спокойнымъ и равномернымъ, словомъ, при угрожающемъ отека легкиихъ. Въ подобныхъ случаяхъ я наблюдалъ не только немедленное улучшение состоянія, внушавшаго опасеніе задушенія, но, прямо, пріостановку всякихъ дальнѣйшихъ припадковъ.

Когда острая опасность проходитъ, въ томъ смыслѣ, что припадки прекращаются, а потуги не наступаютъ, мы имѣемъ дѣло съ эклампсіей во время беременности. Тогда слѣдуетъ принципиально оставлять беременную въ постели втеченіе недѣли, во всякомъ случаѣ, до тѣхъ поръ, пока въ мочѣ будетъ открываться бѣлокъ. Хорошо давать немного наперстянки, и притомъ не *Infusum digitalis*, въ виду и безъ того плохого состоянія желудка при эклампсіи, а небольшія дозы дигиталина. Я часто съ успѣхомъ назначалъ *Acetum digitalis* 10,0 *Morphii hydrochl.* 0,05, по 20 капель 3 раза въ день.

Само собой понятно, что необходимо еще втеченіе цѣлыхъ недѣль производить качественный и количественный анализъ мочи. Врачъ долженъ строго распорядиться, чтобы его призывали при всякомъ симптомѣ, головныхъ боляхъ, разстройствѣ желудка. Въ это промежуточное время особенно необходимо слѣдить за хорошимъ опорожненіемъ кишечника при помощи среднихъ солей, напр., *Karlsbader* и *Homburger Quelle*, дѣйствующей также мочегонно. При появленіи самыхъ ничтожныхъ симптомовъ, могущихъ быть истолкованными какъ симптомы урэміи, слѣдуетъ тотчасъ начать примѣнять выше изложенные способы профилактическаго леченія.

Эклампсія сама по себѣ является показаніемъ для окончанія родовъ. Если это положеніе установлено, то при выборѣ метода окончанія родовъ руководятся данными изслѣдованія. Выдвигается лишь вопросъ, не можетъ ли при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ, напр., при совершенно закрытомъ маточномъ зѣвѣ, окончаніе родовъ оказаться еще опаснѣе, чѣмъ эклампсія. Если же условія для наложенія щипцовъ, или производства поворота имѣются налицо, то слѣдуетъ, ни минуты не медля, тотчасъ приступить къ операціи.

При мертвомъ, или недоношенномъ плодѣ выборъ представляется легкимъ. При узкомъ еще маточномъ зѣвѣ все же легко произвести перфорацию и извлеченіе при помощи краниокласта. И даже съ расчетомъ на выигрышъ одного лишь часа времени, даже при наличности надежды на скорое расширеніе маточнаго зѣва и отсутствіе сопротивленія со стороны мягкихъ частей, не слѣдуетъ ни минуты медлить съ окончаніемъ родовъ. Я часто производилъ перфорацию на шести—и семимѣсячномъ плодѣ, и изъ узкаго притомъ маточнаго зѣва, при помощи крѣпкаго корнцанга, или же Stein-Mesnard'овскихъ костныхъ щипцовъ, превосходно приспособленныхъ для этой цѣли извлекалъ недоношенный плодъ.

Можно, подражая природѣ, производить извлеченіе съ перерывомъ, настолько медленно, чтобы, при помощи искусства, извлеченіемъ снизу, достигнуть фактически, немногого другого, чѣмъ то, что совершаетъ природа давленіемъ сверху.

Между тѣми случаями, въ которыхъ окончаніе родовъ является еще совершенно невозможнымъ, въ виду того, что экламптика представляетъ собой скорѣе беременную, чѣмъ роженицу, и тѣми случаѣмъ, въ которыхъ окончаніе родовъ должно производиться тотчасъ, безотлагательно, находится огромное множество случаевъ весьма различныхъ по степени своей затруднительности.

Приемы опорожненія матки при узкомъ маточномъ зѣвѣ слѣдующіе: расширеніе маточнаго зѣва при помощи колпейринтера, примѣненіе Bossioвскаго расширителя, надрѣзы влагалищной части матки, влагалищное кесарево сѣченіе, кесарево сѣченіе черезъ брюшныя стѣнки.

При самомъ строгомъ соблюденіи правилъ антисептики, вдвигаютъ сложенный колпейринтеръ въ матку, выше внутренняго маточнаго зѣва. Если маточный зѣвъ очень узокъ, то его предварительно быстро расширяютъ при помощи расширителей до 1—1½ сант. въ поперечникѣ. Въ виду слишкомъ большой мягкости обыкновенныхъ колпейринтеровъ, слѣдуетъ брать колпейринтеры, приготовленные изъ особенно крѣпкой резины. Вдвинутый въ матку колпейринтеръ медленно наполняется растворомъ лизола и, затѣмъ, съ силой быстро вытягивается обратно. При этомъ маточный зѣвъ расширяется естественнымъ образомъ, при помощи равномерно повсюду дѣйствующаго давленія. Послѣ достаточнаго расширенія, производятъ, сообразно даннымъ условіямъ, поворотъ, или извлеченіе щипцами. При мертвомъ или нежизнеспособномъ плодѣ производятъ перфорацию, краниокласт-экстрацію. Если наблюдается уже отхожденіе меконія, гесп. темноокрашенной околоплодной жидкости, если сердечные тоны не правильны, если у матери имѣется тяжелый ціанозъ, слѣдуетъ пожертвовать ребенкомъ и предпочесть повороту безконечно болѣе благо-

приятную въ смыслѣ предсказанія перфорацию. Поворотъ и извлеченіе при узкомъ маточномъ зѣвѣ, особенно у первородящей представляетъ собой въ высшей степени грубый, насильственный и опасный способъ родоразрѣшенія, при которомъ у неопытныхъ, не смотря на сильнѣйшія поврежденія, большей частью въ результатѣ получается все таки мертвый плодъ. Мать легко можетъ погибнуть отъ сочетаннаго дѣйствія кровотеченій, морфія, токсическаго вліянія эклампсіи и сепсиса. Въ виду этого, я предпочитаю перфорацию, при которой получается самый скорый, вѣрный и безопасный исходъ.

Если же ребенокъ несомнѣнно жизнеспособенъ, если онъ живъ и сердечные тоны остаются нормальными, то на врача возлагается задача спасти обѣ жизни. (Въ такомъ случаѣ приходится сдѣлать выборъ между большими надрѣзами, влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ и методомъ Bossi. Я рекомендую, въ качествѣ лучшаго метода, влагалищное кесарское сѣченіе. Большіе Dührssen'овскіе надрѣзы въ различныхъ направленіяхъ чрезвычайно кровоточатъ неизвѣстно, въ какую сторону и какъ далеко они проникаютъ. Врачъ безъ ассистентовъ едва-ли въ состояніи самъ зашить разрывы послѣ родовъ. Если является еще необходимость въ большемъ надрѣзѣ промежности, въ «Schuchard'овскомъ разрѣзѣ», и въ наложеніи щипцовъ, то предсказаніе, даже въ случаѣ спасенія жизни матери, становится неблагоприятнымъ въ виду прямой опасности для жизни со стороны кровотеченій. Продолжительныя нагноенія и послѣродовая горячка угрожаютъ жизни, большіе рубцы—здоровью.

Всякій, кто производилъ кесарское сѣченіе чрезъ влагалище, конечно предпочтетъ его. При сильномъ оттягиваніи внизъ передней губы маточнаго зѣва дѣлаютъ поперечный разрѣзъ надъ Portio, чрезъ влагалище, отодвигаютъ пузырь кверху, что замѣчательно легко удается какъ разъ на беременныхъ послѣдняго періода, и надрѣзаютъ по направленію средней линіи. Въ края разрѣза, въ постепенно восходящемъ направленіи, вставляютъ щипцы Museux, переднюю стѣнку матки оттягиваютъ внизъ, разрѣзъ продолжаютъ вверхъ настолько, чтобы возможно было свободно ввести руку. Если нижній сегментъ матки мало податливъ и растяжимъ, какъ это, напр., бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда не имѣлось предлежанія головки, то дѣлаютъ сзади такой же сагитатальный надрѣзъ, какъ и спереди.

Если имѣется головное положеніе, то ребенка извлекаютъ щипцами. Въ случаѣ, если головка ускользаетъ, часто легко удается быстро схватить ножку, лежащую близко возлѣ подбородка. При поперечныхъ и ножныхъ положеніяхъ производится поворотъ, къ которому присоединяется медленное и осторожное извлеченіе. Тутъ же быстро удаляютъ плаценту ручнымъ способомъ. Непрерывнымъ

швомъ изъ кэтгута сшиваютъ разрѣзъ по средней линіи и затѣмъ снова пришиваютъ влагалище къ влагалищной части матки, затѣмъ по возможности ту же стягиваютъ животъ круговымъ бинтомъ, при сильномъ наклоненіи матки впередъ, и плотно тампонируютъ влагалище. Тампонація матки является излишней, въ виду того, что матка сильно сдавлена между тампонированнымъ влагалищемъ, съ одной стороны, и стянутымъ животомъ—съ другой. Ноги должны быть крѣпко связаны, чтобы влагалищный тампонъ остался фиксированнымъ. Возлѣ родильницы должна остаться хорошая сидѣлка, или врачъ, чтобы слѣдить за пульсомъ и за кровотечениями частымъ осмотромъ наружныхъ половыхъ частей. Влагалищное кесарское сѣченіе представляетъ то крупное преимущество, что оно одинаковымъ образомъ можетъ быть произведено при большомъ и маломъ плодѣ.

Дилтаторъ Bossi представляетъ собой расширительный инструментъ, состоящій изъ нѣсколькихъ вѣтвей, раздвигаемыхъ при помощи винтового снаряда. Его вводятъ закрытымъ въ шейку и затѣмъ раскрываютъ медленнымъ развинчиваніемъ винта. Отдѣльныя, расходящіяся другъ отъ друга, вѣтви часто причиняютъ крупныя поврежденія. Будутъ ли разрывы глубоки и опасны, т. е. поведутъ ко истеканію кровью, или же они поверхностны и даже совсѣмъ отсутствуютъ—это зависитъ не отъ инструмента и техники, а скорѣе отъ индивидуальныхъ особенностей влагалищной части шейки. При нерасширенной еще, совершенно неизмѣненной подъ вліяніемъ потугъ, влагалищной части шейки первородящей, при всей осторожности, невозможно избѣжать разрывовъ. Лишь подъ вліяніемъ родовой дѣятельности влагалищная часть шейки становится мягкой. Если она плотна, она разрывается, независимо отъ того, медленно ли, или быстро вращаютъ винтъ. Статистика даетъ мало указаній. Кто часто пользуется этимъ инструментомъ, станетъ его примѣнять и въ легкихъ случаяхъ, послѣ продолжительныхъ, по возможности, потугъ, когда обстоятельства складываются болѣе благопріятно. Конечно у него будутъ хорошіе результаты. Во всякомъ случаѣ, отзывы и мои личныя наблюденія таковы, что я не могу рекомендовать этотъ инструментъ врачамъ—практикамъ. Видимый глазу, доступный разрѣзъ при влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи кажется мнѣ болѣе безопаснымъ, надежнымъ и легче поддающимся дальнѣйшему уходу, чѣмъ скрытыя для глаза, расположенныя въ глубинѣ, непредвиденныя пораненія при примѣненіи инструмента Bossi.

Кесарское сѣченіе, черезъ брюшныя стѣнки также предлагается, какъ способъ леченія эклампсіи. Если бы было справедливо предположеніе, что послѣ опорожненія матки эклампсія всегда прекращается, то этотъ способъ былъ бы, конечно, всегда показанъ. Но приблизи-

тельно въ 24⁰/₀ случаевъ эклампсія продолжается и послѣ опорожненія матки. И здѣсь статистика даетъ очень мало указаній, тѣмъ болѣе, что она еще очень скудна. Кто довѣряетъ своимъ оперативнымъ способностямъ и работаетъ при благопріятныхъ условіяхъ, тотъ будетъ считать кесарское сѣченіе безопаснымъ. Онъ легко рѣшится немедленно производить операцію, техникой которой онъ хорошо владѣетъ, и у него будутъ получаться хорошіе результаты. У того же, кто оперируетъ въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ и прибѣгаетъ къ подобной крупной операціи, какъ къ послѣднему рѣшенію, въ отчаяніи, скорѣе на умирающей уже, чѣмъ на живой еще, у того будутъ, естественнымъ образомъ, получаться плохіе результаты. Результаты также различны, какъ подборъ случаевъ. Разнообразію случаевъ отвѣчаетъ такое же разнообразіе результатовъ.

Если мы станемъ на точку зрѣнія клинициста, имѣющаго въ своемъ распоряженіи всѣ вспомогательныя средства, главнымъ образомъ ассистентовъ съ извѣстной подготовкой, то намъ будетъ понятно, что онъ легко будетъ рѣшаться на энергичное вмѣшательство, будетъ брать на себя отвѣтственность и, при плохомъ исходѣ, нести ее. Вольнопрактикующій же врачъ охотно будетъ, по мѣрѣ возможности, препровождать такіе случаи въ больницу. Станемъ, однако, на точку зрѣнія самостоятельнаго врача-практика! Какимъ образомъ можетъ онъ, при неблагопріятныхъ внѣшнихъ условіяхъ, создать столь сложную обстановку, какая требуется въ настоящее время для подобной операціи; откуда ему обзавестись помощниками? Если онъ можетъ обѣщать, что операція дастъ надежные результаты, то ему, конечно, удастся уговорить супруга. Если же онъ въ состояніи лишь сказать: «это только попытка, а послѣ нея припадки могутъ снова наступить, спасеніе находится подъ большимъ вопросомъ», то онъ врядъ ли будетъ въ состояніи съ легкимъ сердцемъ настаивать на кесарскомъ сѣченіи и брать на себя подобную крупную отвѣтственность.

Насъ, врачей, судятъ по тому, что воспринимается профанами. При эклампсіи профанъ видитъ ужасныя судороги. Что подобныя вещи опасны, этому онъ вѣритъ и знаетъ это безъ всякихъ объясненій. Если наступаетъ смертельный исходъ, онъ едва-ли сдѣлаетъ врача отвѣтственнымъ за него. Въ силу его казуистическихъ представленій, счастливый исходъ будетъ имъ охотно вмѣненъ въ заслугу врачу. Въ виду этого, съ внѣшней стороны, положеніе врача при эклампсіи далеко не такъ затруднительно, какъ, напр., при *placenta praevia* или разрывѣ матки.

Что же касается совѣсти, чувства долга и внутренней отвѣтственности врача, то, какъ разъ, леченіе эклампсіи въ высшей степени затруднительно. Часто у врача не имѣется никакихъ опредѣленныхъ

указаній, приходится лѣчить въ сущности неизученную болѣзнь. Приходится колебаться, блуждать среди восторженныхъ отзывовъ того, или другого энтузіаста, съ тѣмъ, чтобы, постепенно все болѣе и болѣе разочаровываясь, сдѣлаться, въ концѣ концовъ, пессимистомъ въ отношеніи надеждъ на результаты терапіи. Даже предсказаніе установить не возможно. И лишь въ тяжелыхъ случаяхъ неблагоприятное предсказаніе ясно.

Въ случаѣ благополучнаго минованія эклампсіи послѣ родовъ, не слѣдуетъ оставлять родильницу безъ надзора. Когда дѣло касается человѣческой жизни, о недостаткѣ времени не можетъ быть и рѣчи. У меня было два смертныхъ случая послѣ эклампсіи отъ внутренняго кровотечения. Въ одномъ случаѣ я, будучи ассистентомъ поликлиники, оставилъ практиканта при больной, съ тѣмъ чтобы провести самому другіе роды. Когда я вернулся, практикантъ сообщилъ мнѣ съ довольнымъ видомъ, что никакого припадка не было. Родильница была мертва. Матка была настолько наполнена кровью, что стояла выше пупка! А въ другомъ случаѣ—въ клиникѣ уже—одна экламптичка, которая послѣ родовъ была уже въ состояніи бесѣдовать съ лежавшими по сосѣдству родильницами, истекла кровью ночью, между тѣмъ, какъ ни находившейся въ комнатѣ сидѣлкой, ни остальными родильницами ничего не было замѣчено.

Само собой понятно, что подобные случаи не должны имѣть мѣста. Отвѣтственный руководитель легко можетъ навлечь на себя обвиненіе въ нерадѣніи, какъ причинѣ смертельнаго исхода. Если слѣдить за пульсомъ и внимательно наблюдать за больной, то безусловно возможно избѣгнуть подобныхъ смертныхъ случаевъ. Однако, я привожу эти случаи лишь съ цѣлью побудить врачей либо самимъ дежурить втеченіе шести часовъ еще, у родильницы, либо поручать ее наблюденію безусловно надежной сидѣлки.

ЧЕТЫРНАДЦАТАЯ ГЛАВА.

Патологическія состоянія матки во время
беременности и родовъ.**Retroflexio uteri gravidi (перегибъ беременной матки
кзади).**

Если беременность наступитъ при перегибѣ матки назадъ, то матка на первыхъ порахъ: 1) продолжая расти, остается въ тазу въ томъ же положеніи искривленія кзади, 2) увеличиваясь въ своемъ искривленіи кзади, остается въ тазу. Однако, вскорѣ, безъ всякихъ симптомовъ, возстановляется нормальное во время беременности искривленіе кпереди. У множества женщинъ, страдающихъ привычнымъ искривленіемъ матки кзади, беременность и роды протекають нормально.

Размягченная при беременности матка очень хорошо переноситъ давленіе, разъ ея масса можетъ растягиваться въ другомъ направленіи. Постепенно все болѣе и болѣе увеличиваясь, матка заполняетъ полость таза въ видѣ мягкаго, круглаго, толстаго тѣла, съ тѣмъ, чтобы въ концѣ концовъ, къ тому времени, когда часть матки, находящаяся надъ входомъ въ тазъ, станетъ больше и тяжелѣе нижней ея части перевалиться впередъ, благодаря наклоненію таза у стоящей женщины. При этомъ тяжелая матка подымается изъ полости малаго таза и принимаетъ, такимъ образомъ, нормальное положеніе.

То обстоятельство, что, обыкновенно, не указывается ни на какіе симптомы, свидѣтельствуешь о механической легкости этого процесса. Мнѣ часто приходилось наблюдать, что женщина съ искривленной кзади беременной матки, будучи снова приводима въ клинику для демонстрированія, являлась на слѣдующій день съ нормально расположенной маткой. Она безусловно совершенно не ощущала, что у нея вправилась матка за этотъ промежутокъ времени. Допустимо, что вправление происходило подъ вліяніемъ основательнаго изслѣдованія, возможно также, что оно наступало самопроизвольно.

Въ виду этого, необходимо выяснитъ, отчего въ отдѣльныхъ случаяхъ беременная матка не совершаетъ этого нормальнаго пути? Самый простой отвѣтъ, данный на этотъ вопросъ, былъ слѣдующій: потому что она приращена книзу къ пристѣночной брюшинѣ. Я допускаю, что это возможно, но я никогда этого не наблюдалъ. Причиной плотнаго приращенія должны быть воспалительные продукты, которые, вѣдь, вообще, препятствуютъ наступленію беременности.

Если рубцево — измѣненныя связки придатковъ или рубцы въ подсерозномъ слоѣ препятствуютъ самопроизвольному вправленію, то подобныя патологическія состоянія скорѣе, вѣдь, затрудняютъ или сдѣлаютъ невозможнымъ наступленіе беременности. Скорѣе можно допустить, что сильно выдающийся мысъ могъ бы удержать матку въ полости малаго таза. Невѣрно также, будто сильное наполненіе flexurae sigmoideae, лежащей на передней, въ данномъ случаѣ верхней стѣнкѣ матки служить препятствіемъ для поднятія матки, ибо въ стоячемъ положеніи наполненная S—образная кривизна опускается кпереди, а не кзади.

Между тѣмъ, при надлежащихъ пріемахъ, вправление удается во всѣхъ случаяхъ. Если бы при этомъ приходилось разрывать сращения, что это должно было бы ощущаться, т. е. ощущение разрывовъ должно было бы восприниматься пальцемъ точно такъ же, какъ при умышленномъ разрываніи сращеній небеременной, искривленной кзади матки, кромѣ того, въ такомъ случаѣ, неизбѣжны были бы и кровотечения. Между тѣмъ, извѣстны случаи внутренняго кровоизліянія при вправленіи беременной матки.

Я полагаю, что особенно большое протяженіе и глубина Дугласова пространства имѣютъ самое важное этиологическое значеніе. Это удлиненіе можетъ быть врожденнымъ—что Дугласово пространство бываетъ различной глубины, это мы видимъ при заднихъ влагалищныхъ келіотоміяхъ, но оно можетъ также быть пріобрѣтеннымъ подъ вліяніемъ того, что находящаяся продолжительное время въ положеніи искривленія кзади гипертрофированная, отечная матка, выдавливаетъ себѣ болѣе глубокое ложе въ Дугласовомъ пространствѣ. Чѣмъ больше беременная матка растягиваетъ Дугласово пространство, тѣмъ глубже опускается дно ея и тѣмъ выше влагалищная часть шейки поднимается кверху спереди.

Шейка часто бываетъ инфильтрована, плотна и толста; тогда мягкое тѣло матки настолько рѣзко отдѣляется у шейки, что можно принять плотную увеличенную шейку за всю матку, а мягкую матку, находящуюся въ Дугласовомъ пространствѣ,—за какую либо мягкую опухоль, напр., за мѣшокъ внѣматочной беременности, или кисту яичника. Подобныя роковыя ошибки, дѣйствительно, имѣли уже мѣсто

и подавали поводъ къ влагалищному проколу матки, вмѣсто мнимой кисты.

Тѣло матки такъ приспособляется къ полости таза, что оно кажется болѣе широкимъ и округлымъ. Сквозь тонкую растянутую стѣнку влагалища матка даетъ ощущеніе такого мягкаго тѣла, что ее легко можно принять за кисту. Эта мягкость и разрыхленность матки является причиной, мѣшающей репозиціи ея.

Если шейка коротка, то влагалищная ея часть ускользаетъ вверхъ. Тогда матка стоитъ на днѣ, нижняя поверхность влагалищной части шейки смотритъ прямо вверхъ: Retroversio. Если же передняя стѣнка влагалища недостаточно растяжима, она плотно удерживаетъ влагалищную часть шейки книзу, у шейки образуется очень острый уголъ перегиба: Retroflexio.

Не смотря на ограниченіе пространства сзади въ тазу, комки кала все же проходятъ чрезъ прямую кишку, въ особенности при повышенной подъ вліяніемъ слабительныхъ перистальтикѣ и сильномъ натуживаніи беременной. Мягкая матка сдавливается, уплощается и даетъ пройти калу, хотя и съ трудомъ.

Напряженіе и растяженіе передней влагалищной стѣнки способствуетъ растяженію мочеиспускательнаго канала въ длину и перегибу его верхней части кпереди, за лонное сочлененіе. Влагалищная часть шейки также оттѣсняетъ мочеиспускательный каналъ къ костямъ передней стѣнки таза. Тогда моча не можетъ проходить чрезъ мочеиспускательный каналъ, и наступаетъ застой мочи. При сильномъ давленіи въ пузырь, поддерживаемомъ напряженіемъ брюшнаго пресса, беременная хотя и въ состояніи еще выдавливать мочу, но не въ силахъ вполне опорожнить пузырь. Постепенно количество задерживающейся мочи увеличивается; вслѣдствіе этого содержимое пузыря постепенно нарастаетъ. Въ концѣ концовъ, вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія мочевого пузыря, мочеиспускательный каналъ еще больше удлинняется и перегибается сверху кпереди, такъ что онъ становится совершенно непроходимымъ. Первичной причиной непроходимости служитъ не давленіе со стороны влагалищной части матки на мочеиспускательный каналъ, а растяженіе и перегибъ верхней части его кпереди.

Такимъ образомъ, совершенно постепенно, пузырь чрезвычайно растягивается. Бываютъ случаи, когда пузырь вмѣщаетъ два, даже три литра мочи. При этомъ беременная не всегда ощущаетъ усиленные позывы къ мочеиспусканію, въ виду того, что растяженіе пузыря совершается весьма постепенно. Въ концѣ концовъ, однако, это растяженіе также имѣетъ свои границы, и избытокъ давленія, развивающійся въ пузырь, ведетъ къ постоянному истеканію мочи: наступаетъ истеканіе мочи по каплямъ. Не смотря на то, что основная причина

заключается какъ видно, въ задержкѣ мочи и непроходимости мочеиспускательнаго канала, тѣмъ не менѣ это истеканіе мочи по каплямъ, *Ischuria paradoxa*, является тѣмъ бросающимся въ глаза симптомомъ, по поводу котораго обращаются къ помощи врача. Больная жалуется на «слабость пузыря». Въ виду того, что истеканіе мочи по каплямъ можетъ происходить и вслѣдствіе другихъ причинъ, напр., глубокаго стоянія головки въ концѣ беременности и выпаденія передней стѣнки влагалища, небрежные врачи, которые вообще не изслѣдуютъ больныхъ и даютъ совѣты на-угадъ, ограничивается часто назначеніемъ какого либо лекарства противъ слабости пузыря.

При изслѣдованіи же, перкуссия, пальпация и внутреннее изслѣдование сразу обнаруживаютъ растяженіе пузыря.

Въ иныхъ случаяхъ задержка наступаетъ внезапно. Послѣ того, какъ мочеиспусканіе и дефекація были затруднены уже втеченіе нѣсколькихъ дней, беременная сильно натуживается и внезапно прекращается возможность опорожнить пузырь. Тогда внезапно наступаетъ угрожающій и мучительный напоръ мочи.

Если подобная больная обращается къ акушеркѣ или неопытному врачу, то вслѣдствіе принятія неправильныхъ мѣръ, могутъ возникнуть самыя гибельныя послѣдствія.

Акушерка привыкла катетеризировать металлическимъ катетеромъ въ нормальномъ направленіи мочеиспускательнаго канала. Вполнѣ понятно, что и въ данномъ случаѣ это будетъ то направленіе, въ которомъ она сперва будетъ вводить катетеръ. Въ виду же того, что мочеиспускательный каналъ обвить вокругъ лоннаго сочлененія и иногда значительно удлиненъ, не удастся выпустить мочу. Во время манипуляціи наносятся поврежденія и боли. При повторныхъ попыткахъ, производимыхъ большей частью не асептично, инфекціонныя выдѣленія раны продвигаются вверхъ. Если въ концѣ концовъ, благодаря вдвиганію катетера по разнымъ направленіямъ, удастся случайно попасть въ пузырь, то моча вытекаетъ. Однако, въ силу того, что искривленіе кзади остается, то, спустя сутки, пузырь снова наполняется. Или же въ пузырь просверливаются ложные ходы, такъ что наступаютъ сильныя кровотеченія. При новой катетеризаціи, инфекціонныя вещества, приставшія къ наружной поверхности катетера, вносятся вверхъ, въ пузырь. Они плотно пристають къ поверхности растянутой слизистой оболочки и, при сокращеніи пузыря и мочеиспускательнаго канала, задерживаются въ складкахъ. Тогда наступаетъ гиперемія, застой мочи и внѣдреніе бактерій. Кокки и гнилостныя бактеріи размножаются, моча разлагается. Чѣмъ больше моча накапливается снова, тѣмъ больше матерьялу

для разложенія имѣется налицо и тѣмъ больше ухудшается питаніе чрезмѣрно растянутой слизистой оболочкой. Подъ вліяніемъ плохого питанія и инфекціи она некротизируется, загниваетъ. Если даже моча, становящаяся все болѣе и болѣе мутной, опорожняется еще нѣсколько разъ, благодаря катетеризаціи, тѣмъ не менѣе улучшеніе не можетъ наступить, безъ вправленія искривленной кзади матки. Нерѣдко послѣдствіемъ служитъ полная гангрена слизистой оболочки пузыря. Всегда ли при этомъ некротизируется также и мускулатура пузыря, объ этомъ невозможно судить по самой отдѣлившейся оболочкѣ, даже при микроскопическомъ изслѣдованіи ея въ виду того, что гніеніе дѣлаетъ изслѣдованіе невозможнымъ. При дальнѣйшемъ накопленіи, моча проникаетъ также между отслоившейся слизистой оболочкой и остаткомъ мускулатуры пузыря. Брюшинный покровъ, приходя въ непосредственную близость съ омертвѣвающими частями, воспаляется и утолщается, образуя, благодаря этому, демаркаціонную линію, ограждающую брюшную полость отъ разрушительныхъ процессовъ въ пузырь. Между тѣмъ, бывають случаи, когда эта разграничительная стѣна недостаточно крѣпка, когда брюшина воспаляется, размягчается и прорывается, такъ что ихорозная моча вытекаетъ въ брюшную полость. Тогда вскорѣ наступаетъ смерть отъ сепсиса. Пузырь собственно говоря не лопається, а разрыхляется путемъ размягченія, такъ что получается сообщеніе между внутренностью пузыря и полостью брюшины.

Въ случаѣ полной отслойки омертвѣвшей слизистой оболочки пузыря, получается, какъ бы, одинъ пузырь, вставленный въ другой. Отверстія могутъ надвинуться другъ на друга. Въ такомъ случаѣ, моча не можетъ быть выпущена даже при катетеризаціи, такъ какъ катетеръ попадаетъ между стѣнкой пузыря и отслоившейся омертвѣвшей слизистой оболочкой. При очень сильныхъ тенезмахъ гангренозная оболочка можетъ, между тѣмъ, вдвинуться во внутреннее отверстие мочеиспускательнаго канала, появляется въ видѣ черной массы, въ наружномъ отверстіи, не будучи, однако, въ состояніи выйти изъ мочеиспускательнаго канала. При удаленіи ея при помощи инструмента, вслѣдъ за ней вытекаетъ отвратительнаго вонючаго запаха, темная, густая моча. Въ благопріятныхъ случаяхъ, вытекающая вслѣдъ моча промываетъ большую ихорозную полость. Мало-помалу моча становится болѣе прозрачной и чистой. Хотя вначалѣ моча вытекаетъ самопроизвольно чрезъ сильно растянутый мочеиспускательный каналъ, инфильтрированный разорванный сфинктеръ котораго не функционируетъ, однако постепенно пузырь расширяется, мочеиспускательный каналъ становится уже и, спустя мѣсяцы, наступаетъ полное излеченіе.

Распознаваніе искривленной кзади ущемленной беременной матки очень легко. При комбинированномъ изслѣдованіи, производимомъ при толстыхъ брюшныхъ стѣнкахъ и болѣзненности при ощупываніи, подъ наркозомъ, спереди прощупываютъ влагалищную часть матки, которая, однако, стоитъ иногда настолько высоко, что ея, вообще, невозможно достигнуть. Наличие беременности большей частью бываетъ ясна на основаніи указаній больной, или же распознается по признакамъ беременности. Истеканіе мочи по каплямъ или указанія на задержку мочи, выстукиваніе нижней части живота даютъ возможность безъ труда распознать наполненіе пузыря мочей. Въ такомъ случаѣ слѣдуетъ прежде всего удалить мочу катетеризаціей. Съ этой цѣлью лучше всего пользоваться мужскимъ катетеромъ, въ виду того, что женскій слишкомъ коротокъ и не обладаетъ необходимымъ изгибомъ, достаточнымъ для того, чтобы попасть впередъ надъ лоннымъ сочлененіемъ.

Послѣ того какъ моча выпущена, стараются точнѣе ощупать матку. У мужчинъ не слѣдуетъ, при чрезмѣрномъ растяженіи пузыря, выпускать сразу всю мочу, потому что послѣ полного опорожненія пузыря, стѣнки котораго потеряли эластичность, легко могутъ наступить поверхностныя кровоизліянія въ пузырь вслѣдствіе *horror vacui*. У женщинъ не приходится этого опасаться, ибо весь процессъ носитъ, скорѣе, острый характеръ, и стѣнки пузыря вначалѣ еще здоровы. Я только одинъ разъ наблюдалъ подобное пузырное кровотеченіе послѣ катетеризаціи. Больная истекла кровью въ полость пузыря. На вскрытіи было обнаружено на верхушкѣ пузыря сращеніе съ сальникомъ, которое тянуло вверхъ пузырь и, благодаря этому, дѣлало сокращеніе его невозможнымъ.

Сдѣлавъ распознаваніе «*Retroflexio uteri gravidi*», больной придаютъ боковое положеніе Sims'a, или колѣнно-лектовое и стараются оттолкнуть матку вверхъ при помощи двухъ пальцевъ, или полъ-руки, если это позволяетъ ширина половыхъ частей. Пальцы идутъ сзади, по возможности, вдоль крестцовой впадины и оттѣсняютъ матку впередъ въ сагитальной плоскости. Въ большинствѣ случаевъ, матка внезапно проскакиваетъ вверхъ, за *linea innominata*. При сильной болѣзненности приходится отказаться отъ попытокъ вправленія и вставить колпейринтеръ во влагалище. Колпейринтеръ надуваютъ, или наполняютъ водой по сколько больная это выносить. Съ этимъ колпейринтеромъ больная остается въ постели, въ боковомъ положеніи Sims'a. При этомъ, почти какъ правило, чрезъ одинъ или два часа матка приподнимается и вправляется. Беременность, большей частью, продолжается, не смотря на значительное насиліе, которое, все таки, приходится производить при этой манипуляціи.

По такому способу вправление почти всегда удается при искривлении матки кзади. Выпускание околоплодной жидкости, оттягивание вниз передней влагалищной стѣнки при помощи щипцовъ, для низведения влагалищной части шейки, комбинированной приемъ — давление кзади и оттягивание влагалищной части шейки — точно такъ же и наркозъ являются излишними. Колпайринтеръ производитъ вправление безопаснымъ, безкровнымъ и безболѣзненнымъ путемъ.

Если же наблюдается кровотечение еще до вправления, если имѣлся потрясающій ознобъ, или лихорадка, если, слѣдовательно, плодъ умеръ, или же начался выкидышъ, можетъ быть, уже втечение нѣсколькихъ дней, то самое простое — тотчасъ подъ наркозомъ вправить матку, опорожнить, промыть и слегка затампонировать йодоформенной марлей.

Въ случаѣ, гдѣ трудно достигнуть влагалищной части шейки, при чистой формѣ ретроверсии, подъ наркозомъ захватываютъ влагалищную стѣнку при помощи щипцовъ Museux, по возможности, высоко. Постепенно, захватываютъ щипцами Museux все болѣе высокіе участки влагалищной стѣнки пока не доходятъ до влагалищной части шейки. Тогда, захватываютъ щипцами Museux заднюю, потомъ переднюю губу и оттягиваютъ сильно внизъ, въ случаѣ надобности, при одновременномъ надавливаніи на дно матки въ крестцовой впадинѣ. При этомъ всегда удается репонировать запрокинутую, какъ бы на голову поставленную матку и такъ низвести влагалищную часть, что входъ въ полость матки становится прямолинейнымъ и является возможность ее опорожнить.

Тампонація влагалища, при которой, главнымъ образомъ, отодвигается кзади и кверху влагалищная часть шейки, способствуетъ продолжительному правильному положенію матки. Спустя два—три дня удаляютъ всю марлю. Назначаютъ въ обильномъ количествѣ спорынью, или эрготинъ, въ случаѣ лихорадки промываютъ матку, слѣдятъ за хорошимъ опорожненіемъ кишечника и такимъ образомъ, цѣлесообразно проводятъ послѣдовательное лечение. По прекращеніи кровотеченій, приступаютъ къ леченію ретрофлексіи при помощи пессаріевъ, или же оперативнымъ путемъ.

Хотя были указаны и описаны случаи, когда для вправления матки оказывался необходимымъ проколъ пузыря надъ лоннымъ сочлененіемъ, или же проколъ матки чрезъ влагалище и даже чрезъ прямую кишку, хотя эта необходимость мыслима, но мнѣ она представляется трудно объяснимой. Можетъ быть здѣсь шла рѣчь о ловкомъ скрашиваніи ошибочныхъ діагнозовъ.

Если удастся вправить матку безъ кровотеченія, если, слѣдовательно, имѣется основательная надежда сохранить беременность, то вставляютъ во влагалище мягкое резиновое кольцо въ 7—8 сант. въ

поперечникъ, съ цѣлю предотвратить новое наступленіе ретрофлексіи. Спустя нѣсколько недѣль, по истеченіи первой половины беременности, кольцо удаляютъ, ибо къ этому времени матка уже не можетъ запрокинуться назадъ.

Подъ именемъ частичнаго искривленія беременной матки кзади (*Retroflexio uteri gravidi partialis*) описаны рѣдкіе случаи, когда во второй половинѣ беременности, или во время родовъ обнаруживается выпячиваніе задней нижней, стѣнки матки. При этомъ, существуютъ совершенно нормальныя внѣшнія соотношенія, внутри же влагалищная часть матки плотно прилегаеть къ лонной дугѣ и за нею прощупывается большой широкой дивертикулъ, въ которомъ находится предлежащая часть плода. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ этотъ дивертикулъ оказывается пустымъ. Часто эта аномалія исчезаетъ къ концу беременности, или во время потужной дѣятельности, и роды наступаютъ самопроизвольно.

Слѣдуетъ назначить продолжительное боковое положеніе во время беременности и вводитъ колпейринтеръ, который, будучи надуваемъ, способствуетъ вправленію лежащей въ дивертикулъ части плода. Во время родовъ слѣдуетъ сильно оттягивать влагалищную часть матки кзади при помощи согнутаго крючкомъ пальца. Въ одномъ сообщенномъ мнѣ случаѣ, врачъ сдѣлалъ задній разрѣзъ влагалищной части шейки, извлекъ чрезъ рану плодъ, безъ послѣдующаго зашиванія и тампонаціи. Исходъ былъ благопріятный.

Выпаденіе (*Prolapsus*).

Въ случаяхъ полнаго выворота влагалища съ выпаденіемъ матки, беременность едва-ли представляется возможной. Въ случаяхъ же неполнаго выпаденія, т. е. опущенія матки, какъ совокупленіе, такъ и беременность вполне возможны. Растущая матка поднимается вверхъ и въ результатѣ занимаетъ правильное положеніе втеченіе всей беременности, такъ что эти женщины меньше всего страдаютъ во время беременности. Роды также протекаютъ безъ осложненій, и лишь во время послѣродового періода снова наступаетъ опущеніе влагалищныхъ стѣнокъ и матки.

Бываютъ, однако, случаи, когда подъ вліяніемъ очень сильнаго физическаго напряженія, напр., тяжелыхъ полевыхъ работъ, беременная матка на 2—3-мъ мѣсяцѣ выпадаетъ и не въ состояніи снова стать на мѣсто. При произвольномъ напряженіи, она ущемляется въ положеніи ретрофлексіи, подъ мысомъ, или же лежащая ниже половой щели выпавшія части сильно набухаютъ, становятся темно-красными и очень болѣзненными при прикосновеніи. Если врачебная

помощь не находится подъ рукой, то, при сильной застойной гиперемии матки, дѣло можетъ дойти до разрыва сосудовъ отпадающей оболочки и до выкидыша; и даже описаны уже случаи омертвѣнія всей выпавшей части.

Если приходится наблюдать подобный случай вскорѣ послѣ его внезапнаго наступленія, то придаютъ больной положеніе съ высокоприподнятымъ тазомъ, смазываютъ масломъ ущемленные части, сильно оттѣсняютъ ихъ къзади и стараются вправить ихъ въ тазъ—въ случаѣ сильной болѣзненности подъ наркозомъ. При этомъ, слѣдуетъ самымъ тщательнымъ образомъ обратить вниманіе на то, чтобы матка приняла правильное положеніе антефлексии и не осталась въ положеніи ретрофлексии.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мнѣ удавалось сдѣлать вправление. Влагалище тампонировалось затѣмъ іодоформенной марлей, больной придавалось продолжительное боковое положеніе, и беременность получала благополучное теченіе. Въ другихъ случаяхъ не удавалось сдвинуть на мѣсто чрезвычайно набухшій выпавшій участокъ. Въ такомъ случаѣ приходилось уменьшить матку при помощи выпусканія околоплодной жидкости. Послѣ этого матка становится очень мягкой и вялой и легко сдвигается. Какъ въ подобныхъ случаяхъ, такъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда кровотеченіе указываетъ на то, что начинается выкидышъ, слѣдуетъ отказаться отъ немедленнаго опорожненія матки, при условіи, если данный случай еще асептиченъ. Лучше плотно затампонировать и назначить спорынью. Выкидышъ протекаетъ тогда лучше и самопроизвольно, съ менѣе значительнымъ кровотеченіемъ, чѣмъ при вхожденіи въ матку пальцемъ, ложкой для выскабливанія, или абортнымъ корнцангомъ при сидящемъ еще крѣпко яйцѣ. Само собой понятно, что при лихорадкѣ и гніеніи яйца необходимо немедленно опорожнить матку.

Отъ выпаденія слѣдуетъ строго отдѣлять случаи гипертрофіи шейки. Въ виду рѣдкости этихъ случаевъ, мнѣ не удалось установить ихъ опредѣленную этиологію. Въ высокой степени вѣроятно, что здѣсь всегда имѣется врожденный такъ называемый Col tarsioid. При осмотрѣ оказывается, что влагалищная часть шейки выдается, на подобіе мужского полового члена, въ половую щель даже на 3—4 сант. впереди ея. Въ большинствѣ случаевъ влагалищная часть шейки синевато-краснаго цвѣта, покрыта эрозіями, слизью, или гноемъ. Въ иныхъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло просто съ отекомъ, такъ что впоследствии не существуетъ никакого препятствія при родахъ и гипертрофія подвергается полному обратному развитію. Во всякомъ случаѣ, на спасеніе жизни плода, имѣется больше шансовъ при выжиданіи, нежели при ампутированіи. Я удалялъ подобныя хоботообразныя влагалищныя

части шейки какъ ножомъ, такъ и при помощи петли гальванокаутера и аппарата Пакелена (Raquelin'a). Всегда дѣло доходило до выкидыша, между тѣмъ какъ при выжиданіи роды наступали въ надлежащій срокъ и протекали благополучно. Поэтому я совѣтую обкладывать влагалищную часть шейки компрессами изъ раствора уксуснокислаго глинозема или тому подобныхъ слабыхъ дезинфицирующихъ растворовъ и назначать продолжительное лежаніе въ постели. Если это не возможно, въ силу того, что больная неотложно нуждается въ полной работоспособности, если приходится произвести ампутацію, то слѣдуетъ обратить вниманіе на большую вѣроятность выкидыша.

Менѣе благоприятны тѣ случаи, когда гипертрофіи подверглась не только влагалищная, но и надвлагалищная часть шейки и когда она долго, годами лежала впереди половой щели. Тогда влагалищная часть и сосѣдній вывернувшійся участокъ влагалища бываютъ тверды, кожеподобны и не принимаютъ участія въ разрыхленіи во время беременности. При изслѣдованіи, влагалище также оказывается заполненнымъ выпавшими частями. При наступленіи родовъ шейка не растягивается, а оттѣсняется подлежащей частью плода внизъ до половой щели, при закрытомъ, или же мало раскрытомъ маточномъ зѣвѣ. Часто шейка имѣетъ трубчатую форму, значительную длину и на концѣ ея прощупываются части плода. Или же уплотненіе скорѣе циркулярное, такъ что часть плода лежитъ хотя непосредственно позади маточнаго зѣва, однако послѣдній остается совершенно неподдачливымъ. При предлежаніи, напр., ножки, очень частомъ въ подобныхъ случаяхъ, оттягиваютъ вмѣстѣ съ ножкой неподдачливый маточный зѣвъ до наружныхъ половыхъ частей, причемъ зѣвъ не расширяется подъ вліяніемъ обычныхъ усилій при экстракціи.

Въ такомъ случаѣ приходится дѣлать надрѣзъ ножомъ, чтобы добиться необходимаго раскрытія. Выгодно дѣлать надрѣзъ при оттянутой конечности плода, или же при низведенной при помощи щипцовъ головкѣ, подъ контролемъ глаза, въ половой щели. При этомъ тотчасъ видно, гдѣ кровоточатъ перерѣзанныя артеріи. Въ виду плотности влагалищной части, разрѣзы, большей частью, не даютъ разрывовъ на протяженіи. Быстро извлекаютъ ребенка, сильно оттягиваютъ внизъ переднюю и заднюю губу маточнаго зѣва при помощи двухъ паръ щипцовъ Museux, тутъ же ручнымъ способомъ отдѣляютъ послѣдъ и сшиваютъ. затѣмъ сильно кровоточащіе разрывы, подъ контролемъ глаза передъ половой щелью. Щипцы Museux оттягиваютъ ткани въ противоположную разрывамъ сторону, такъ что есть возможность хорошо видѣть рану, хорошо приладить и сшить края. Швы оставляютъ неукороченными, для того, чтобы имѣть возможность,

въ случаѣ послѣдующаго кровотеченія, тотчасъ оттянуть за эти держалки кровоточащее мѣсто.

Въ литературѣ описаны рѣдкіе случаи смѣщенія матки въ врожденныхъ грыжахъ. Случаи эти становились предметомъ наблюденія, большей частью, еще во время беременности, благодаря ограниченности пространства въ грыжевомъ мѣшкѣ и происходящимъ вслѣдствіе этого застоевъ, сильныхъ болей и кровотеченій.

Въ случаѣ невозможности вправить матку чрезъ грыжевыя ворота, даже послѣ выпусканія околоплодной жидкости при помощи прокола, слѣдуетъ вскрыть грыжевой мѣшокъ, лучше же всего экстирпировать матку. Теоретически можно предложить расширеніе грыжевого мѣшка, вправление матки и прочное зашиваніе грыжевыхъ воротъ.

Беременная матка можетъ попасть также въ приобрѣтенную послѣ чревосѣченія брюшную грыжу. Такъ, однажды послѣ кесарскаго сѣченія, беременная матка прощупывалась мной, какъ бы, внѣ полости живота. Она была покрыта растянутымъ рубцомъ, настолько тонкимъ, что сквозь эту тонкую прозрачную оболочку просвѣчивали покрывающія матку вены. Грыжевыя ворота были настолько велики, что головка ребенка приблизительно могла проходить чрезъ нихъ. Однако, въ виду того, что не удавалось вправить въ животъ всю высоко-беременную матку, пришлось предпринять кесарское сѣченіе къ тому времени, когда плодъ сталъ жизнеспособнымъ, и затѣмъ закрыть щель между прямыми мышцами. Въ такихъ случаяхъ чаще всего обнаруживаются сильныя сращенія сальника и кишекъ по краю грыжевого мѣшка.

Сходныя затруднительныя обстоятельства имѣлись на лицо въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣ *vaginofixatio* передняя стѣнка матки на слишкомъ большомъ протяженіи и слишкомъ крѣпко срослась съ влагалищемъ. Въ такомъ случаѣ, влагалищная часть стоитъ высоко сзади вверху. Боли не въ состояніи вогнать плодъ въ родовой каналъ, вслѣдствіе чего роды становятся невозможными. Такъ какъ въ этихъ случаяхъ пузырь не лежитъ между стѣнкой влагалища и маткой, то разсѣкаютъ по срединѣ переднюю, а если нужно и заднюю губу и стѣнку матки, чтобы войти рукой въ полость матки, захватить ножку и за нее извлечь ребенка.

Если выясняется невозможность кончить роды подобнымъ образомъ, то приходится прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію, которое неоднократно примѣнялось то съ хорошимъ, то съ дурнымъ исходомъ.

Опухоли матки.

Миомы.

Утверждение, что миома матки обуславливает стерильность, къ сожалѣнію, не справедливо. Гораздо вѣрнѣе сказать, что у бесплодныхъ женщинъ въ маткѣ чаще наблюдается развитіе миомъ. Съ другой стороны часто наблюдается осложненіе миомой беременности. Въ такихъ случаяхъ по большей части легко установить, напримѣръ, при экстирпации, что миома не измѣняетъ существенно формы полости матки. Если на маткѣ и сидятъ иногда съ правой и лѣвой стороны подбрюшинныя миомы значительной величины, или маточная стѣнка пронизана многочисленными узлами, то во всякомъ случаѣ подслизистыхъ и, въ особенности, полипозныхъ миомъ не встрѣчается.

Если женщина, у которой есть миома забеременѣетъ, то часто миома начинаетъ очень быстро расти, однако, величина маленькихъ подбрюшныхъ узловъ можетъ совершенно не измѣняться, они могутъ даже подвергнуться обратному развитію. Во время беременности узлы начинаютъ больше выдаваться надъ поверхностью матки. А послѣ родовъ становятся опять межзачаточными. По мѣрѣ поднятія матки, съ теченіемъ беременности миомы также поднимаются выше въ брюшную полость, поэтому лучше прощупываются и начинаютъ вызывать различныя припадки, которыхъ до того не было. Такъ миома, расположенная у дна матки, можетъ давить на желудокъ, затруднять принятіе пищи и вызывать рвоту. Если наблюдается чрезмѣрно быстрый ростъ миомы и прогрессируваніе болѣзненныхъ припадковъ, нужно всегда имѣть въ виду возможность беременности или процесса перерожденія миомы.

Если миомы располагаются такимъ образомъ, что не мѣшаютъ росту матки, то беременность протекаетъ нормально. Только въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда забеременѣетъ матка съ одной или многими подслизистыми миомами, миома, какъ таковая, можетъ обусловить выкидышъ. Но это очень рѣдко. Большею частью даже и тогда беременность не нарушается. Во всякомъ случаѣ было бы неправильнымъ считать миому этиологическимъ моментомъ для выкидыша. Но при неблагоприятныхъ условіяхъ въ смыслѣ расположенія миомы, она можетъ мѣшать развитію ребенка. Я вылучилъ съ успѣхомъ изъ передней стѣнки беременной матки большую миому, которая отклонила матку въ retroflexio, такъ что развился весь симптомокомплексъ ущемленной загнутой назадъ матки. Послѣ операціи положеніе матки сдѣлалось нормальнымъ и беременность протекла благополучно. Въ другихъ случаяхъ развиваются опасныя симптомы вслѣдствіе чрезмѣрнаго переполненія брюшной полости.

Ребенокъ, развиваясь въ неправильной, чрезчуръ узкой полости, нерѣдко обнаруживаетъ явленія атрофіи отъ давленія. Такъ, я видѣлъ ребенка, нижнія конечности котораго были сплющены и атрофичны, какъ у foetus parugaceus. Изъ одной міоматозной матки я извлекъ ребенка, черепъ котораго былъ совершенно изуродованъ и сдавленъ въ косомъ направленіи.

Если родовые пути свободны и міомы лежатъ только въ верхнемъ отдѣлѣ матки или у дна ея, то схватки бываютъ сильными. Я никогда не видѣлъ, чтобы стѣнка матки, противоположная мѣсту расположенія міомы, была атрофирована. Еще менѣе атрофируется матка по сосѣдству съ міомой. Наоборотъ мускулатура матки представляетъ скорѣе слишкомъ толстой, а не истонченной, родовая дѣятельность поэтому совершенно нормальна, часто даже чрезмѣрно сильна.

По изгнаніи плода иногда происходятъ затрудненія при выхожденіи дѣтскаго мѣста. Оно отдѣляется съ трудомъ, потому что полость неправильна, кромѣ того оно можетъ быть прикрѣплено или приращено не къ нормальной слизистой оболочкѣ, а, напримѣръ, поверхъ міомы. Или же по изгнаніи ребенка расположеніе міомы становится такимъ неблагоприятнымъ, что не остается мѣста для руки, вводимой съ цѣлью удаленія послѣда, особенно, когда матка быстро уменьшилась подъ вліяніемъ послѣродовыхъ сокращеній; если послѣдъ при этомъ разлагается, то положеніе становится особенно тяжелымъ. Приходится при наличности септического зараженія производить полное удаленіе матки, такъ какъ это является крайнимъ средствомъ для спасенія, впрочемъ и этотъ пріемъ почти всегда безуспѣшенъ.

По опороженіи матки родовыя боли прогоняютъ иногда міому въ полость. вмѣстѣ съ тѣмъ сильное напряженіе гипертрофированныхъ мышцъ сосѣднихъ участковъ стремится изгнать міому. Ее можно прощупать тогда надъ внутреннимъ зѣвомъ.

Бывали случаи, что вставляющуюся міому принимали за головку второго ребенка, накладывали щипцы и отрывали или одну міому или вмѣстѣ съ маткой; или же, наоборотъ, считали выворотъ матки за міому и, съ намѣреніемъ «удалить полипъ», вырывали матку.

Если міома развивается въ шейкѣ, то она лежитъ ниже ребенка. Уже въ теченіе беременности растущая матка оттѣсняетъ міому въ тазъ и именно у болѣе пожилыхъ первородящихъ, съ неэластичными брюшными покровами. Тогда полость или входъ таза оказывается совершенно выполненнымъ міомой и родовой актъ становится невозможнымъ. Маточный зѣвъ, который не раскрывается, не смотря на сильнѣйшія боли, находятъ тогда высоко вверху, тотчасъ за лономъ или же, если міома на передней стѣнкѣ, что бываетъ рѣже, высоко сзади у мыса или надъ мысомъ и тогда онъ почти недостижимъ.

Если воды прошли и нѣтъ давленія со стороны подлежащей части плода, то маточный зѣвъ спадается, родовая дѣятельность постепенно ослабѣваетъ и наступаетъ продолжительная контрактура матки. Если не было оперативнаго вмѣшательства, но было много изслѣдованій, resp. внесена была инфекция, то наступаетъ лихорадка: начало опаснѣйшаго сепсиса.

Удивительно, что производить иногда въ этихъ несчастныхъ случаяхъ родовая дѣятельность. Мертвый, размягченный плодъ все таки изгоняется подъ вліяніемъ многодневной родовой дѣятельности. Вслѣдствіе сжатія размягчившихся міомы и плода создается необходимое пространство. Но послѣ рожденія ребенка міома снова ускользаетъ внизъ и введеніе руки для удаленія послѣда, даже тотчасъ послѣ рожденія ребенка, можетъ оказаться невозможнымъ. Если роженица уже лихорадитъ и нужно употребить усиліе, чтобы войти въ матку, нанося при этомъ сильныя травмы, то прогнозъ дѣлается чрезвычайно неблагоприятнымъ. При отсутствіи вмѣшательства больныя погибаютъ отъ инфекции, а при большихъ операціяхъ на инфицированныхъ, едва ли возможно разсчитывать на спасеніе.

Міомы, лежащія въ паренхимѣ на границѣ тѣла и шейки, обладаютъ особымъ свойствомъ подъ вліяніемъ родовой дѣятельности медленно отходить кверху. Какъ при узкомъ тазѣ контракціонное кольцо постепенно поднимается выше и выше и истончается нижній сегментъ матки, такъ и міома, лежащая въ контракціонномъ кольцѣ или около него, отходитъ кверху. Родовой каналъ постепенно освобождается, ребенокъ подвигается къ серединѣ и происходятъ роды. Позднѣе міома ложится опять глубже. На основаніи послѣдующихъ данныхъ съ трудомъ можно повѣрить, что по этому проходу могъ пройти ребенокъ.

Въ этихъ случаяхъ нельзя составить себѣ опредѣленнаго плана дѣйствій. Часто необычайно трудно, несмотря на основательное обсужденіе, найти надлежащій путь. Нельзя осуждать врача, у котораго подобные случаи окончатся несчастливо. Въ концѣ концовъ вопросъ рѣшается успѣхомъ, но и завѣдомо ложныя заключенія иногда случайно увѣнчиваются успѣхомъ.

По отношенію къ терапіи приходится различать случаи, подпадающіе наблюденію во время беременности, отъ тѣхъ, гдѣ врачъ приглашается лишь послѣ наступленія затрудненія при родо разрѣшеніи.

Рѣшительно нужно отвергнуть совѣтъ при всякихъ обстоятельствахъ тотчасъ же экстирпировать или опорожнить міоматозную беременную матки. Вмѣшательство рекомендуется только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ расположеніе міомы ясно указываетъ, что ростъ ея несомнѣнно приведетъ къ невозможности родового акта. Здѣсь опять

можно колебаться между прерываніемъ беременности, тотальной экстирпаціей и позднѣйшимъ кесарскимъ сѣченіемъ. При выборѣ пособия слѣдуетъ принимать во вниманіе также желаніе и самой беременной.

Прерываніе беременности представляется очень невѣрнымъ мѣропріятіемъ. Я часто дѣлалъ это раньше, но отнюдь не видѣлъ отъ этого большой пользы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ было необыкновенно трудно удалить плодъ, а главное, послѣдъ изъ обезображенной полости. При неопытности легко повредить стѣнку матки, такъ какъ неизвѣстны пространственныя отношенія полости. Изгнаніе плода можетъ длиться такъ долго, что наступаетъ лихорадка, потомъ разложеніе міомъ, такъ что необходима тотальная экстирпація или влагалищное вылущеніе съ сомнительнымъ исходомъ при начавшемся уже сепсисѣ.

Если удалось сначала провести случай асептично, то часто наступаютъ схваткообразныя боли, длящіяся цѣлыми днями: стремленіе матки изгнать міому. Благодаря этимъ схваткамъ, притокъ питательнаго матеріала къ міомѣ прекращается или, по меньшей мѣрѣ, уменьшается. Уже на второй недѣлѣ міома подвергается некробіозу и некрозу такъ, что даже при начальномъ благопріятномъ теченіи можетъ развиваться позднѣе сепсисъ, перитонитъ и т. д. Поэтому теперь я отклоняю искусственное прерываніе беременности при міомахъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда на маткѣ находится единичный подбрюшинный узелъ, уже многократно производилось вылущеніе міомы. Много разъ я вылушалъ міомы величиною съ кулакъ и больше, накладывалъ швы на ложе и съ радостью наблюдалъ, что беременность донашивалась и что впослѣдствіи ребенокъ рождался нормально.

Если же извѣстно, что матка пронизана многочисленными міомами, такъ что впослѣдствіи необходима міомотомія, то, конечно, правильнѣе сдѣлать тотчасъ же надвлагалищную ампутацію матки или же, если міома достигаетъ и шейки, то удаленіе ея путемъ чревосѣченія. Послѣднее совѣтуется и тогда, когда опухоль достигаетъ величины дѣтской головки и больше и если она лежитъ не вполне подбрюшинно, но глубоко въ паренхимѣ. Тогда швы подходятъ слишкомъ близко къ слизистой, приходится перевязывать много сосудовъ, подчасъ вблизи послѣда, и при этомъ навѣрно наступятъ роды, чѣмъ шансы значительно ухудшаются. При болѣе значительныхъ интерстиціальнхъ міомахъ предпочитаютъ удалять матку въ интересахъ сохраненія жизни матери.

Слѣдующая мѣра это лапаротомія и удаленіе матки, все равно, будь это въ первыхъ или послѣднихъ мѣсяцахъ беременности. Я производилъ нерѣдко успѣшно эту операцію по желанію пациентки именно

въ такихъ случаяхъ, когда быстрый ростъ міомы вызывалъ чрезвычайно тягостныя явленія. Такъ я наблюдалъ одинъ случай, гдѣ міома сидѣла какъ разъ у дна и росла прямо по направленію къ желудку.

Понятно будетъ правильнѣе выжидать, если нѣтъ особенно тягостныхъ симптомовъ и въ концѣ беременности, за нѣсколько дней до начала родовъ сдѣлать операцію Рого; извлечь ребенка и удалить матку. Такимъ образомъ ребенокъ будетъ спасенъ и есть довольно твердое основаніе не бояться за жизнь матери.

Я производилъ также полное удаленіе матки влагалищнымъ путемъ въ ранній періодъ беременности. А также удаленіе плоднаго яйца по разсѣченіи передней стѣнки влагалища съ послѣдовательнымъ вылушеніемъ міомы.

Самое правильное, несомнѣнно, сдѣлать кесарское сѣченіе въ концѣ беременности.

Если же дѣло дошло до родовъ, способъ дѣйствія будетъ зависѣть отъ того, живъ ребенокъ или нѣтъ и есть ли лихорадка.

Если ребенокъ умеръ и имѣется настолько свободнаго мѣста, что есть надежда закончить роды перфорацией, то, при подлежащей головкѣ, извлекаютъ ребенка послѣ перфорации краниокластомъ или же, повернувъ его, за ножку.

Хватить ли для этого мѣста, нельзя опредѣлить измѣреніями. Нужно, чтобы была возможность пройти въ матку рукой. Если для руки нѣтъ мѣста, то нельзя будетъ сдѣлать извлечения ребенка, нельзя будетъ удалить послѣда. При міоматозныхъ маткахъ нельзя разсчитывать на успѣшное примѣненіе способа Credé, нужно имѣть возможность ввести руку, чтобы произвести ручное отдѣленіе послѣда.

При тѣсныхъ пространственныхъ отношеніяхъ, когда невозможно ввести руку, безусловно необходима лапаротомія. Тогда удаляютъ закрытую матку вмѣстѣ съ мертвымъ ребенкомъ, какъ міому. Несомнѣнно выгоднѣе, чтобы матка осталась закрытой, чтобы избѣжать возможности стока инфицированныхъ отдѣленій изъ матки въ полость брюшины. Если же тщательно вымыть влагалище, и хорошо защитить операціонное поле компрессами до ампутаціи или при полномъ удаленіи матки до вскрытія свода, то есть много шансовъ на успѣхъ, даже при разлагающемся содержимомъ матки, какъ я неоднократно убѣждался на опытѣ.

Во всякомъ случаѣ такой способъ дѣйствія даетъ лучшій прогнозъ, чѣмъ насильственное извлечение per vias naturales при чрезмѣрно узкомъ пространствѣ. Тогда легко получается травма, доходящая до міомы. Если же зародыши инфекціи достигнутъ міомы или войдутъ въ нее, то она подвергается некрозу и начинается разлагаться,

несмотря на обильныя промыванія дезинфицирующими средствами. Исходъ дѣлается тогда сомнительнымъ.

Если ребенокъ живъ, ждуть некоторое время результатовъ родовой дѣятельности, чтобы путемъ наблюденія выяснить взаимныя отношенія между ребенкомъ и міомой при схваткахъ. Если ясно, что во время схватокъ міома не отходитъ кверху, а, наоборотъ, отношенія становятся все болѣе неблагоприятными, появляется, слѣдовательно, невозможность родового акта, то какъ можно скорѣе, пока не поднялась температура, дѣлають кесарское сѣченіе. Дѣйствительно на асептической роженицѣ оно безопаснѣе, чѣмъ трудныя щипцы, краніо-клазія или поворотъ, при которыхъ происходятъ очень опасныя разможженныя раны. При производствѣ кесарскаго сѣченія выясняютъ отношенія. Если міомъ много, матку удаляютъ, если одна и она лежитъ удобно, а случай асептиченъ, матку сохраняютъ и вылушаютъ міому.

Если же роженица считается уже септической, т. е., если, напри- мѣръ, въ теченіи нѣсколькихъ дней длится лихорадка, если роженица доставлена въ клинику съ частымъ пульсомъ, помраченіемъ сознанія, или плодъ мацерированъ, то только отъ полного удаленія матки можно ждать спасенія жизни больной. Въ такихъ случаяхъ я обильно промывалъ полость матки съ помощью маточнаго катетра, затѣмъ производилъ полное удаленіе матки, находившейся въ послѣднемъ срокѣ беременности и оставлялъ *in situ* гнилой плодъ, удаляя его вмѣстѣ съ маткой.

Исходъ зависитъ не отъ искусства оператора, но отъ того, насколько распространилась инфекція. Если *lig. lata* и забрюшинная клѣтчатка найдены отечными, если въ полости брюшины видны потемнѣвшія кишечныя петли и гнойные хлопья, то случай потерянь, не смотря на всевозможную тщательность и быстроту операции. Операция является тогда послѣдней попыткой спасти жизнь. За плохой исходъ нельзя осуждать оператора.

Уже много разъ я упоминалъ объ омертвеніи міомы въ теченіи послѣродового періода, чего, къ сожалѣнію, не всегда можно избѣжать путемъ строжайшей антисептики. Ограниченный питательный матеріалъ въ послѣродовой маткѣ становится недостаточнымъ для быстро растущей въ періодъ беременности міомы и она омертвѣваетъ. Можетъ быть этому способствуетъ и то, что ея мышечная капсула очень сокращается подъ вліяніемъ послѣродовыхъ схватокъ. Если даже не наступитъ въ ближайшемъ будущемъ разложенія міомы, то все же матка реагируетъ на присутствіе посторонняго тѣла сильными схватками, продолжающимися цѣлыми днями и очень истощающими родильницу. Вслѣдствіе этого міома дѣлается подслизистой и можетъ выйти въ полость матки, наполненную послѣродовыми отдѣленіями и содер-

жашую болѣзнетворные зародыши, міома инфицируется и подвергается распаду. Я наблюдалъ, кромѣ того, распадъ міомы и удалилъ ее путемъ лапаротоміи, хотя между міомой и полостью матки лежалъ слой совершенно нормальной маточной ткани, толщиной въ 2 пальца, и первые 14 дней *post partum* не было лихорадки.

Въ заключеніе я замѣчу еще, что старый взглядъ о возможности исчезновенія міомы въ послѣродовомъ періодѣ былъ основанъ на ложныхъ наблюденіяхъ. Нѣкоторыя міомы вырастаютъ во время беременности до величины дѣтской головки, а позднѣ снова уменьшаются. Міома, выдававшаяся изъ паренхимы подъ брюшину во время беременности, снова сокращается и становится трудно ощущаемой. Но чтобы міома совершенно исчезла, я никогда не наблюдалъ.

Ракъ матки.

Такъ какъ ракъ влагалищной части можетъ быть и въ болѣе молодомъ возрастѣ, а большею частью между 40 и 50 годами, когда женщина еще способна къ зачатію, то осложненія беременности и родовъ ракомъ не рѣдки.

Часто удивляешься, какъ еще могла наступить беременность при колоссальныхъ карциноматозныхъ измѣненіяхъ формы шейки. При этомъ нельзя забывать, что обиліе крови въ періодъ беременности въ высшей степени благопріятствуетъ росту карциномы. Мы знаемъ, что ростъ рака въ старости медленный, въ молодомъ возрастѣ быстрѣе и быстрѣе всего во время беременности, возможно, слѣдовательно, что именно во время беременности опухоль достигаетъ значительныхъ размѣровъ.

Можно различать три вида раковъ во время беременности: опухоль въ формѣ цвѣтной капусты, *ulcus rodens* и узловатую карциному съ метастазами по окружности.

Всѣ формы могутъ переходить одна въ другую. Ракъ въ видѣ цвѣтной капусты исходитъ изъ одной губы, образуетъ большую мягкую опухоль, которая иногда настолько выполняетъ влагалище, что изслѣдованіе становится невозможнымъ и является препятствіе для родового акта. До того времени, какъ мы начали оперировать ракъ, я видѣлъ нѣсколько такихъ случаевъ, что при родахъ большая мягкая опухоль была раздавлена, разрушена головкой, а послѣ родовъ подвергалась разложенію и вызывала послѣродовую лихорадку. Большею частью одна губа, прилегающая къ опухоли въ видѣ остраго края, сохраняетъ еще свою форму. Иногда опухоль сидитъ въ видѣ полипа на губѣ.

Въ такихъ случаяхъ въ теченіи беременности, которая протекаетъ до конца, появляются серозно-кровянистыя выдѣленія, прогрессивно усиливающіяся. Бываютъ также сильныя кровотеченія, напр. при coitus и, при запорахъ, или при волненьяхъ. Часто на раковой опухоли развиваются бактеріи и тогда при изслѣдованіи зеркалами опухоль представляется грязнаго цвѣта, похожей на дифтерическую. При этомъ выдѣленія пріобрѣтають дурной запахъ.

Когда карцинома имѣетъ больше характеръ *ulcus rodens*, то на первый планъ выступаетъ потеря вещества, а не образование карциноматозныхъ массъ. Карцинома занимаетъ всю шейку, образуется кратеръ, идущій до внутренняго зѣва съ плотной инфильтраціей сосѣднихъ участковъ.

Въ первое время существуетъ еще защитительная слизистая пробка. И здѣсь обильно и постоянно выдѣляется кровь и кровянистая жидкость. Но разложенія можетъ совсѣмъ не быть и тогда выдѣленія представляются лишь кровянистыми, слизистыми и серозными. Выдѣленія сами по себѣ еще ничего не значать, они могутъ быть въ изобиліи и при слизистыхъ полипахъ. Шейка дѣлается очень твердой, растяжимость ея уменьшается вслѣдствіе отложенія карциноматозныхъ узловъ по сосѣдству. Цервикальный каналъ, благодаря поверхностей потерѣ вещества, дѣлается широкимъ и воронкообразнымъ въ своей нижней части. Вслѣдствіе этого защитительная слизистая пробка лишается своей поддержки. Гнилостный процессъ разрушаетъ ее и идетъ дальше вверхъ. Прежде, когда распространенныя раковыя пораженія еще не лѣчились оперативнымъ путемъ, я выжидалъ часто время для успѣшнаго кесарскаго сѣченія, чтобы спасти по крайней мѣрѣ ребенка. Но по большей части наступали преждевременные роды, потому что нижній полюсъ яйца оставался незащищеннымъ, плодныя оболочки загнивали и въ то же время разлагалась околоплодная жидкость. Роды протекають чрезвычайно легко, такъ какъ шейка не представляетъ препятствій, а ребенокъ еще очень малъ.

Но въ другихъ случаяхъ въ нижнемъ сегментѣ матки является абсолютное препятствіе для родоваго акта или вслѣдствіе того, что богатая соединительной тканью «фиброзная карцинома» дѣлаетъ нерастяжимой шейку или вслѣдствіе того, что многочисленныя раковыя узлы совершенно выполняютъ промежутокъ между шейкой и тазомъ.

Въ первомъ случаѣ наблюдалось, что боли скоро ослабѣвали, ребенокъ умиралъ и оставался первое время въ маткѣ въ состояніи некробіоза.

При сильномъ развитіи узловъ, которые не поддаются сдавливанію, родовая дѣятельность не можетъ образовать необходимаго пространства. Уже старыми авторами проводится взглядъ, что въ такихъ

случаяхъ ровная рана при кесарскомъ сѣченіи даетъ лучшій прогнозъ, чѣмъ многочисленныя разможенныя раны при насильственномъ родоразрѣшеніи per vias naturales.

Діагнозъ легокъ. Въ анамнезѣ прогрессирующее болѣе или менѣе сильное кровоотдѣленіе, которое иногда бываетъ болѣе водянистымъ, а иногда чисто кровавымъ. При изслѣдованіи прощупывается неправильная, бугристая, размягченная, мѣстами легко сдавливаемая карцинома, которая крошится, легко рвется и сильно кровоточитъ. При діагнозѣ приходится считаться только съ двумя заболѣваніями: шейкой, принявшей совершенно неправильную форму при предшествующемъ насильственномъ родоразрѣшеніи съ потерей вещества и образованіемъ рубцовъ, и острыми кандиломами. Иногда встрѣчаются случаи, при которыхъ часть шейки оторвана или разрушена гангреной послѣ трудныхъ щипцовъ или кефалотрипсіи. Если часть шейки расширена, то неправильная атипичная форма ея, эрозіи съ большимъ количествомъ отдѣляемаго, грануляціи, легко кровоточащія при дотрогиваніи пальцемъ могутъ возбудить подозрѣніе относительно рака. Между тѣмъ раковаго избытка тканей, новообразованія нѣтъ. Все, что прощупывается, имѣетъ одинаковую плотность. Чего то не хватаетъ, но опухоли не прощупывается. Мягкія массы не уступаютъ давленію пальцемъ. Если есть сомнѣніе, то изслѣдованіе зеркалами должно разрѣшить его. Нельзя найти такого мѣста, куда зонтъ проникалъ бы, какъ въ мягкій картофель, нельзя соскоблить или раздавить бугристыя массы. При эрозіяхъ, выворотѣ или разорванной шейкѣ консистенція, повсюду одинакова кровотеченіе возникаетъ легко, но размягченныхъ участковъ нѣтъ. Я могъ всегда поставить діагнозъ безъ эксцизіи, безъ микроскопическаго изслѣдованія.

Острые кандиломы находятся у беременныхъ какъ во влагалищѣ, такъ и на шейкѣ. Всякое подозрѣніе о ракъ должно немедленно исчезнуть, если найдены слѣдующія данныя: часть разрошенной сидитъ на верхней и нижней стѣнкѣ влагалища, онѣ имѣютъ равномерную мягкость, крошатся, ускользаютъ изъ подъ пальца, сидятъ на тонкой ножкѣ; большая большею частью беременны въ 1 разъ, молоды; шейка, помимо присутствія на ней опухоли, сохранила вполнѣ свою фізіологическую форму.

Существуютъ еще слизистые полипы, которые болтаются у шейки, свисаютъ изъ нея и вызываютъ сильное водянистое истеченіе. Ихъ скорѣе можно увидать, чѣмъ прощупать. Я неоднократно наблюдалъ, какъ такіе мягкіе полипы исчезали послѣ родовъ, или раздавливались плодомъ, или въ послѣродовомъ періодѣ подвергались атрофическимъ измѣненіямъ.

Для леченія въ настоящее время можно установить такой простой принципъ, что, какъ только ракъ обнаруженъ, его немедленно слѣдуетъ удалить. Въ настоящее время не можетъ быть сомнѣній въ правильности этого заключенія. Конечно то или другое вмѣшательство обуславливается формой рака и періодомъ беременности.

Въ ранній періодъ беременности, до 3 мѣсяцевъ, просто производятъ полное удаленіе матки влагалищнымъ путемъ также, какъ удаляютъ большую раковую матку.

Съ половины беременности въ одинъ пріемъ выпускаютъ около плодныхъ водъ, удаляютъ плодъ, по разсѣченіи передней стѣнки матки, и затѣмъ производятъ удаленіе матки вмѣстѣ съ неотдѣленнымъ послѣдомъ.

Въ болѣе поздней періодъ беременности матку низводятъ, выше шейки дѣлаютъ разрѣзъ во влагалищѣ, отдѣляютъ пузырь, разсѣкаютъ переднюю а также заднюю губу маточнаго зѣва настолько высоко, чтобы можно было извлечь плодъ и тотчасъ затѣмъ удаляютъ матку. Одни совѣтуютъ оставлять послѣдъ, другіе совѣтуютъ удалять его въ надеждѣ, что легче удастся удаленіе матки, сдѣлавшейся теперь маленькой. Я всегда оставлялъ послѣдъ, чтобы сберечь больше крови, величина матки меня никогда не затрудняла. Поразительно, какъ легко удаляется беременная матка.

Если много узловъ сидятъ въ parametrium, то они выполняютъ всю полость таза и дѣлаютъ поэтому родовой каналъ совершенно непроходимымъ, тогда нужно извлечь ребенка путемъ кесарскаго сѣченія. Если возможно, матку удаляютъ сверху. И это не особенно трудно, но, конечно, требуется болѣе длительная и прогностически болѣе неблагоприятная операція, чѣмъ удаленіе влагалищнымъ путемъ.

Если раковая опухоль слишкомъ велика и такъ далеко зашла по окружности, что нужно отказаться отъ всякой мысли излеченія рака, т. е. если имѣется далеко распространившійся процессъ, если случай неоперативный, то выжидаютъ и въ концѣ беременности дѣлаютъ кесарское сѣченіе, чтобы спасти, по крайней мѣрѣ ребенка. Но, конечно, часто наступаютъ преждевременные роды мертвомъ плодомъ. Нужно надѣяться, что молодые врачи будутъ рѣже насъ видѣть такіе несчастные случаи, такъ какъ чѣмъ болѣе популярности пріобрѣтетъ операція рака, тѣмъ раньше врачи и акушерки будутъ посылать больную въ клинику.

При мертвомъ ребенкѣ я по принципу оперирую сверху. Ребенокъ остается in situ, матка удаляется вся, какъ при полномъ удаленіи большой миоматозной матки. Шансы при операціи рѣшительно лучше, чѣмъ при предварительномъ опорожненіи матки. Перевязку сдѣлать легче, выведеніе и отдѣленіе черезъ влагалище удастся легче и съ

меньшей потерей крови, если матка велика и не вяла. Особенно бросается въ глаза преимущество провести всю операцію до самаго послѣдняго акта безкровно.

Вопросъ о леченіи подобныхъ случаевъ рѣшается на основаніи техническихъ соображеніи при соблюденіи принципа возможно полнаго удаленія карциномы.

Опухоли яичниковъ.

Опухоли яичниковъ не растутъ въ теченіе беременности какимъ либо необычнымъ образомъ.

Они даютъ болѣзненные симптомы, потому что измѣняютъ нормальное положеніе матки или потому, что въ брюшной полости не хватаетъ мѣста для опухоли и для беременной матки. Иногда при изслѣдованіи беременной совершенно случайно находятъ опухоль, о существованіи которой беременная не имѣла никакого представленія.

При родахъ опухоль, находясь ниже подлежащей части плода въ Дугласовомъ пространствѣ, можетъ совершенно выполнить малый тазъ и сдѣлать такимъ образомъ невозможнымъ прохожденіе ребенка черезъ полость таза.

Въ послѣродовомъ періодѣ при лихорадочныхъ заболѣваніяхъ въ опухоль яичника могутъ быть занесены кокки по кровеноснымъ и лимфатическимъ путямъ, точно такъ какъ, напр. при тифѣ тифозныя бациллы. Тогда можетъ наступить нагноеніе. Это бываетъ въ томъ случаѣ, когда при перемѣщеніи опухоли послѣ опорожненія матки, опухоль повернется вокругъ своей оси и такимъ образомъ питательный матерьялъ не можетъ уже поступать въ нее черезъ перекрученную ножку.

Діагнозъ во время беременности устанавливается ощупываніемъ, иногда подъ наркозомъ. Пробная пункція Правацовскимъ шприцемъ показана при антисептическихъ предосторожностяхъ. Различная консистенція, типическое положеніе сбоку отъ дна матки, возможность исключенія всякаго другого заболѣванія выясняютъ случай.

При громадныхъ яичниковыхъ кистахъ брюшная полость можетъ подвергнуться необычному растяженію, брюшныя стѣнки могутъ быть очень напряжены, ощупать что либо нельзя и поставить опредѣленный діагнозъ едва ли возможно. Киста можетъ лопнуть какъ во время беременности, такъ и во время родовъ, тогда наступаетъ чрезвычайно обильное выдѣленіе мочи и внезапное уменьшеніе живота. При опорожненіи матки при родахъ ощупываніе живота становится легкимъ. Тогда жожно прощупать кисты, которыя раньше нельзя было распознать.

Важно указаніе беременныхъ, что и до беременности былъ большой животъ.

Въ одномъ случаѣ развитаго гидронефроза я могъ поставить діагнозъ главнымъ образомъ, исходя изъ того факта, что опухоль появилась уже въ дѣтскомъ возрастѣ. Постоянство величины опухоли въ теченіи десяткахъ лѣтъ немыслимо при пролиферирующихъ опухоляхъ.

Эхинококки опредѣляются по большей части сзади матки, субперитонеально въ видѣ опухолей. Они могутъ вскрыться во время беременности или во время родовъ во влагалищѣ, причемъ дѣло тотчасъ выясняется отхожденіемъ характерныхъ пузырьковъ.

Если во время беременности случайно найдена опухоль яичника или она обнаружится какими либо симптомами, то несомнѣнно лучше всего посоветовать тотчасъ операцию. Уже сдѣлано много успѣшныхъ овариотомій во время беременности. Такъ какъ оперировать все равно нужно, то чѣмъ раньше будетъ сдѣлана операція, тѣмъ лучше. При увеличеніи матки могутъ развиваться весьма тягостные симптомы, опухоль можетъ лопнуть во время родовъ, даже при доброкачественной опухоли могутъ образоваться метастазы на кишкахъ и брюшинѣ, можетъ быть перекручиваніе по оси при родахъ и разложеніи опухоли въ теченіи послѣродового періода. Всѣ эти опасности устраняются своевременной операціей.

При этомъ разрѣзъ нужно провести такъ, чтобы пупокъ приходился приблизительно на серединѣ его, потому что опухоль яичника отходитъ кверху. Оперируютъ какъ можно бережнѣе, чтобы не возбудить сокращеній матки. Брюшной шовъ накладывается какъ можно тщательнѣе. Необходимо, чтобы фасціи были сшиты другъ съ другомъ неразсасывающимся матерьяломъ, чтобы при дальнѣйшемъ ростѣ беременной матки или во время родовой дѣятельности не произошло грыжи.

Иногда несмотря на всю осторожность, наступаютъ роды, гест. прерываніе беременности. Къ сожалѣнію раньше я не обращалъ вниманія, не происходило ли такъ въ тѣхъ случаяхъ, когда corpus luteum находилось въ остаткѣ яичника, захваченнаго опухолью. (Сравни стр. 22).

Труднѣе обстоитъ дѣло, если маленькая опухоль лежитъ въ Дугласовомъ пространствѣ. Это доказываетъ ненормальное положеніе опухоли, потому что растущая матка должна была захватить съ собою вверхъ опухоль яичника. Несмотря на то, нѣсколько разъ я не находилъ абсолютно никакихъ сращеній съ лежащей въ тазу, легко подвижной опухолью яичника. Нужно принять, что первоначально ножка

опухоли была очень длинна и что опухоль ущемилась ниже мыса, какъ ретрофлексированная беременная матка.

Я видѣлъ часто случаи, при которыхъ, вслѣдствіе прекраснаго общаго состоянія беременной, не могъ рѣшиться удалить очень маленькую опухоль, найденную случайно около матки. Я выжидалъ родовъ, чтобы выпустить черезъ влагалище жидкость изъ кисты. Роды протекали самопроизвольно, опухоль исчезала впоследствии. Можетъ быть это были маленькія параоваріальныя кисты.

Во время родовъ опухоль яичника кверху отъ матки опредѣляется благодаря рѣзкому увеличенію живота; надо остерегаться двигать эту опухоль или надавливать на нее, роды должны быть, какъ только это станетъ возможно, кончены безъ помощи наружныхъ приѣмовъ. Потому что при давленіи опухоль можетъ лопнуть или повернуться вокругъ своей оси. По окончаніи послѣродового періода дѣлаютъ оваріотомію. Если нѣтъ показаній со стороны какихъ либо симптомовъ, ждуть 6—8 недѣль, потому что раньше этого матка очень мягка. Швы на маткѣ легко прорѣзываются, на мѣстахъ уколовъ и разрывовъ на мягкой маткѣ получается трудно прекратимое кровотеченіе.

Если опухоль помѣщается въ нижнемъ отдѣлѣ таза, ниже лежащей части ребенка, терапия зависитъ отъ періода родовъ, въ которомъ мы видимъ больную. Если головка еще совершенно подвижна надъ тазомъ, то кладутъ женщину въ колѣно-локтевое положеніе или въ боковое Sims'a и пробуютъ оттолкнуть опухоль. Часто мнѣ присылали въ клинику случаи для кесарскаго сѣченія, въ которыхъ удавалось легко оттолкнуть опухоль кверху. Конечно, это не идеальная мѣра, такъ какъ киста при примѣненіи силы, которая необходима, можетъ легко лопнуть. Тогда хотя и получится необходимое пространство и роды сдѣлаются возможными, но содержимое кисты въ брюшной полости представляетъ, конечно, опасность. Но мнѣ кажется болѣе правильнымъ взять на себя отвѣтственность за эту опасность, чѣмъ дѣлать лапаротомію въ разгарѣ родовой дѣятельности. Часто и я это дѣлалъ, но много нерячностей причиняли въ такихъ случаяхъ неподготовленныя вздутыя кишки. Кромѣ того, роженицы чрезвычайно страдаютъ во время схватокъ отъ растягиванія свѣжей раны. Поэтому я совѣтую лучше попытаться оттолкнуть опухоль.

Другія отношенія бываютъ въ случаяхъ, когда опухоль яичника составляетъ препятствіе для родовъ, располагаясь въ полости таза ниже неподвижной головки, resp. ребенка. Если при этомъ репонировать опухоль, то она навѣрное будетъ раздавлена. Даже, примѣняя значительную силу и подъ наркозомъ, бываетъ часто невозможно освободить опухоль, сдѣлать ее подвижной и оттолкнуть кверху.

Нужно еще болѣе отсовѣтовать извлекать ребенка насильственно щипцами или краниокластомъ. Тогда опухоль оттѣсняется еще глубже и раздавливается, на шейкѣ происходятъ также большіе разрывы и разможженіе тканей, что значительно ухудшаетъ прогнозъ, такъ какъ, къ сожалѣнію, въ частной практикѣ эти случаи протекаютъ по большой части не асептично, потому что врачи приглашаютъ обыкновенно поздно.

Особенно неправильной мѣрой я считаю пункцію. Часто содержимое кисты представляетъ густую жидкость, даже бываетъ твердымъ, тогда оно не вытекаетъ. А если жидкость вытечетъ, то послѣ опорожненія матки, отверстіе отъ троакара, въ кистѣ и влагалищѣ отходить въ различныя стороны. Асептика не вполне обезпечена. Если содержимое кисты инфицировано, и появляется лихорадка и разложеніе кисты, то кисту при этихъ условіяхъ нельзя промыть и случай нужно считать потеряннымъ, если даже сдѣлать еще лапаротомію.

Поэтому при глубоко лежащихъ опухляхъ, которыя нельзя оттѣснить, и при неподвижной головкѣ ребенка послѣ излитія воды я примѣнялъ неоднократно съ успѣхомъ слѣдующій способъ. Дѣлается продольный разрѣзъ во влагалищѣ надъ упругой кистой, оттиснутой вглубь и выпячивающей впередъ заднюю влагалищную стѣнку. Со стороны *anus*'а пальцемъ, на который надѣтъ резиновый палецъ, контролируютъ, насколько глубоко можно провести разрѣзъ. Большею частью можно сдѣлать разрѣзъ въ 6—8 сант. Кровотеченіе чрезвычайно сильно. Какъ только вскрыта брюшина въ Дугласовомъ пространствѣ, становится видной киста. Въ ней дѣлается совсѣмъ маленькій уколъ, черезъ который вытекаетъ содержимое. Быстро прикрѣпляютъ кисту, вводя въ уколъ кривую иглу, къ влагалищной стѣнкѣ, *resp.* сшиваютъ справа и слѣва стѣнку кисты и влагалищныя стѣнки. Послѣ того расширяютъ разрѣзъ въ кистѣ, такъ чтобы можно было легко проникнуть пальцемъ. Затѣмъ сшиваютъ послѣдовательно по окружности стѣнки кисты со стѣнками влагалища. При этомъ содержимое кисты не можетъ попасть въ брюшную полость, можно удалить его, если нужно разрушить перегородки въ кистѣ и промыть полость. Потягивая за длинныя нитки швовъ можно низвести отверстіе до наружныхъ половыхъ органовъ или вывести передъ ними.

Далѣе накладываютъ щипцы или дѣлаютъ поворотъ. Если есть кровотеченіе изъ кисты, то ее выполняютъ іодоформенной марлей. Если въ послѣродовомъ періодѣ появится лихорадка, то кисту легко промыть.

На 10 или 11 день удаляютъ швы, и рана постепенно заживаетъ. По большой части она закрывается вполне. Спустя нѣкоторое время киста яичника снова наполняется, тогда, если есть еще вторичныя

кисты и она очень велика, ее удаляют путемъ лапаротоміи или влагалищнымъ путемъ, если киста осталась маленькой и подвижной. При болѣе позднихъ лапаротоміяхъ я неоднократно видѣлъ, что искусственное соединеніе съ влагалищной стѣнкой самопроизвольно нарушалось.

Отъ попытки сдѣлать лапаротомію *intra partum* я отказывался изъ боязни повредить кишки при отдѣленіи сращеній или при сильномъ потягиваніи за опухоль оторвать опухоль отъ матки и вызвать неукротимое кровотеченіе.

Если въ послѣродовомъ періодѣ потрясающіе ознобы, симптомы перитонита, и внезапное увеличеніе опухоли указываютъ на разложеніе ея, то *indecatio vitalis* требуетъ немедленной операціи.

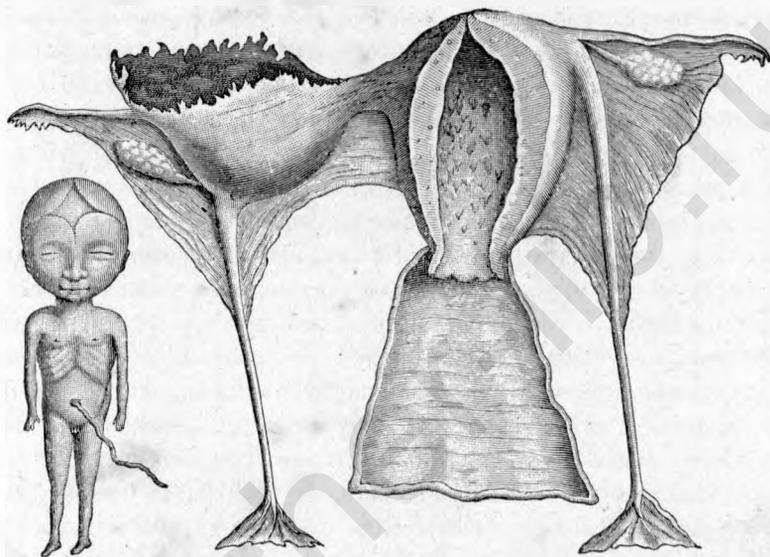
Пороки развитія.

Если бываютъ овуляція и менструація, то яичко можетъ внѣдриться и въ уродливую матку. Нужно имѣть въ виду *uterus unicornis*, однорогоую матку, у которой не достааетъ одного рога съ придатками, зато другой викарно хорошо развитъ. Какъ беременность, такъ и роды, какъ правило, протекаютъ въ такихъ случаяхъ безпрепятственно. Большею частью случайно при вскрытіи распознается аномалія. Но можно поставить діагнозъ и на живыхъ, именно непосредственно *post partum*. По сильному отклоненію матки въ сторону догадываются объ однорогости. Если позднѣе ввести зондъ, то онъ идетъ кверху, только если направитъ головку совсѣмъ въ сторону. Ненормальность эта не имѣетъ никакого практическаго значенія.

Очень большое значеніе имѣетъ внѣдреніе яичка въ рудиментарномъ рогѣ двурогой матки. Если одинъ рогъ матки хорошо развитъ и рядомъ съ нимъ находится еще другой, маленькій, не вполне развитый рогъ, маленькая слизистая полость котораго не открывается во влагалищѣ, то имплантація яичка возможна какъ въ большемъ, такъ и въ маленькомъ рогѣ. Часто въ большемъ рогѣ беременность и роды происходятъ настолько нормально, что нельзя ни заподозрить, ни діагносцировать ненормальности. Между тѣмъ я много разъ наблюдалъ, что дѣло кончалось поворотомъ или преждевременными родами, можетъ быть потому, что черезчуръ тѣсное пространство такъ реагировало на объемистое содержимое, что преждевременно наступали изгоняющія сокращенія.

Если же, благодаря перекечевыванію сперматозоида или уже оплодотвореннаго яйца, послѣдее попадаетъ въ рудиментарный рогъ, не сообщающійся съ половымъ каналомъ, то первое время яичко развивается совершенно нормально на нормальной слизистой оболочкѣ.

Но рудиментарный рогъ не обладаетъ достаточной мускулатурой, чтобы образовать нужное плодовмѣстище. Поэтому, уже на второмъ или третьемъ мѣсяцѣ {рудиментарный рогъ можетъ лопнуть, respect. быть прободеннымъ растущимъ яйцомъ. Послѣдствіемъ будетъ смерть отъ внутрибрюшного кровотечения. Теченіе такое же, какъ при лопнувшей трубной беременности. Только данныя вскрытія выясняютъ дѣло. При лопнувшемъ рудиментарномъ рогѣ находятъ, что *ligamentum rotundum* отходить отъ него. Неповрежденная труба и яичникъ висятъ на плодовмѣстищѣ.



46

Случай Maugisseau. Слѣва хорошо развитый маточный рогъ, справа рудиментарный рогъ, на которомъ висятъ яичникъ, труба и *ligamentum rotundum*.

При лопнувшей трубной беременности круглая маточная связка располагается кнутри отъ плоднаго мѣшка и можно найти лопнувшую т. е. расширенную трубу.

Однако въ довольно большомъ количествѣ случаевъ рудиментарный рогъ достаточно великъ, такъ что содержащейся въ немъ мышечной ткани хватаетъ для образованія плодовмѣстища. Хотя стѣнка послѣдняго и очень тонка, но все таки, доношенный ребенокъ находитъ себѣ достаточно мѣста. Въ концѣ беременности даже появляются схватки, но онѣ скоро ослабѣваютъ, ребенокъ умираетъ и у профановъ, а также у акушеровъ возникаетъ сомнѣніе, была ли въ данномъ случаѣ беременность. Околоплодная жидкость постепенно всасывается, плодъ сдавливается въ чрезмѣрно тѣсномъ пространствѣ и остается только круглая опухоль. Въ концѣ концовъ опухоль вызы-

ваетъ тягостные симптомы и пациентка обращается къ врачу. Тогда діагнозъ можетъ колебаться между міомой, опухолью яичника, прекратившейся трубной беременностью и беременностью въ рудиментарномъ рогѣ. Такъ какъ во всѣхъ случаяхъ нужна операція, то дифференціальный діагнозъ не имѣетъ никакого рѣшающаго значенія. Но его можно поставить съ увѣренностью. При опухоляхъ яичника находятъ неправильную форму и резистентность или ясную кисту съ жидкимъ содержимымъ. При міомѣ консистенція равномерно плотна или, при размягченной міомѣ, — равномерно мягка.

Связь съ маткой тѣснѣе, чѣмъ при рудиментарномъ рогѣ, сидящемъ на ножкѣ. При обоихъ отсутствуютъ признаки беременности и типичные симптомы бесплодной родовой дѣятельности. Нельзя доказать присутствія частей плода, именно хруста черепныхъ костей.

Ребенокъ, лежащій внѣ матки, по большей части оттѣсненъ глубоко въ Дугласово пространство. Сверху, черезъ тонкія листки, а чаще снизу прощупывается черепъ, твердая кости и швы. Въ анамнезѣ отмѣчается беременность и родовая дѣятельность.

Рудиментарный прибавочный рогъ лежитъ выше, форма его круглая, границы ясныя, онъ болѣе подвиженъ. Ребенокъ сдавленъ чрезвычайно тѣснымъ пространствомъ. Воспалительныя явленія, боли могутъ отсутствовать въ теченіе всей беременности. Благодаря тонкимъ стѣнкамъ части плода прощупываются поразительно легко.

Само собой понятно, что рудиментарный рогъ вмѣстѣ съ ребенкомъ долженъ быть удаленъ, какъ удаляется міома, сидящая на маткѣ. Случаи представляются различными по трудности, смотря по тому, спускается ли плодовместилище глубоко внизъ или нѣтъ. Рогъ можетъ висѣть на ножкѣ совершенно свободно у матки внутрибрюшинно, какъ на фиг. 46, стр. 268 или онъ можетъ глубоко вдаваться въ *Ligamentum latum*, такъ что нижній его конецъ лежитъ подбрюшинно.

Въ трехъ случаяхъ мнѣ удалось отрѣзать рогъ отъ матки и зашить значительную поверхность разрѣза, какъ ампутаціонную рану послѣ надвлагалищной ампутаціи міоматозной матки. Въ другихъ случаяхъ плодовместилище лежало глубоко въ *lig. latum*, такъ что операція представляла значительную трудность. Одинъ разъ я долженъ былъ удалить вмѣстѣ и большой кусокъ мочеочника. Верхній конецъ былъ шить первоначально въ брюшную рану, потому что онъ лежалъ слишкомъ далеко отъ пузыря. Черезъ 6 недѣль я съ успѣхомъ резецировалъ соотвѣтствующую почку.

Интересно то обстоятельство, что эти пациентки какъ до, такъ и послѣ удаленія рудиментарнаго рога переносили нормальныя беременности.

Если рудиментарный прибавочный рогъ лежитъ около беременнаго второго рога и гипертрофируется во время беременности, то онъ можетъ представить, при неблагоприятномъ положеніи, препятствіе для родовъ.

При двойной маткѣ беременность возможна попеременно въ каждой сторонѣ. Подобные случаи нерѣдки. Въ клиникѣ почти ежегодно встрѣчаются такіе случаи. Несомнѣнно, что въ практикѣ эта ненормальность зачастую просматривается, такъ какъ даже въ клиникѣ мы опредѣляемъ двойную матку часто только при примѣненіи способа Crodé или при изслѣдованіи передъ выпиской. Часто при родахъ изъ беременнаго рога отходитъ *pseudodecidua*. Но иногда ея не бываетъ.

О какихъ либо опредѣленныхъ правилахъ для леченія не можетъ быть и рѣчи, если же въ теченіе беременности или родовъ появились препятствія, слѣдуетъ дѣйствовать симптоматически.

Наружные половые органы и влагалище.

При неправильномъ развитіи наружныхъ половыхъ органовъ, напр., *pseudohermaphroditismus*, внутренніе половые органы большею частью представляютъ отклоненія отъ нормы, такъ что у женщинъ имѣется бесплодіе. Но при *hyospradia* съ большимъ клиторомъ я наблюдалъ беременность. Хотя при зондированіи оказалось, что полость матки велика, однако, беременность ни разу не была доношена вѣроятно потому, что маточная мускулатура не въ состояніи была въ достаточной степени растянуться.

На наружныхъ половыхъ органахъ встрѣчаются опухоли,—*Molluscum simplex*,—которыя быстро растутъ во время беременности. Я неоднократно удалялъ пластической операціей такія опухоли безъ нарушенія беременности.

Острыя кондиломы чрезвычайно часты. Если тщательно изслѣдовать наружные половые органы, то приблизительно въ одномъ случаѣ изъ десяти найдемъ, хотя и очень маленькія, разрошенія на уздечкѣ. Послѣ родовъ онѣ исчезаютъ. Но встрѣчаются и большія опухоли: наросты величиною съ кулакъ на *labia majora*. Если ихъ немного приподнять, то видно, что они соединены съ наружными половыми органами лентообразной ножкой.

И эти большія опухоли нужно удалять во время беременности. Для простоты лучше всего приборомъ Пакелена и подъ наркозомъ. Калильный жаръ настолько нарушаетъ функцію нервовъ, что при пробужденіи больныя почти не испытываютъ боли. Конечно при этихъ оперативныхъ методахъ нельзя рассчитывать на *prima intentio*. Вообще, едва

ли можно достигнуть ее при пластическихъ операціяхъ въ этой области въ теченіе беременности.

Въ рѣдкихъ случаяхъ острья кондиломы сидятъ и во влагалищѣ, даже на шейкѣ. Если пакеты ихъ невелики и если скоро наступятъ роды, то ихъ не трогаютъ и назначаютъ только дезинфицирующія промыванія.

Если же беременность будетъ продолжаться еще нѣсколько мѣсяцевъ, нужно удалить кондиломы, потому что они могутъ на самомъ дѣлѣ вырости въ чрезвычайно объемистыя опухоли.

Благодаря влажности влагалища, которой способствуетъ сильный приливъ крови, острья кондиломы кажутся не такими блѣдными и острыми, какъ на наружныхъ половыхъ органахъ а имѣютъ болѣе красный цвѣтъ и болѣе отечны.

При удаленіи требуется большая осторожность. Даже маленькая поверхность разрѣза во влагалищѣ даетъ громадное кровотеченіе, настолько сильное, что тампонація не прекращаетъ его. И даже при отжиганіи раневая поверхность можетъ сильно кровоточить. Поэтому нужно приготовить все, какъ для большихъ влагалищныхъ операцій: ассистенты, зеркала и т. д. должны быть подъ рукой. Лучше всего прекратить кровотеченіе наложеніемъ швовъ. Я удалялъ уже 4, даже 5 опухолей въ 3—5 сант. въ поперечникѣ изъ влагалища.

Кромѣ того особенно нужно отмѣтить, что острья кондиломы хотя и осложняются часто гонорреей, но вовсе не служатъ доказательствомъ гонорреи.

Широкія кондиломы часто встрѣчаются въ нелеченныхъ случаяхъ на громадномъ протяженіи на наружныхъ половыхъ органахъ, на внутренней поверхности губъ, въ волосахъ до *mons Veneris* и до *rima ani*. Они быстро уничтожаются отъ присыпки каломелемъ и отъ сулемовыхъ компрессовъ. Происходящее вслѣдствіе этого рубцовое сокращеніе ткани при большомъ распространеніи лишаетъ промежность способности растягиваться, такъ что возникаетъ препятствіе для родовъ и нужны большіе разрѣзы *ante partum*.

Варикозные узлы довольно не рѣдко образуютъ во влагалищѣ сильно выдающіяся полипозныя опухоли, которыя можно легко смѣшать съ злокачественными опухолями, однако мягкость, возможность прощупать сосуды въ видѣ шнурковъ, сжимаемость, неповрежденная слизистая оболочка предохраняютъ отъ ложнаго діагноза, resp. отъ операціи.

Хотя ракъ влагалища и является большею частью заболѣваніемъ пожилыхъ женщинъ, но уже неоднократно наблюдались осложненія ея беременностью и родами. Кольцеобразныя карциматозныя опухоли, увеличиваясь быстро подъ вліяніемъ гипереміи во время беременности, ведутъ къ кровянистымъ бѣлямъ, а позднѣе представляютъ

препятствіе для родовъ. Прогнозь чрезвычайно неблагопріятенъ и трудно выбрать какой либо планъ леченія. Нужно ли произвести искусственный выкидышь?— матери это не поможетъ, а ребенокъ будетъ принесенъ въ жертву. Самое лучшее поступать выжидательно. Затѣмъ во время родовъ рѣшаютъ на основаніи излѣдованія, возможно ли еще родоразрѣшеніе *per vias naturales*, или нужно дѣлать кесарское сѣченіе.

Во влагалищѣ отдѣляется во время беременности молочкообразная слизь. Если она застаивается между волосами наружныхъ половыхъ органовъ, то она можетъ разложиться и вызвать раздраженіе въ половой щели. Тогда развиваются *pruritus*, *erythema*, *ekzema* и *furunculosis* вслѣдствіе того, что стафилококки при разчесахъ втираются прямо въ сальныя желѣзы. Слизь можетъ также засохнуть, такъ что волосы слипнутся, ихъ нельзя распутать, и ихъ приходится срѣзать при дезинфекціи передъ родами.

При гоноррейной инфекціи особенно важно, идетъ ли дѣло о молодой женщинѣ, беременной въ первый разъ, или о пожилой многородящей. До дефлорации влагалище имѣетъ еще характеръ слизистой оболочки. Поэтому гоноррея инфицируетъ стѣнки влагалища, локализуется въ немъ, вызываетъ обильное отдѣленіе гноя и сильное воспаленіе. Отдѣльныя группы сосочковъ разбухаютъ, такъ что получается особая форма заболѣванія,— *Kolpitis granulosa*. Это заболѣваніе не патогномично для одной только трипперной инфекціи, но встрѣчается иногда во влагалищѣ незараженныхъ беременныхъ и исчезаетъ въ послѣродовомъ періодѣ.

Особую форму кольпита беременныхъ представляетъ *Kolpopyreplasia cystica*. Появляются маленькіе пузырьки воздуха въ самомъ верхнемъ слоѣ влагалищной стѣнки. Эти пузырьки непрѣменно исчезаютъ въ теченіе послѣродового періода, ихъ можно игнорировать.

Если гоноррею не лечить, то она можетъ повести къ образованию язвъ между губами. Принимаетъ участіе уретра, доходитъ и до остраго нагноенія Бартолиновыхъ желѣзъ. Но слизистая пробка въ шейкѣ представляетъ прочную защиту. Выкидышь не зависитъ отъ гоноррей. Отечность влагалища иногда настолько сильна, что введеніе даже маленькаго маточнаго зеркала причиняетъ боли. Сильныя вяжущія не переносятся вслѣдствіе болей и они противопоказуются, такъ какъ суживаютъ влагалище и плохо готовятъ его для родовъ.

Въ этихъ случаяхъ больная должна лечь въ постель или, по крайней мѣрѣ, ей предписывается покой. Дѣлаютъ компрессы изъ раствора *zinc. sulfuric.* на половую щель. Проспринцевываютъ подъ малымъ давленіемъ прохладнымъ растворомъ указаннаго средства влагалище,

въ первые дни 3—4 раза, по многу литровъ заразы, и постепенно переходятъ къ болѣе рѣдкимъ спринцеваніямъ. Скоро гоноррея теряетъ острый характеръ, боли прекращаются, но еще держатся нѣсколько гнойныя бѣли.

Въ такихъ случаяхъ до родовъ нужно назначить разъ въ день спринцеваніе. Передъ родами влагалище промывается по крайней мѣрѣ 4 литрами дезинфицирующаго раствора. Лучшее средство для этого борная кислота, *каі. hypermang.* или лизоль. Всѣ три средства не дѣйствуютъ вяжущимъ образомъ, такъ что не затрудняютъ родовъ.

Есть двоякаго рода опасность: для матери распространеніе гонорреи во время послѣродоваго періода кверху черезъ матку и трубы на брюшину или по лимфатическимъ сосудамъ въ паренхиму матки и въ подбрюшинную клѣтчатку. Для ребенка: опасность бленорреи конъюнктивы.

Профилактика въ обоихъ случаяхъ состоитъ въ обильныхъ многократныхъ спринцеваніяхъ до и во время родовъ. Ибо ясно, что при этомъ будутъ удаляться гонококки, вирулентность ихъ ослабится и ограничится размноженіе. Большаго въ это время нельзя достигнуть. Относительно способа *Credé* въ примѣненіи къ глазамъ новорожденныхъ сравн. ниже.

Воспаленіе въ маткѣ и около нея.

Какъ правило, слизистая пробка въ шейкѣ беременныхъ представляетъ надежную защиту *endometrium*'а отъ внѣдренія бактерій, такъ что во влагалищѣ могутъ разыгратъ всякаго рода гнойныя воспаленія, не мѣшая росту яйца. Но встрѣчаются случаи воспалительнаго выкидыша, при которомъ въ *decidua* находятъ ясныя гнойныя клѣтки или демаркаціонную линію, на которой гнойная инфильтрація видна даже макроскопически. Тогда при лихорадочныхъ явленіяхъ можетъ принять участіе маточная паренхима и брюшинный покровъ, такъ что можно діагностировать периметритъ во время беременности.

Случаи перитонита вторичнаго происхожденія исходятъ, напримѣръ изъ аппендицита. При старыхъ закончившихся процессахъ или послѣ предшествующихъ лапаротомій рубцы или сращенія препятствуютъ росту матки. Чрезвычайно сильныя продолжительныя боли со стороны матки бывають въ теченіе всей беременности. Въ такихъ случаяхъ врачъ безсиленъ. Дѣйствуютъ выжидательно, примѣняя покой, компрессы, морфій и утѣшаютъ беременную надеждой, что послѣ родовъ всѣ припадки исчезнутъ.

Заболѣванія яйцевыхъ оболочекъ.

Паталогическія состоянія яйца хотя и извѣстны съ давнихъ поръ по препаратамъ выкидышей, но все, что написано объ этиологии, покоится на гипотетическихъ толкованіяхъ найденныхъ фактовъ. Такъ связь этихъ заболѣваній съ эндометритомъ, гонорреей и съ сифилисомъ совершенно не доказана, хотя вѣроятна.

Повидимому приходится признать, что яйцо не можетъ внѣдриться въ большую слизистую оболочку и что, слѣдовательно, паталогическое состояніе эндометрія даетъ основаніе для безплодія. Точно также возможно, что при эндометритѣ связь между яйцомъ и маткой недостаточна, заболѣвшая слизистая оболочка матки ведетъ къ образованію паталогической decidua serotina, послѣдняя нарушаетъ обмѣнъ веществъ между плодомъ и матерью, вслѣдствіе этого плодъ умираетъ, изгоняется въ видѣ аборта и въ видѣ послѣдняго звена въ цѣпи, послѣдъ плохо отдѣляется, гесп. приросъ къ мѣсту прикрѣпленія его въ маткѣ. Но уже то обстоятельство, что женщина до и послѣ выкидыша съ паталогическими яйцевыми оболочками перенесла много разъ нормальную беременность, говоритъ противъ постоянной причинной связи между эндометритомъ и заболѣваніемъ яйцевыхъ оболочекъ.

Здѣсь находятъ различныя данныя. Прежде всего такъ называемый кровоной заносъ. Плодъ умираетъ. Околоплодныя воды всасываются, образуются кровоизліянія въ decidua vera и serotina. Эти кровоизліянія тоже вслѣдствіе всасыванія жидкихъ частей крови уплотняются. Полость яйца суживается, дѣлается щелевидной, неправильно сдавленной уплотнившимися кровяными массами. Decidua бываетъ толщиною въ 2—3 сант. Она тверда и плотна, при разрѣзѣ замѣчаются обильныя кровотеченія и остатки яйцевыхъ оболочекъ въ видѣ полосъ. Водная и ворсистая оболочки мѣстами прилегаютъ плотно, но часто бываютъ отторгнуты. Плодъ исчезаетъ иногда весь, или по крайней мѣрѣ, его не находятъ, потому что, когда разрываются яйцевыя оболочки, онъ выпадаетъ первымъ.

Такое яйцо можетъ долгое время послѣ смерти храниться въ маткѣ (missed abortion). Въ концѣ концовъ оно изгоняется изъ полости матки спустя цѣлыя недѣли, даже цѣлые мѣсяцы, въ видѣ грушевиднаго плотнаго и твердаго тѣла.

Въ иныхъ случаяхъ встрѣчается поразительное несоотвѣтствие между величиной плода и величиной яйцевыхъ оболочекъ. Въ яйцевыя оболочки излилось много крови и онѣ, оторвавшись отъ мѣста прикрѣпленія, свернулись въ складки въ полости яйца, утолщенные складки ихъ приняли видъ или кругловатыхъ полипозныхъ опухолей,

величиною съ волошскій орѣхъ, или маленькихъ пуговчатыхъ возвышеній.

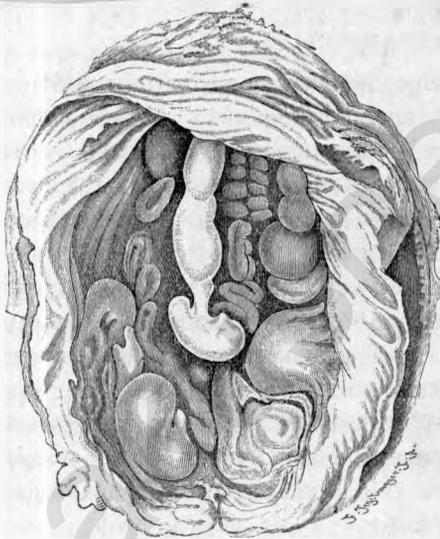
Принять, что плодъ умеръ, а яйцевыя оболочки продолжали развиваться послѣ смерти плода было бы несомнѣнно неправильно. Гораздо правдоподобнѣе предложеніе, что количество околоплодной жидкости было чрезмѣрнымъ, такъ что вслѣдствіе ранняго образования hydrampion, полость яйца значительно увеличилась. При этомъ умеръ плодъ, околоплодныя воды всосались, тогда началось чрезвычайно медленное кровотеченіе въ decidua, которые отдѣлило яйцевыя оболочки и вернула ихъ въ яйцевую полость. По мѣрѣ того, какъ околоплодная жидкость всасывается, образуются гематомы децидуальной оболочки, выполняющія пространство, пока яйцевая полость не приметъ форму неправильной щели, въ которой лежитъ маленькій плодъ. Такимъ образомъ масса заноса можетъ достигнуть величины 4 или 5 мѣсячнаго плода, хотя плодъ и умеръ уже на 4 или 5 недѣлѣ и увеличеніе яичка является только пассивнымъ. Яйцо можетъ быть задержано мѣсяцами, пока, наконецъ, матка не вытолкнетъ постороннее тѣло. Я наблюдалъ даже, что была 4 раза менструація и только при пятомъ менструальномъ кровотеченіи вышелъ заносъ.

Въ другихъ случаяхъ утолщеніе decidua происходитъ не только пассивно, вызванное уплотненными кровоизліянiями. Decidua имѣетъ скорѣе видъ узловатыхъ полиповъ. Полипозныя разрощенія замѣчаются по всей decidua. Если разрѣзать decidua, то она представляется свѣтлой и не состоитъ изъ уплотненной крови. Здѣсь дѣло идетъ объ описанномъ уже Вирховымъ *endometritis decidua hyperplastica diffusa polyposa seu tuberosa*. Въ этой гипертрофіи принимаетъ участіе вся decidua, желѣзы образуютъ маленькія, видимыя макроскопически кисты и пузырьки, сидящіе иногда въ видѣ полиповъ. Фиброзныя и фибринозныя полосы пронизываютъ бугристыя утолщенія. Межворсинчатыя пространства сдавливаются уже въ раннемъ періодѣ, такъ что плодъ скоро умираетъ и въ сравненіи съ большимъ яйцомъ бываетъ очень маленькимъ. Полость амніона сплющивается вслѣдствіе сдавленія.

Часто полость амніона вскрывается влѣдствіе того, что матка реагируетъ болями на быстрое увеличеніе своего содержимаго. Тогда плодъ выпадаетъ и находятъ, какъ это раньше называли «пустое яйцо», безъ плода, который, понятно, существовалъ раньше. При тщательномъ изслѣдованіи можно найти даже кусокъ пуповины.

Если разращенія захватываютъ и serotina, то развитіе послѣда нарушается, происходятъ такъ называемыя бѣлые инфаркты послѣда.

Къ эндометриту и заболѣваніямъ децидуальной оболочки относятся и *Hydrorrhoea gravidarum*. При этомъ течение всей беременности иногда постоянно, иногда съ промежутками истекаетъ жидкость. Изслѣдовать химически эту жидкость я пытался много разъ. Но влагалищная слизь и влагалищный эпителий, которые отходятъ вмѣстѣ съ нею, не позволяютъ составить вѣрное заключеніе. Я не видѣлъ ни одного случая, гдѣ бы истеченіе продолжалось равномерно въ теченіе всей беременности. Скорѣе это ведетъ черезъ болѣе или менѣе продолжительное время къ выкидышу, resp. къ прерыванію беременности во второй половинѣ. Я считаю, что случайныя отверстія въ водной и ворсистой оболочкѣ могутъ повести къ истеченію околоплодной жидкости и выдѣленію ея изъ беременной матки. Что разрывы яйцевыхъ оболочекъ могутъ зарости показываютъ твердо установленные факты, гдѣ послѣ прокола яйца съ преступной цѣлью, отходили околоплодная воды, но несмотря на то беременность продолжалась, отверстіе заживало, склеивалось и околоплодная жидкость набиралась вновь.



47

Кровяной заносъ.

Въ другихъ случаяхъ большое отверстіе образуется въ яйцевыхъ оболочкахъ можетъ быть потому, что онѣ по какой либо причинѣ неподатливы. Такъ я видѣлъ, что ворсистая оболочка была разорвана, а чрезвычайно тонкая водная была оттѣснена въ видѣ пузыря до наружныхъ половыхъ органовъ и лопнула на 5 мѣсяцѣ. Но плодъ можетъ также выскользнуть черезъ отверстіе въ обѣихъ оболочкахъ, оболочки надъ нимъ стянутся и плодъ будетъ лежать въ полости decidua а за нимъ вялая сморщенная полость яйца. Хотя при этомъ дальнѣйшее развитіе плода и возможно, но околоплодная жидкость

истекаетъ легче, потому что внутренній зѣвъ не плотно стянуть, resp. слизистая пробка не достаточно закрываетъ его просвѣтъ. И здѣсь слѣдствіемъ можетъ быть *Hydrorrhoea* и преждевременные роды. Плодъ большею частью малъ и недостаточно упитанъ, такъ какъ ростъ послѣда задержанъ.

Если истекающая при *Hydrorrhoea gravidarum* вода обра-

зуются въ decidua, то должны бы имѣться и большія патологическія измѣненія въ ней, объясняющія это образование воды, на самомъ же дѣлѣ этого нѣтъ. Было бы страннымъ, если бы желѣзы, отдѣляющія тягучую слизь, вдругъ начали отдѣлять въ громадномъ количествѣ совсѣмъ жидкую воду. Напротивъ, представляется очень понятнымъ, что вытекшая околоплодная жидкость замѣняется новой, набирается опять достаточное количество околоплодныхъ водъ, внутреннее давленіе повышается и снова происходитъ истеченіе.

А м н і о н ъ .

Количество околоплодной жидкости нормально равно 1—1½ литрамъ. Hydramnion діагносцируютъ тогда, когда количество жидкости сильно увеличено, напр. до 8 даже 10 литровъ. Животъ тогда колоссально растягивается, маточная стѣнка чрезвычайно истончается. Появляется ясная флюктуация. Плодъ прощупывается съ трудомъ или совсѣмъ не прощупывается. Уже много разъ такую матку принимали за кисту яичника и дѣлали пункцію.

Такъ какъ околоплодныя воды образуются отчасти матерью отчасти плодомъ, то и гидрамніонъ можетъ произойти при заболѣваніяхъ матери и плода, напр. при общей водянкѣ матери. При отекахъ у матери вслѣдствіе порока сердца или заболѣванія почекъ находили даже hydramnion и anasarca у плода.

Hydramnion, какъ слѣдствіе заболѣванія плода, находили при пораженіи печени у плода, и особенно при порокахъ развитія, такъ напр. жидкость образующаяся въ спинно—мозговомъ каналѣ рѣзко увеличиваетъ количество околоплодныхъ водъ, при разрывѣ грыжевого мѣшка. Характерно, что вообще при уродливыхъ плодахъ количество околоплодной жидкости бываетъ часто огромнымъ. Также при двойняхъ изъ одного яйца одинъ изъ плодовъ обладаетъ иногда гидрамніотической, чрезвычайно расширенной яйцевой полостью. У такого близнеца бываетъ гипертрофія почекъ и сердца. Если при родахъ внезапно отойдутъ околоплодныя воды и если матка, сокращаясь, чрезвычайно быстро уменьшится, то можетъ произойти частичное отдѣленіе послѣда, наступаетъ сильное кровотеченіе и ребенокъ умираетъ.

По графъ Spee amnion представляетъ сначала плотную массу клѣтокъ, въ которой затѣмъ появляется жидкость, околоплодныя воды. Если этотъ процессъ протекаетъ неправильно, то амніонъ можетъ склеиться съ поверхностью плода. Amnion находятъ напр. въ мозгу или на мозгѣ плода, у рта или на какомъ либо другомъ мѣстѣ поверхности его тѣла.

Если впоследствии прибавляется количество околоплодной жидкости, образуются тяжи, такъ назыв. Симонартовы нити, которыя тянутся по яйцевой полости. Онѣ мугуть обвиться вокругъ пальцевъ рукъ или ногъ и вполне ихъ ампутировать. Ребенокъ продолжаетъ расти, отшнуровавшаяся еще совсѣмъ маленькая часть тѣла исчезаетъ и на мѣстѣ ея находятъ только гладкую культю. Или такая нить располагается въ какой либо полости, которая, не закроясь, напр. въ брюшной полости, во рту, плотно прикрѣпляясь у неба,—вслѣдствіе чего развиваются уродства.

Такое объясненіе Симонартовыхъ нитей во всякомъ случаѣ правдоподобнѣе, чѣмъ воспалительная теорія, по которой на поверхности амніона возникаютъ вторичныя разращенія.

Хоріонъ.

Пузырный заносъ.

При пузырьномъ, гроздевидномъ заносѣ ворсинки хоріона превращаются въ гроздевидныя образованія величиною отъ булавочной головки до виноградной ягоды. Если перерожденіе наступило уже на 4—6 недѣлѣ, то послѣдъ не образуется, а весь *chorion frondosum* и *laeve* перерождается въ видѣ массы ягодъ, свободно соединенныхъ между собою. Растетъ заносъ чрезвычайно быстро. Матка на третьемъ мѣсяцѣ уже такой величины, какъ при нормальномъ теченіи на 6 мѣсяцѣ. Я удалилъ на третьемъ мѣсяцѣ беременности пузырьный заносъ, при которомъ матка была такой величины, какъ въ концѣ беременности. Это сопровождалось альбуминурией, отеками у матери, ціанозомъ, сердечной слабостью, которые тотчасъ же по опороженіи матки исчезли.

Нерѣдко на нормальномъ послѣдѣ есть отдѣльные перерожденные въ видѣ пузырьнаго заноса участки. Кромѣ того послѣдъ одного изъ двоенъ можетъ быть нормаленъ, а у другого можетъ быть пузырьный заносъ.

Этіологія неизвѣстна. Нѣкоторые авторы считаютъ за причину патологическое состояніе слизистой оболочки матки. За это говоритъ тотъ фактъ, что часто наблюдаются у одной и той же женщины нѣсколько заносовъ подрядъ. Вѣроятнѣе, что причину нужно искать въ специфическомъ заболѣваніи плода. Противъ предложенія, что заносъ вызываетъ преждевременной смертью плода, говорятъ тѣ случаи, гдѣ при заносѣ въ полости яйца находились свѣжіе, нормальные плоды.

Причиной разбуханія ворсинокъ хоріона является не слизистое перерожденіе стромы ворсинокъ, но неправильное разрастаніе слоя

клѣтокъ Langhans'a и синциміума, слѣдствіемъ чего является отечность стромы. Сильно разросшіяся ворсинки растягиваютъ матку. Онѣ прободаютъ также decidua, вростають въ сосуды маточной мускулатуры, проростають въ матку, такъ что могутъ оказаться подъ брюшиннымъ покровомъ и даже прорости черезъ него: разрушающій пузырный заносъ.

Если матка только растянута, то объемистая масса сокращеніями матки вскорѣ цѣликомъ выталкивается. Но при разрушающемъ заносѣ, гдѣ ворсинки проросли въ сосуды матки, яйцо не можетъ быть удалена, ворсинки мѣшаютъ маткѣ сокращаться, сосудамъ закрыться: происходитъ кровотеченіе.

Съ этимъ связаны и злокачественныя хоріоэпителиомы, что становится легко понятнымъ, если вспомнить большую продолжительность и сильную продуктивность размноженія клѣтокъ. Клѣточные массы, которыя остаются въ decidua serotina, продолжаютъ развиваться, разрушая ткани, и послѣ выхожденія пузырнаго заноса или послѣ выкидыша и образуютъ опухоли: злокачественную хоріоэпителиому, въ высшей степени злокачественное эпителиальное новообразованіе карциноматознаго характера. Поразительно быстро, въ 2—3 недѣли, она образуетъ метастазы такимъ путемъ, что массы клѣтокъ уносятся повсюду по кровянымъ путямъ и начинаютъ развиваться дальше на томъ мѣстѣ, гдѣ останутся, напр. въ легкихъ, въ мозгу, печени, почкахъ, но особенно въ самой маткѣ и во влагалищѣ.

Интересно, что эти метастазы происходятъ также изъ нормальной ткани хоріона, могутъ быть доброкачественными и не повторяются послѣ удаленія ихъ. Но большею частью дѣло идетъ о такихъ злокачественныхъ метастазахъ, что скоро наступаетъ смерть.

Быстрый ростъ пузырнаго заноса даетъ часто настолько типичныя симптомы, что его легко діагносцировать. Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, устанавливають діагнозъ только тогда, когда выдѣлится продуктъ беременности.

Я видѣлъ случаи, которые сопровождались чрезвычайно тягостными симптомами. Сильныя постоянныя схваткообразныя боли при рѣзко напряженной маткѣ, величина которой равняется 5 или 6 мѣсяцу, хотя беременность продолжалась всего 2 мѣсяца. Бываетъ при этомъ и hyperemesis. Также наблюдаются общіе отеки, или только отекъ ногъ, альбуминурія.

Большею частью только на основаніи кровотеченія и данныхъ изслѣдованія можно поставить діагнозъ. Если, кромѣ того на пальцѣ, введенномъ въ полость матки, остались оторвавшіеся пузырьки заноса, или часть его выдается во влагалище и можетъ быть легко оборвана, или если есть на отошедшихъ кровяныхъ сгусткахъ образованія, похо-

жія на виноградныя ягоды, то діагнозъ ясенъ. Маточный зѣвъ, даже если родовая дѣятельность не началась, легко проходимъ, какъ при двойняхъ, когда маточный зѣвъ раскрывается вслѣдствіе быстрого роста содержимаго

Терапія заключается въ скорѣйшемъ выскабливаніи матки, потому что при произвольномъ теченіи можетъ наступить смертельное кровотеченіе.

Матка напяливается на палецъ съ помощью наружной руки и затѣмъ удаляется заносъ главнымъ образомъ выжиманіемъ сверху, а не отдѣленіемъ изнутри.

Если маточный зѣвъ раскрытъ не достаточно широко, то его расширяють раздвинутымъ корнцангомъ, пальцемъ или расширителями. Тампонацію я не совѣтую примѣнять во избѣжаніе потери времени. Расширяють маточный зѣвъ настолько, чтобы можно было свободно ввести палецъ. По опорожненіи матки а по принципу тампонирую матку іодоформенной марлей, чтобы маточный зѣвъ остался раскрытымъ. Если случай протикаетъ безъ лихорадки, то оставляють тампонъ на 2—3 дня, затѣмъ его удаляють, а съ нимъ и остатки заноса. Тогда еще разъ тщательно промываютъ матку и назначаютъ въ большихъ дозахъ эрготинъ или *secale*, чтобы привести растянутую матку къ нормальной величинѣ.

Едва ли верно, что особенно тщательнымъ выскабливаніемъ можно предотвратить хоріоэпителиому. Если пузырьный заносъ, разрушающій ткани, прорастаетъ въ глубину, то прижиганіемъ или выскабливаніемъ нельзя удалить всего патологическаго.

За долгіе годы я наблюдалъ много пузырьныхъ заносовъ и никогда не видалъ рецидива въ видѣ злокачественной опухоли. Слѣдовательно, метастаза послѣ пузырьнаго заноса представляютъ исключеніе, хотя, понятно, я не могу отвергать ихъ существованія. Такіе случаи должны понятно оставаться подъ дальнѣйшимъ наблюденіемъ и необходимо предупредить больныхъ, что онѣ должны отъ времени до времени показываться, особенно при кровотеченияхъ и бѣляхъ.

Если снова появятся кровотечения, или будетъ опредѣлена опухоль въ маткѣ, хотя достовѣрно извѣстно, что по выходненіи заноса полость ея была гладка и пуста, то слѣдуетъ безусловно предложить немедленную операцію.

Прямо поразительно, до чего быстро возникаютъ метастазы при хоріоэпителиомѣ. Я удалилъ матку съ однимъ узломъ, метастазовъ нигдѣ нельзя было обнаружить. Уже черезъ 2 недѣли появились кровотечения изъ легкихъ и на третьей недѣлѣ больная умерла. При вскрытіи оказалось, что все легкое, плевра и сердечная сумка усажены метастазами.

Послѣдъ.

При проведеніи рукой по материнской поверхности послѣда на ней чрезвычайно часто находятъ известковыя отложенія. Ихъ нельзя разсматривать, какъ патологическое явленіе. То же относится и къ такъ называемымъ бѣлымъ инфарктамъ (ср. стр. 276). Ихъ тоже находятъ на материнской сторонѣ въ видѣ кругловатыхъ, большей или меньшей величины пластинокъ, которыя вдаются иногда клинообразно вглубину послѣда. Иногда получается такое впечатлѣніе, что одна или нѣсколько долекъ атрофировались. Только если есть очень много инфарктовъ и благодаря этому запусѣла значительная часть кровеносныхъ сосудовъ плаценты и кровообращеніе на этомъ участкѣ прекратилось, только тогда ребенокъ умираетъ или атрофируется. Такъ бываетъ, напр. при нефритѣ. Патогномичными же для *lues* инфарктовъ конечно считать нельзя, при *lues* ихъ часто совсѣмъ не бываетъ, а при здоровыхъ дѣтяхъ они встрѣчаются въ изобиліи. Кромѣ того, по краю послѣда они образуютъ плотное *placenta marginata*.

Физиологически уже на второмъ или третьемъ мѣсяцѣ образуются въ межворсинчатыхъ пространствахъ массы фибрина, количество котораго увеличивается къ концу беременности. Слѣдовательно, это фибринозный тромбозъ межворсинчатого кровяного пространства. Въ тромбахъ видны нормальныя и некротическія фибринозно измѣненныя децидуальныя клѣтки и массы синцитія. Фибринъ частью гомогенный, частью снабженъ канальцами. Ворсинки хоріона, лежація въ тромбахъ, гялиново перерождены и большею частью лишены эпителія.

Еще неустановлено окончательно, являются ли первичнымъ процессомъ воспалительныя измѣненія *decidua* и вслѣдствіе этого уничтоженіе ворсинокъ, или же первично погибаютъ сами ворсинки, или же наконецъ вся суть въ гематогенномъ тромбозѣ.

Но, во всякомъ случаѣ, связь съ сифилисомъ не установлена.

Относительно сифилитическихъ измѣненій ничего еще опредѣленнаго неизвѣстно. Всѣ измѣненія, которыя считались патогномичными для сифилиса, кромѣ сифилитическихъ опухолей, встрѣчаются и на нормальныхъ послѣдахъ, или на послѣдахъ мертвыхъ плодовъ.

Стали извѣстны отдѣльные случаи милліарнаго туберкулоза плацентарныхъ сосудовъ, такъ что нужно признать внутриматочное зараженіе туберкулезомъ.

Кисты и опухоли дѣтскаго мѣста были находимы большею частью случайно, практическаго значенія онѣ не имѣютъ. При микроскопическомъ излѣдованіи опухоли эти оказались миксофибромами.

Послѣдъ рѣдко имѣетъ неправильную форму. Такъ, если часть его не развивается, онъ можетъ быть подковообразнымъ, или онъ идетъ по маткѣ въ видѣ широкой ленты. Въ двухъ случаяхъ *placenta praevia* у первородящихъ я нашелъ длинное четырехугольное дѣтское мѣсто, самый нижній отдѣлъ котораго выпалъ передъ головкой плода.

Нерѣдко на дѣтскомъ мѣстѣ виситъ меньшее второе дѣтское мѣсто, соединенное съ главнымъ только артеріей и веной, которыя проходятъ по яйцевымъ оболочкамъ: *placenta succenturiata*.

Практическое значеніе этихъ неправильныхъ формъ заключается въ томъ, что послѣ отхожденія главнаго дѣтскаго мѣста, оставшееся второе дѣтское мѣсто можетъ дать неожиданные симптомы задержавшагося дѣтскаго мѣста. Затѣмъ, если при изслѣдованіи полости матки вслѣдствіе кровотеченія или гноевидныхъ выдѣленій находятъ задержавшуюся *placenta succenturiata*, можно было бы принять ее за оставшійся, вслѣдствіе небрежности, кусокъ плаценты. По формѣ оставшагося куска можно ясно видѣть, съ чѣмъ имѣется дѣло.

Оторванный отъ плаценты кусокъ толстъ, неправиленъ, безъ плодныхъ яйцевыхъ оболочекъ. *Placenta succenturiata* очень тонка, вокругъ нея есть яйцевыя оболочки, въ которыя она и переходитъ, постепенно утончаясь. Нельзя найти неправильной широкой поверхности разрыва.

Нужно замѣтить, что большею частью яйцевыя оболочки въ окружности *placenta succenturiata* поразительно толсты, такъ что она выходитъ вмѣстѣ съ главнымъ дѣтскимъ мѣстомъ, тѣсно связанная съ нимъ.

Пуповина.

Большею частью пуповина прикрѣплена къ дѣтскому мѣсту центрально. Если мѣсто прикрѣпленія приходится у края, это называется *insertio marginalis*. Если же пуповина подходит къ яйцевымъ оболочкамъ, дѣлится въ нихъ такъ, что три расходящіяся отдѣльные сосуда идутъ по болѣе или менѣе удаленнымъ другъ отъ друга участкамъ края плаценты, то это называемая *insertio velamentosa*. Беременность этимъ не нарушается, но во время родовъ, при разрывѣ оболочекъ, можетъ быть захваченъ и одинъ изъ изолированныхъ пупочныхъ сосудовъ, проходящихъ выше внутренняго зѣва. Тогда ребенокъ можетъ погибнуть вслѣдствіе кровотеченія изъ пуповины.

Истинные узлы часто происходятъ при изгнаніи плода, безъ вреда для послѣдняго, потому что узелъ затягивается только при подниманіи родившагося ребенка. Но и у погибшихъ внутриутробно дѣтей находили истинные туго затянутые узлы. Особенно у двоенъ, лежа-

щихъ въ одной и той же водной оболочкѣ, причѣмъ обѣ пуповины могутъ запутаться и завязаться въ узлы. Тогда оба ребенка умираютъ, потому что плацентарное кровообращеніе нарушается вслѣдствіе сжатія сосудовъ.

При сифилисѣ въ пупочныхъ сосудахъ находятъ эндоартеритъ и атероматозъ.

Обвитія пуповины встрѣчаются очень часто. Вытягивается ли постепенно пуповина вслѣдствіе обвитія, или же чрезмѣрно длинная пуповина обвивается легче,—я не берусь рѣшить. Обвитія пуповины пріобрѣтаютъ значеніе во время родовъ. Если пуповина крѣпко затянута вокругъ шеи родившейся головки и если ребенка не извлекутъ достаточно быстро, чтобы ослабить петлю, то ребенокъ приходитъ въ состояніе асфиксіи, потому что онъ перестаетъ получать кислородъ отъ матери и не началъ еще вдыхать его изъ воздуха.

До сихъ поръ остаются необъясненными *torsiones nimiae* пуповины. Бываютъ пуповины, повернувшіяся вокругъ своей оси 100, даже 300 разъ, и настолько сильно, что напр. у пупка пуповина истончается до 1—2 мм. Эти повороты могутъ быть такъ сильны и обильны, что ребенокъ можетъ умереть при первыхъ же поворотахъ и потомъ еще можетъ появиться много новыхъ. Слѣдовательно при различныхъ движеніяхъ матери ребенокъ всегда повертывается въ одну и ту же сторону въ полости матки, что объясняется тѣмъ, что мать дѣлаетъ однѣ и тѣ же движенія при ходьбѣ, стояніи, лежаніи, приподниманіи.

ПЯТНАДЦАТАЯ ГЛАВА.

Внѣматочная беременность.

Внѣдреніе оплодотвореннаго яичка и развитіе его возможно и внѣ полости матки. Въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ такимъ ненормальнымъ мѣстомъ прикрѣпленія яичка служитъ труба: трубная беременность, какъ въ интерстиціальной части, такъ и въ свободномъ концѣ ея. Рѣдко яйцо развивается въ яичникѣ: яичниковая беременность. Еще вопросъ, можетъ ли яичко первично прикрѣпиться и на свободной поверхности брюшины: брюшинная беременность.

Какой либо общей для всѣхъ случаевъ этиологіи, повидимому, нѣтъ. Въ трубѣ должно существовать препятствіе, которое не пропускаетъ оплодотвореннаго яйца. Это препятствіе можетъ лежать въ строеніи трубы, — дѣтская, сильно извитая труба, или перегибы вслѣдствіе старыхъ перитонеальныхъ воспаленій.

Первое заключение основано на гипотезѣ, которая еще не доказана препаратами. Второе—опирается на многіе препараты и исторіи болѣзней. Доказательствомъ существованія затрудненій для зачатія, могутъ служить тѣ женщины, которыя долго оставались безплодными и, наконецъ, когда беременность наступала, то яйцо развивалось въ трубѣ. Или предшествовалъ выкидышъ съ послѣдующимъ перитонитомъ. Особенно доказательны случаи, гдѣ была сдѣлана сперва операція по поводу трубной беременности одной стороны и при этомъ были нарушены сращения у трубы съ другой стороны. Затѣмъ произошла новая трубная беременность на другой сторонѣ, такъ какъ сращения вызвали измѣненія въ трубѣ или сдавили ее въ какомъ либо мѣстѣ.

Что заболѣванія трубы важны въ этиологическомъ отношеніи,—врядъ ли можно принять, потому что эти заболѣванія бывають большею частью двусторонними и ведутъ къ безплодію. Очень вѣроятно предположеніе Sippel'a. Оплодотворяется яичко одной стороны, но случайно не попадаетъ въ трубу той же стороны, а въ другую. Этотъ процессъ занимаетъ довольно продолжительное время, яичко успѣваетъ настолько вырасти, что не можетъ уже пройти черезъ узкую часть трубы, которая находится вблизи матки.

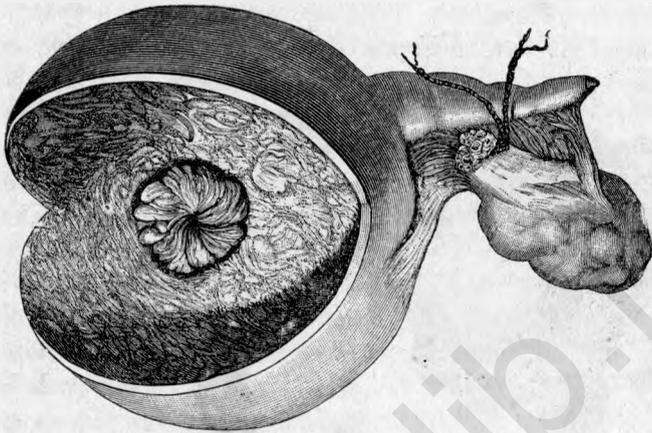
Можетъ быть, что яичко укрѣпится въ добавочной трубѣ или въ трубномъ дивертикулѣ, существованіе которыхъ твердо установлено и на небеременныхъ трубахъ.

Если, что бываетъ чаще, яичко развивается въ свободномъ концѣ трубы, то оно можетъ погибнуть и совершенно разсосаться. Въ двухъ случаяхъ при послѣдующей лапаротоміи я нашелъ абсолютно нормальныя трубы, гдѣ много лѣтъ назадъ я наблюдалъ несомнѣнную трубную беременность. Въ яичкѣ могутъ еще наступить явленія некробіоза, оно можетъ инкапсулироваться и подвергнуться известковому перерожденію. Остается маленькая опухоль, не дающая никакихъ симптомовъ.

Въ другихъ случаяхъ яйцо погибаетъ и изгоняется изъ трубы, какъ яйцо при выкидышѣ изъ матки. При этомъ происходитъ кровоизліяніе. Кровь стекаетъ въ самые глубокіе отдѣлы Дугласова пространства и образуетъ, такъ наз., Hämatocèle. Она ведетъ къ слипчивому воспаленію кишекъ вверху, такъ что получается инкапсулированная кровяная киста.

Здѣсь нужно опять различать полный трубный абортъ, причемъ яйцо лежитъ въ кровяномъ сгусткѣ совершенно отдѣльно отъ мѣста прикрѣпленія въ трубѣ. Труба сокращается и хотя свои фимбриальнымъ концомъ вдается въ кровяную кисту, но, въ общемъ, сдѣлалось снова нормальной. Свернувшаяся масса крови образуетъ надъ жидкой кровью плотный покровъ, изъ котораго въ концѣ концовъ образуется капсула: инкапсулированная Hämatocèle.

При неполномъ выкидышѣ яйцо лежитъ еще на половину въ трубѣ, окруженное въ срединѣ, какъ вѣнкомъ, фимбріальнымъ кольцомъ; на половину оно выдается изъ этого отверстія.

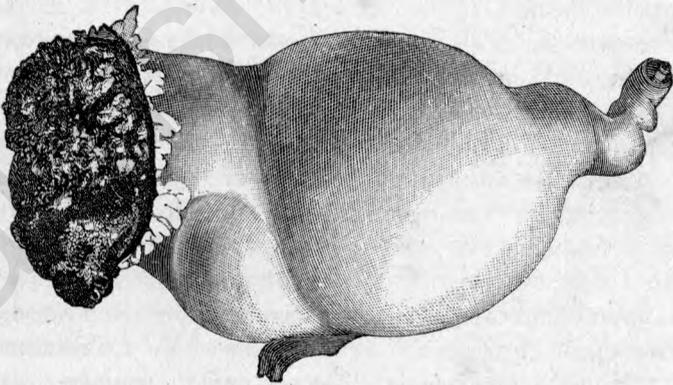


48

Инкапсулированная hematocoele.

Кровяная киста, въ которую открывається фимбріальный конецъ.
Труба мало расширена.

Этотъ процессъ происходитъ часто постепенно. Первое кровотеченіе появляется тогда, когда яичко погибнетъ и отдѣлится. Кровотеченіе проталкиваетъ яйцо дальше. Такъ получаютъ повторныя кровоизліянія, которыя отмѣчаются снова повторными симптомами.



49

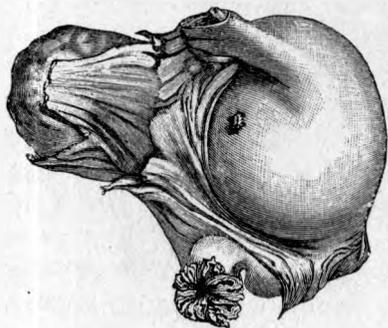
Начинающійся трубный абортъ.

Яйцо отчасти вытолкнуто изъ расширеннаго фимбріального конца.

Иногда и дѣтское мѣсто остается въ трубѣ, оболочки разрываются и плодъ выпадаетъ въ свободную брюшную полость.

Послѣ смерти онъ можетъ остаться здѣсь въ кровяной опухоли и инкапсулироваться. Но въ другихъ случаяхъ онъ удаляется отъ трубнаго отверстія, достигая другихъ отдѣловъ брюшной полости.

Такъ, однажды и нашелъ одинъ конецъ пуповины, выходящимъ изъ трубы. Другой оторвавшійся конецъ ея я увидаль между кишками, онъ велъ къ плоду, лежащему у селезенки. Возможно даже, что послѣдъ будетъ развиваться, плодъ останется живъ и будетъ питаться въ томъ пространствѣ, которое образовалось вслѣдствіе сращеній и слипанія кишекъ: вторичная брюшная беременность.



50

Трубная беременность.

Смерть отъ кровоточенія изъ крошечнаго отверстія какъ разъ по срединѣ между фимбриальнымъ концомъ и узкой частью трубы.

Самымъ опаснымъ нужно считать разрывъ трубы, который нужно считать скорѣе за разрушеніе трубы, растущими ворсинками хоріона. Яйцо вѣдряется въ трубѣ подобно тому, какъ и въ маткѣ, разрушаетъ эпителиальныя клѣтки или прободаетъ ихъ, проникая въ подъ-эпителиальный слой, такъ что дальше оно развивается въ щевелевидномъ пространствѣ, образованномъ на счетъ тонкаго мышечнаго слоя. Тогда просвѣтъ трубы оказывается сдавленнымъ въ стѣнкѣ яйца, а яйцо развивается снаружи въ стѣнкѣ трубы.

Послѣдняя слишкомъ тонка, она все глубже разрушается; при живомъ яйцѣ, межворсинчатые промежутки открываются по направленію къ полости брюшины и въ этомъ случаѣ поступаетъ колоссальное смертельное кровотеченіе.

Это возможно даже при самой малой величинѣ плоднаго яйца. Я долженъ былъ сдѣлать операцию въ одномъ случаѣ, гдѣ было найдено только веретенообразное утолщеніе стѣнки трубы, величиною съ бобъ, при четырехнедѣльной беременности.

Въ области мѣста прикрѣпленія яйца образуются децидуальныя клѣтки, тогда какъ остальная часть трубы, сохраняетъ свои нормальныя мерцательныя клѣтки.

Очень рѣдко отверстіе въ трубѣ приходится между обоими листками mesosalpinx, тогда кровоизліяніе остается подбрюшиннымъ: межсвязочная трубная беременность. Случайная травма ускоряетъ процессъ прободенія. Такъ я видѣлъ разрывъ трубы послѣ coitus, послѣ случайнаго напряженія,—вхожденія въ ванну, послѣ многократныхъ энергичныхъ врачебныхъ изслѣдованій, послѣ твердаго испражненія, и послѣ низведенія матки щипцами Museux.

Въ рѣдкихъ случаяхъ интерстиціальной трубной беременности сбоку отъ матки образуется опухоль. Плодовместилище лежитъ въ паренхимѣ матки. И здѣсь дѣло доходитъ до разрыва и внутренняго кровоточенія.

Если будетъ оплодотворено яйцо, сидящее еще въ Графовомъ пузырькѣ, то происходитъ яичниковая беременность. Послѣдъ прорастаетъ черезъ яичникъ, раздвигаетъ листки mesovarium и въ концѣ беременности помѣщается какъ бы подбрюшинно у стѣнки таза. При этомъ онъ можетъ образовать круглую опухоль, величиною въ головку ребенка, на которой помѣщаются яйцевыя оболочки съ плодомъ. И здѣсь, часто уже въ раннемъ періодѣ, дѣло доходить до разрыва, смерти плода и внутренняго кровотечения.

Брюшную беременность, вѣроятно, можно объяснить такъ, что яйцо прикрѣпляется къ фимбрии. Разъ оно здѣсь внѣдрилось, то при дальнѣйшемъ ростѣ оно будетъ помѣщаться въ брюшной полости, причѣмъ образование послѣда происходитъ на брюшинѣ. Эпителій брюшины превращается въ децидуальныя клѣтки. Это была бы первичная брюшная беременность; нѣсколько такихъ случаевъ описано.

Если же послѣдъ находится весь въ трубѣ или въ яичникѣ, а плодовмѣстилище при дальнѣйшемъ ростѣ переходитъ въ брюшную полость, то дѣло идетъ о вторичной брюшной беременности.

Въ большей части случаевъ внѣматочной беременности на 2—4 мѣсяцѣ происходитъ выкидышъ или разрывъ трубы. Но извѣстны достовѣрно и случаи доношенной внѣматочной беременности.

При вторичной брюшной беременности плодъ при дальнѣйшемъ развитіи оттѣсняетъ кишки вверхъ. Но подъ вліяніемъ внутрибрюшного давленія, плодъ снова смѣщается книзу, такъ, что онъ можетъ быть глубоко втиснуть въ Дугласово пространство, выпячивая его во влагалище и оттѣсняя матку рѣзко къ лонному сочлененію.

Въ концѣ внѣматочной беременности, какъ и при внутриматочной, появляются схватки. Онѣ изгоняютъ гипертрофированную во время беременности слизистую оболочку матки, родится такъ наз. pseudodecidua. Ребенокъ умираетъ, онъ лежитъ сзади матки, внѣ доступа бактерій, въ состояніи некробіоза. Околоплодная жидкость постепенно всасывается, послѣдъ съ годами исчезаютъ совершенно. Плодъ срастается съ окружающимъ его плодовмѣстилищемъ. Известковыя отложенія появляются на внутренней стѣнкѣ плоднаго мѣшка. Ребенокъ окружается уплотненной, липкой массой, подобной verrucae caseosa. Постепенно ребенокъ дѣлается все меньше, съезживается, объясняется. Мышечная ткань ребенка превращается въ восковидную жирную массу. Въ концѣ концовъ весь ребенокъ можетъ представлять изъ себя кусокъ извести, «окаменѣлый плодъ», который сохраняетъ лишь $\frac{1}{3}$ объема, бывшаго тотчасъ послѣ смерти.

Но очень часто развиваются воспалительные процессы. Кишка прободается какой либо острой частью тѣла ребенка, напр. черепной

костью, въ плодовмѣстилице попадаютъ испражнения и происходитъ гніеніе. Тогда могутъ образоваться болѣе обширныя сообщенія съ кишками, брюшной стѣнкой, влагалищемъ или пузыремъ. Тогда уже, при гніеніи, мышцы плода и прочія ткани распадаются, кости становятся свободными и отдѣляются другъ отъ друга, попадаютъ въ свищи и выдѣляются или извлекаются черезъ нихъ, черезъ задній проходъ или мочеиспускательный каналъ. Если всѣ кости плода постепенно будутъ удалены самопроизвольно или съ помощью врача, для чего часто требуются мѣсяцы, то плодовмѣстилице запусѣваетъ, свищи закрываются и наступаетъ выздоровленіе. Но процессъ этотъ можетъ настолько истощить силы больной, что слѣдствіемъ нагноенія, длящагося мѣсяцами, и нарушенія, благодаря кишечнымъ фистуламъ, процессовъ пищеваренія и ассимиляціи питательныхъ веществъ, можетъ явиться смерть отъ сепсиса, піэміи или истощенія.

Симптомы, теченіе, діагнозъ.

При діагнозѣ нужно имѣть въ виду:

- 1) случаи внѣматочной беременности безъ разрыва, при живомъ плодѣ, въ первые мѣсяцы беременности,
- 2) случаи, при которыхъ произошелъ трубный выкидышъ или разрывъ трубы съ симптомами внутренняго кровотеченія,
- 3) случаи внѣматочной беременности живымъ плодомъ въ позднѣйшіе мѣсяцы беременности,
- 4) случаи старой внѣматочной беременности, долгое время спустя послѣ смерти плода.

Случаи 1) попадаютъ врачу относительно рѣдко. Смѣщеніе матки, развитіе яйца вызываютъ неопредѣленныя боли и плохое самочувствіе, заставляющія пациентку обратиться къ врачу. Имѣются на лицо симптомы беременности: прекращеніе менструацій, нагрубаніе груди, субъективные признаки беременности.

При изслѣдованіи находятъ около матки поразительно мягкое плодовмѣстилице, оттѣснившее матку въ сторону. При интерстиціальной беременности опухоль представляетъ одностороннее утолщеніе дна матки. При межсвязочной беременности матка сильно приподнята и оттѣснена въ сторону. Матка всегда размягчена, увеличена, особенно въ длину.

Смѣшать внѣматочную беременность можно прежде всего съ *retroflexio uteri gravidi*. Шейка часто настолько утолщена и удлинена, настолько отличается по своей плотности отъ тѣла беременной загнутой назадъ матки, что легко можно заподозрить въ такихъ случаяхъ внѣматочную беременность, особенно если дно лежитъ нѣсколько

сбоку. Во всякомъ случаѣ выясняетъ дѣло точное изслѣдованіе подъ наркозомъ, такъ что пункція загнутой назадъ матки указываетъ на недостаточную опытность врача.

Такъ какъ часто здѣсь дѣло идетъ о беременности въ очень раннемъ періодѣ, и опухоль, слѣдовательно, не велика, то нужно помнить при установкѣ діагноза и о другихъ заболѣваніяхъ. Нѣтъ гинеколога, который никогда не ошибался бы. Я посовѣтовалъ одной пациенткѣ съ острой гонореей лечиться. Черезъ 3 мѣсяца она явилась снова, съ легкой лихорадкой и сильными бѣлями; сбоку отъ матки образовалась опухоль, которую я счелъ за ruosalpinx. При влагалищной операціи я нашелъ беременную трубу, которую съ успѣхомъ удалилъ.

Обратно, часто ставили діагнозъ трубной беременности, гдѣ была воспалительная опухоль придатковъ. Такое смѣшеніе дѣлается понятнымъ, если принять во вниманіе слѣдующія обстоятельства: груди нагрубаютъ и при воспаленіи яичниковъ и матки, молоко изъ груди выдавливается часто много мѣсяцевъ послѣ родовъ, у нѣкоторыхъ женщинъ нѣсколько капель молока находятся въ груди постоянно, симптомы, похожія на субъективныя ощущенія беременности, часто встрѣчаются у истеричныхъ.

Недаромъ одинъ извѣстный гинекологъ говаривалъ, что онъ оперируетъ не трубную беременность, а опухоль придатковъ, а діагнозъ ставилъ лишь послѣ вскрытія брюшной полости.

Но, понятно, вѣрный діагнозъ важенъ именно въ свѣжихъ случаяхъ трубной беременности, когда нѣтъ разрыва, потому что діагнозъ обуславливаетъ выборъ того или другого оперативнаго метода. Если приняты всѣ предосторожности для избѣжанія разрыва трубы, то операція весьма проста и исходъ ея благопріятенъ.

Къ второму ряду принадлежатъ тѣ случаи, гдѣ труба разорвалась и наступилъ или наступаетъ выкидышъ. И здѣсь симптомы бываютъ различными. Если труба разорвалась или лопнула, можетъ наступить поразительно быстро опасность истеченія кровью (см. фиг. 50, стр. 286). Уже черезъ 2—3 часа послѣ этого несчастнаго происшествія находятъ всѣ несомнѣнные признаки внутренняго кровотеченія: нитевидный пульсъ, ускоренное дыханіе, боли въ животѣ, обмороки, жажду, тошноту вслѣдствіе раздраженія брюшины, позывъ къ мочеиспусканію вслѣдствіе давленія кровяныхъ свертковъ на пузырь и отѣсненія матки къ симфизу, анемичный видъ, температуру коллапса. Картина такъ ясна, симптомы такъ мало объясняются какимъ либо другимъ путемъ, что діагнозъ долженъ быть тотчасъ же поставленъ. Отсутствие менструацій не всегда бываетъ на лицо, вѣдь однократное появленіе ея при беременности нерѣдко. Не всегда ясно выражены

симптомы беременности, слишкомъ часто больными отрицается самая возможность беременности.

Ошибки, естественно, не исключаются абсолютно, такъ я видѣлъ, что внѣматочная беременность была смѣшана съ опухолью желудка, вскрывшейся въ полость брюшины, съ коликами при желчныхъ или почечныхъ камняхъ, съ аппендицитомъ. Но діагнозъ былъ тогда выясненъ при перкуссии, доказавшей присутствіе кровяныхъ сгустковъ.

Какъ только кровяное давленіе падаетъ, истеченіе крови изъ межворсинчатыхъ пространствъ прекращается, брюшина всасываетъ жидкія составныя части, образуются плотные кровяные свертки, снова появляется, быть можетъ уже исчезнувшій, пульсъ, состояніе улучшается. Но нерѣдко все таки потеря крови бываетъ такъ велика, что при леченіи, или безъ него, черезъ нѣсколько часовъ наступаетъ смерть. Я видѣлъ случай, гдѣ больная умерла черезъ шесть часовъ, а отверстіе въ трубѣ при этомъ было въ 2 мм. величиною!

При трубномъ выкидышѣ (фиг. 49, стр. 285) опасность не такъ скоро наступаетъ, но и здѣсь можетъ быстро наступить смерть. Все зависитъ отъ того, произошло ли внезапное изгнаніе всего яйца, или яйцо только отдѣлилось, немного продвинулось впередъ, но застряло отчасти въ трубѣ и затампонирировало ее. Оно часто настолько плотно закрываетъ трубу, что кровь, находящаяся въ части трубы между маткой и яйцомъ, не можетъ стекать въ полость брюшины, но выходитъ черезъ матку наружу. Это очень важный патогномичный симптомъ. Если около матки лежитъ опухоль и цѣлыми недѣлями отходить буроватая старая кровь въ видѣ крошекъ, то, хотя при зондированіи и изслѣдованіи и не найдено значительнаго увеличенія матки, имѣется трубный выкидышъ съ мертвымъ плодомъ.

При трубномъ выкидышѣ въ беременной трубѣ наступаетъ родовая дѣятельность. Эти сокращенія трубы, объяснимыя гипертрофіей мускулатуры въ теченіе беременности, бываютъ часто схваткообразными и чрезвычайно сильными. Разъ въ полость брюшины излилось уже значительное количество крови, труба успокаивается, боли прекращаются, чтобы опять возобновиться при новыхъ кровотеченіяхъ.

Пациентка, которая принуждена была вслѣдствіе болей и анэмій слечь въ постель, лежитъ такъ съ недѣлю, затѣмъ нѣсколько поправится, припадки уменьшаются и, хотя больная чувствуетъ себя еще слабой, но считаетъ здоровой, она встаетъ съ постели, начинаетъ дѣлать какія либо рѣзкія движенія, напр. работать въ полѣ. При этомъ наступаетъ новое кровотеченіе, отдѣленіе яйца, тампонирующаго трубу, снова начинаются боли и истеченіе крови изъ трубы. Такъ могутъ повториться припадки еще 3—4 раза. А позже возможна и смерть отъ потери крови.

Въ другихъ случаяхъ кровоизліаніе хорошо инкапсулируется, оно окружается фибринознымъ покровомъ. Въ кисту открывается труба, а въ кровяномъ сгусткѣ лежитъ совершенно отдѣлившееся яйцо. Съ теченіемъ времени медленно все можетъ всосаться, такъ что черезъ нѣсколько лѣтъ нельзя найти и слѣда опухоли.

Но часто еще въ теченіе многихъ лѣтъ существуетъ опухоль, она становится все меньше и плотнѣе, но причиняетъ еще много тягостныхъ ощущеній.

Гніеніе наступаетъ рѣдко, но даже при асептичномъ состояніи кровяного сгуска часто получаютъ незначительныя лихорадочныя температуры.

Къ 3. Случаи, относящіеся къ срединѣ беременности или къ 6, 7 и 8 мѣсяцамъ приходится наблюдать относительно рѣдко. Если миновала опасность трубнаго выкидыша или разрыва трубы на 2 или 3 мѣсяцѣ, то чаще всего развитіе плода совершается безпрепятственно до нормальнаго, или, по меньшей мѣрѣ, почти до нормальнаго срока.

Поводомъ къ диагнозу внѣматочной беременности, въ срединѣ беременности, обыкновенно служитъ то обстоятельство, что беременная чувствуетъ на этотъ разъ нѣчто иное, чѣмъ въ предшествующія беременности. Она чувствуетъ яснѣе движенія плода, у нея появляются всевозможныя тягостныя ощущенія, которыя заставляютъ обратиться къ врачу. Затѣмъ, съ другой стороны, аномальное положеніе матки, сильное оттѣсненіе ея кпереди, прежде всего служитъ доказательствомъ, что дѣло идетъ не о нормальной беременности. Если доказано зондированіемъ, что полость матки пуста, если беременность сомнѣнна, то слѣдуетъ главнымъ образомъ имѣть въ виду дифференціальныя діагнозы между беременностью въ рудиментарномъ рогѣ и внѣматочной беременностью. При первой легче опредѣляется граница околоплодныхъ водъ, нѣтъ перитонеальныхъ явленій и ясно прощупывается твердый покровъ вокругъ матки.

Уже выше было замѣчено, что существуютъ рѣдкіе случаи доношенной внѣматочной беременности. Но по большей части это относится къ тѣмъ случаямъ, гдѣ послѣдъ развился въ трубѣ или въ яичникѣ, тогда какъ плодъ выскользнулъ изъ яичника или трубы и развивался дальше свободно въ брюшной полости. Ребенокъ окруженъ ворсистой и водной оболочками. Даже были и такіе случаи, что яйцевыя оболочки лежали свободно въ брюшной полости совершенно нетронутыми, безъ всякихъ воспалительныхъ сращеній.

Какъ правило плодовмѣстилище образуется такимъ образомъ, что изъ яйцевыхъ оболочекъ, кишекъ, отложеній фибрина и воспалительныхъ продуктовъ создается инкапсулированное пространство, въ

которомъ лежитъ ребенокъ. Этотъ процессъ образованія плоднаго мѣшка не всегда даетъ симптомы раздраженія брюшины.

При изслѣдованіи находятъ, что матка отгѣснена рѣзко кпереди, благодаря этому, а также благодаря ея утолщенію и удлиненію, она легко опредѣляется при двойномъ изслѣдованіи. Ребенокъ лежитъ сзади матки. Не всегда онъ лежитъ тотчасъ подъ брюшными стѣнками, но чаще у позвоночника, прикрытый сверху кишками. Но, какъ правило, нижележащая часть, и здѣсь большею частью таковою бываетъ головка, отгѣснена глубоко въ Дугласово пространство. Легко прощупывается головка ребенка, швы; при живомъ плодѣ опредѣляется сердцебиеніе и движенія, при мертвомъ — хрустъ и подвижность черепныхъ костей.

Діагнозъ легко поставить, особенно если имѣть въ виду возможность внѣматочной беременности.

Къ 4. Часто плодъ, развившійся внѣ матки, лежитъ въ теченіе многихъ лѣтъ въ брюшной полости, не вліяя замѣтнымъ образомъ на здоровье.

Но случайности, напр. травма, или повторное энергичное изслѣдованіе могутъ вызвать воспаленіе и сообщеніе съ кишками. При значительныхъ воспалительныхъ продуктахъ, эксудатахъ и образованіи фистулъ случай иногда затемняется, пока не выйдутъ косточки ребенка черезъ какую либо фистулу (ср. стр. 288).

И при вскрытіяхъ случайно находили совершенно обызвествленные, лежащіе внѣматочно плоды, такъ называемые окаменѣлые плоды. Что можно впасть въ ошибку, доказалъ мнѣ одинъ случай, гдѣ уже 30 лѣтъ назадъ была діагносцирована Нohl'емъ внѣматочная беременность, которая и была описана въ диссертациі. Каждый ассистентъ передавалъ эту интересную паціентку своему преемнику. Когда я былъ ассистентомъ, старуха заболѣла пневмоніей и умерла. Вскрытіе обнаружило большую обызвествленную, твердую, какъ камень, міому, которая лежала десятки лѣтъ, не измѣняясь, рядомъ съ маткой.

Л е ч е н і е .

При рѣшеніи терапевтическихъ вопросовъ опасно брать за отправную точку какой либо одинъ строгій принципъ, потому что въ медицинѣ всегда найдется много исключеній изъ правила и особыхъ обстоятельствъ, которыя сдѣлаютъ необходимымъ измѣненіе опредѣленнаго плана.

Но если хотятъ провести какой либо принципъ при леченіи внѣматочной беременности, то, несомнѣнно, таковымъ долженъ быть принципъ немедленной операціи, какъ только твердо установлень

діагнозъ внѣматочной беременности. Ибо опасности при операціи въ настоящее время незначительны. Ихъ можно предвидѣть и избѣжать. Но опасности при выжидательномъ способѣ нельзя предвидѣть. Всѣми признается положеніе: опухоль при внѣматочной беременности слѣдуетъ оцѣнивать наравнѣ съ злокачественной опухолью и чѣмъ раньше удалить ее, тѣмъ лучше.

Но многое зависитъ отъ того, въ какомъ періодѣ діагносцировалъ врачъ внѣматочную беременность. Если вспомнить подраздѣленіе, приведенное на стр. 288, то прежде всего нужно говорить о случаяхъ, гдѣ беременность была діагносцирована при живомъ еще плодѣ. Здѣсь нужно тотчасъ дѣлать лапаротомію. Мнѣ, какъ и многимъ другимъ, часто удавалось удалять беременную трубу въ высшей степени легко и безкровно.

Прогнозъ при этомъ столь же благопріятенъ, какъ при удаленіи маленькой овариальной кисты. Только нужно приниматься за дѣло очень осторожно, именно не давить на животъ, *resp.* на опухоль, чтобы не произошло разрыва плодовместилища передъ операціей или во время ея.

По вскрытіи брюшной полости быстро отыскиваютъ матку и обследуютъ мѣсто отхожденія придатковъ отъ нея, *resp.* утолщенную трубу. Лигатуру проводятъ тупой иглой такимъ образомъ, чтобы она подошла подъ *ligamentum rotundum*. Это важно потому, что *lig. rotundum* всегда бываетъ плотнымъ, а труба и *lig. ovarii* могутъ быть такъ мягки, что, если крѣпко затянуть узелъ, шовъ можетъ ихъ прорѣзать.

Съ помощью лигатуры матка и опухоль оттягиваются по направленію къ серединѣ. Затѣмъ перевязываютъ сперва *lig. infundibulopelvicum*, потому что притокъ крови идетъ снаружи, потомъ и тѣ образованія, подъ которыми проходитъ лигатура. Затѣмъ отрѣзаютъ опухоль между двумя лигатурами. Листки *lig. lat.* соединяютъ непрерывнымъ швомъ изъ кэтгута. Первая лигатура подкрѣпляется еще второй, потому что она часто ослабляется послѣ удаленія опухоли, такъ какъ была наложена при наполненныхъ, изобилующихъ кровью сосудахъ.

Если поставленъ діагнозъ внутренняго кровотечения, *resp.* свѣже лопнувшей трубной беременности, то до операціи безусловно требуется абсолютный покой. Даже нельзя поднимать больную на подкладное судно для мочеиспусканія. Нужно ставить катетеръ. Я сомнѣваюсь, имѣетъ ли какое нибудь значеніе назначеніе пузыря со льдомъ. Совершенно неправильно дѣлать подкожныя впрыскиванія изъ соляного раствора до операціи. Я совѣтую лучше дѣлать ихъ непосредственно послѣ операціи, точно также, какъ и обертыванья ногъ. Впрыски-

вается подъ кожу камфорное масло. Наркозъ ведется эфиромъ. Предварительная подготовкa операционнаго поля производится какъ можно быстрѣ эфиромъ. Кровяные сгустки не вычерпываются тщательно и вся операція производится какъ можно скорѣе.

И здѣсь, быстро ориентировавшись въ кровяныхъ массахъ, отыскиваютъ матку, послѣ чего осторожно отдѣляютъ кишки, съ которыми образовались по большей части только рыхлыя сращения, отводятъ ихъ кверху и прикрываютъ компрессами. Затѣмъ накладываются, какъ выше описано, лигатуры и удаляютъ плодoвмѣстительство. Быстро вычерпываютъ большіе кровяные сгустки, освобождаютъ матку и брюшину отъ другихъ сращеній, если онѣ есть, герп. отъ свертковъ фибрина.

Если и есть небольшое кровотеченіе изъ отдѣленныхъ поверхностей, дренажа все таки не требуется, такъ какъ брюшная полость была и осталась асептической. Если даже въ первые дни періода выздоровленія температура нѣсколько и повышена, то это безразлично, потому что это нормально.

Трудно принять рѣшеніе въ двухъ случаяхъ. Во первыхъ если имѣется случай съ очень значительной анеміей. Хотя можно и должно сдѣлать попытку спасти жизнь, но часто приходится оперировать слишкомъ поздно, вслѣдствіе постороннихъ, независящихъ отъ врача причинъ. Между установкой діагноза и окончаніемъ приготовленій къ операціи проходитъ слишкомъ много времени. Слишкомъ много теряется крови, чтобы пациентка могла вынести еще послѣдствія такого серьезнаго вмѣшательства, какое представляетъ лапаротомія.

Вынесетъ ли пациентка операцію, часто зависитъ отъ индивидуальной сопротивляемости и жизнеспособности организма, опредѣлить которую заранѣе невозможно. Если несмотря на подкожныя вливанія солянаго раствора, согрѣваніе пациентки, большія дозы камфоры и алкоголя, наступитъ плохой исходъ, нужно утѣшаться убѣжденіемъ, что на обязанности врача было испробовать единственный путь къ спасенію.

Бываютъ побочныя обстоятельства, которыя дѣлаютъ невозможнымъ ускореніе операціи. Такъ какъ требуется согласіе пациентки и близкихъ, то драгоценный моментъ можетъ быть пропущенъ.

Но во всякомъ случаѣ, при настоящемъ положеніи нашихъ знаній относительно этого процесса, единственно вѣрнымъ путемъ при непосредственной опасности для жизни является операція; этимъ я не хочу отрицать возможности и такихъ случаевъ, гдѣ отъ операціи отказывались, наступало выздоровленіе, сверхъ ожиданія, и безъ операціи. Это является тогда счастливою случайностью.

Во вторыхъ трудно принять рѣшеніе, если первая опасность прошла, если образованіе ограниченной опухоли доказываетъ, что крово-

течение прекратилось, что излившаяся кровь инкапсулировалась, следовательно образовалась *hämatocele*, доказывающая также и смерть плода.

Въ этихъ случаяхъ опухоль дѣлается тверже и плотнѣе, она не прощупывается со стороны Дугласова пространства, какъ равномерно напряженная и эластичная опухоль, но представляется рѣзко бугристой и не такъ болѣзненна при дотрогиваніи. Уже тотъ фактъ, что 20 лѣтъ назадъ многіе изъ такихъ случаевъ благополучно оканчивались, благодаря рассасыванію, доказываетъ, что операція не является неизбежной. Но и здѣсь нельзя установить прогноза съ увѣренностью. Я видѣлъ часто случаи, что пациентки лежали 3, даже 4 недѣли въ клиникѣ, и такъ какъ опухоль дѣлалась все меньше и плотнѣе, я уже не считалъ нужнымъ дѣлать операцію. Затѣмъ пациентка, чувствуя себя хорошо и считая себя здоровой, вопреки нашему совѣту, оставляла клинику, и возвращалась къ своему прежнему образу жизни. Скоро наступали новые «припадки» и операцію все таки дѣлать нужно было.

При лучшихъ условіяхъ, когда разумная пациентка слѣдуетъ совѣту врача и въ теченіи нѣсколькихъ недѣль лежитъ спокойно, конечно, довольно вѣроятенъ хороший исходъ, если послѣ смерти плода образовалась плотная опухоль. Но и при соблюденіи покойнаго положенія тѣла припадокъ можетъ вызвать напряженіе, напр. при испражненіи. Такъ какъ именно въ такихъ случаяхъ сохраненію жизни больше всего способствуетъ операція, то я постоянно совѣтую оперативный методъ леченія.

Произвести операцію можно тремя путями: лапаротоміей и путемъ задней или передней кольпотоміи. Я предпочитаю лапаротомію, потому что при ней лучше можно осмотрѣть операціонное поле, удобно отдѣляются сращения и потому еще что легко сдѣлать операцію бережно, планомѣрно, безъ побочныхъ случайностей.

Заднюю кольпотомію я дѣлалъ тоже часто. Она показана въ тѣхъ случаяхъ, когда кровяная киста, *hämatocele*, сильно выпячиваетъ Дугласово пространство во влагалище, когда прошло уже много недѣль со времени перваго припадка, такъ что надъ *hämatocele* образовалась плотная оболочка въ видѣ капсулы, когда опухоль лежитъ далеко отъ брюшныхъ покрововъ, а всасываніе идетъ очень медленно или совсѣмъ не происходитъ.

Начинаютъ съ продольнаго разрѣза отъ шейки по направленію къ выпуклости влагалищной стѣнки, такой длины, чтобы можно было удобно ввести палецъ въ кисту. Комбинированнымъ изслѣдованіемъ отыскиваютъ плодное яйцо и удаляютъ его, надавливая пальцемъ или при помощи абортныхъ щипцовъ. Затѣмъ осторожно, рыхло напол-

няютъ полость іодоформенной марлей и сперва не дѣлають спринцеваній чтобы не нарушить сросеній.

Часто случай протекаетъ совершенно асептично. Черезъ 6—10 дней безлихорадочнаго теченія марлю вынимають и назначаютъ влагалищныя спринцеванія для удаленія выдѣленій. Если появится лихорадка, то марлю тотчасъ вынимають, и промываютъ полость при помощи катетра à double courant. То же нужно сдѣлать при дальнѣйшемъ теченіи если влагалищный разрѣзь скоро сзюзился, если наступила задержка выдѣленій и лихорадка. Дренажъ изъ резиновой трубки не нуженъ.

Превосходную услугу при лихорадкѣ оказываетъ постоянное орошеніе полости. Если промывать полость въ теченіе 6, 8 часовъ въ день дезинфицирующими, а позднѣе вяжущими жидкостями, если въ промежуткахъ класть на животъ мѣшокъ съ пескомъ или дробью, то полость быстро уменьшается. Сперва промываютъ растворомъ *liso*'я или борнымъ, позднѣе впрыскиваютъ въ полость глицеринъ съ борной кислотой 20:200 или перекись водорода 40:200.

Производство передней кольпотоміи по двумъ причинамъ представляется неправильнымъ. Во первыхъ киста, resp. беременная труба лежитъ на задней поверхности матки, слѣдовательно подвергается растяженію и при насильственномъ смѣщеніи легко разрывается.

И во вторыхъ, нельзя удалить тѣ массы излившейся крови, которыя находятся въ Дугласовомъ, пространствѣ что конечно удается легче, если отверстіе находится въ самомъ глубокомъ отдѣлѣ его. Сзади при уменьшеніи полости, чему способствуетъ внутрибрюшное давленіе, выдѣленія отходятъ сами собой.

Если дѣло идетъ о живомъ ребенкѣ приблизительно въ серединѣ беременности, то показана также лапаротомія.

Если плодомѣстилице представляетъ свободную кисту, которую можно, какъ опухоль яичника, вытянуть наружу черезъ брюшную рану и перевязать, resp. удалить *in toto*, такъ и нужно было бы поступить. Но, къ сожалѣнію, плодомѣстилице большею частью не прилегаютъ вплотную къ брюшнымъ покровамъ, и его нельзя такъ изолировать, чтобы удалить *in toto*. Тогда послѣ вскрытія брюшной полости нужно отодвинуть кишки кверху, прижать и пришить брюшные покровы къ плодомѣстилицу. Поверхность плодомѣстилица около 10 сант. длины и 4—5 сант. ширины, вслѣдствіе пришиванія *peritoneum parietale* отдѣляется отъ брюшной полости. Наложить эти швы часто очень трудно, благодаря тонкостѣнности и мягкости плодомѣстилица. Также не всегда можно дойти до величины въ 10 сант. поверхности, потому что стѣнка плодомѣстилица можетъ быть отчасти образована за счетъ кишечныхъ петель. Потомъ вскрываютъ плодомѣстилице и вынимають ребенка.

Очень соблазнительно сейчас же удалить и послѣдъ. Я настоятельно предостерегаю отъ такого способа дѣйствія. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣдъ прилегаетъ къ свободной подвижной стѣнкѣ плодовмѣстилища, ихъ приподнимаютъ вмѣстѣ, перевязываютъ и отрѣзываютъ. Но если мѣсто прикрѣпленія послѣда неподвижно и его нельзя изолировать, напр. нижній полюсъ плодовмѣстилища, то представляя пуповинѣ кровоточить, тампонируютъ стерилизованной марлей плодовмѣстилище. Вводятъ столько марли, чтобы выполнить совершенно плодовмѣстилище, такъ чтобы оно сдѣлалось приблизительно такой же величины, какой было до удаленія плода. Въ заключение пришиваютъ плодовмѣстилище по окружности еще разъ крѣпко, къ брюшнымъ стѣнкамъ, оставляя длинныя нитки, чтобы, потягивая за нихъ, сдѣлать отверстіе доступнымъ для новой тампонаціи или для промыванія. Плотная типичная давящая повязка изъ ваты и бинтъ заканчиваютъ операцію.

Повязка, при отсутствіи лихорадки, остается въ теченіе 8 дней. Затѣмъ вынимаютъ марлю, а послѣдъ еще оставляютъ, если онъ не отдѣлился произвольно, потому что и теперь еще при попыткѣ отдѣленія можетъ наступить опасное для жизни кровотеченіе. Уменьшившуюся теперь полость выполняютъ іодоформенной марлей такъ какъ при такомъ продолжительномъ теченіи процесса можно опасаться разложенія въ полости. Черезъ нѣсколько дней, даже если больную нѣсколько лихорадило отдѣлится послѣдъ навѣрное безъ кровотеченія. Постепенно уменьшается и полость, которую промываютъ неядовитыми вяжущими растворами.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣ такого открытаго способа леченія я долженъ былъ оперировать получившуюся *laparocoele*. Ее нельзя избѣгать, но и послѣ оперативнаго леченія тифлита открытымъ способомъ тоже остаются неизбѣжныя грыжи, которыя легко излечиваются впослѣдствіи оперативнымъ путемъ.

Если случайно разрѣзъ пройдетъ черезъ послѣдъ живого плода, то его быстро прикрѣпляютъ матрацными швами къ надлежащимъ тканямъ, чтобы остановить кровотеченіе. Это удается скоро. Но кто соблазнится отдѣлять послѣдъ живого ребенка, тотъ получитъ громадное кровотеченіе. Послѣднее останавливаютъ плотной тампонаціей плодовмѣстилища большимъ количествомъ марли и стягиваютъ какъ можно крѣпче животъ круговыми ходами бинта. Хотя при этомъ и можно иногда спасти отъ истеченія кровью, но опасность для жизни очень велика, во всякомъ случаѣ больше, чѣмъ при выше описанномъ способѣ.

Описанный способъ примѣнимъ и при доношенной внѣматочной беременности. И въ этомъ случаѣ плодовмѣстилище часто не приле-

гаеть къ брюшнымъ покровамъ, такъ что брюшная полость должна быть защищена сперва пришиваніемъ брюшины къ плодовмѣстилищу.

Если содержимое плодовмѣстилища уже разложилось, то методъ операциі все таки не измѣняется. Описаннымъ пришиваніемъ достигается полное надежное закрытіе брюшной полости, особенно, если во время извлеченія плода и истеченія гнилостныхъ массъ, дѣлалось промываніе обильнымъ количествомъ стерилизованной воды или растворомъ борной кислоты, благодаря чему инфекціонныя массы быстро удалялись.

При внѣматочной беременности, тянущейся въ теченіе многихъ лѣтъ, послѣдъ совершенно исчезаетъ, тогда какъ вся поверхность плодовмѣстилища покрыта известковыми отложеніями. Въ такихъ случаяхъ тѣмъ болѣе нужно отказаться совершенно отъ удаленія плодовмѣстилища, которое, вѣдь, не представляетъ злокачественнаго новообразованія, но сморщивается и произвольно исчезаетъ. При описанномъ методѣ операциі шансы на благопріятный исходъ чрезвычайно велики, тогда какъ при попыткѣ удаленія, операциа можетъ представиться настолько большей и серьезной, что пациентка окажется слишкомъ слабой, чтобы вынести такое серьезное и продолжительное вмѣшательство.

Если въ плодовмѣстилищѣ есть каловыя массы и воздухъ, то его обильно промываютъ; кишечныя фистулы закрываются въ періодѣ выздоровленія большею частью произвольно, вслѣдствіе рубцоваго стягиванія плодовмѣстилища, если испражненія отходятъ естественнымъ путемъ.

Если плодовмѣстилище плотно прилегаетъ къ брюшнымъ покровамъ, и въ этомъ мѣстѣ находится фистула, черезъ которую отходятъ уже обломки кости, то фистулу расширяютъ, только не ножомъ, а прессованной губкой или ляминаріей до такой ширины, чтобы палецъ могъ хорошо обслѣдовать полость. Затѣмъ постепенно удаляютъ кости пальцемъ и корнцангомъ. Болѣе кровавое расширеніе свища очень опасно, такъ какъ нельзя заранѣе знать, не входитъ ли въ образованіе стѣнки плодовмѣстилища около фистулы и петля кишекъ.

Если получилось сообщеніе плодовмѣстилища съ мочевымъ пузыремъ, то образуется такъ называемая «пузырная беременность». Кости удаляются черезъ мочеиспускательный каналъ. Если это не удастся, то со стороны влагалища дѣлають продольный разрѣзъ пузыря. Черезъ этотъ разрѣзъ обслѣдуютъ и опорожняютъ пузырь. Въ одномъ случаѣ, гдѣ я съ цѣлю имѣть возможность лучше излѣчить циститъ, не зашилъ этого разрѣза, онъ спался и закрылся позднѣе самопроизвольно.

ШЕСТНАДЦАТАЯ ГЛАВА.

ВЫКИДЫШЪ.

Въ предыдущихъ главахъ многократно шла рѣчь о прерываніи беременности и было приведено много причинъ, вызывающихъ выкидышъ. Таковы, напр. общія заболѣванія, сопровождающіяся лихорадкой: пневмонія, плевритъ, инфлуэнца, перемежающаяся лихорадка, корь, скарлатина, оспа, тифъ и т. д., затѣмъ пороки сердца, сифились, загибъ матки назадъ и выпаденіе ея.

Нельзя отрицать, что сильныя душевныя волненія вызываютъ выкидышъ. Такъ наблюдались выкидыши у женщинъ, у которыхъ внезапно умеръ ребенокъ, у такихъ, которыя подверглись укушенію собакой, и у беременныхъ, разбуженныхъ ночью злоумышленникомъ. При большомъ пожарѣ или другихъ ужасныхъ происшествіяхъ наблюдаются выкидыши. Извѣстны факты, что, напр. при бомбардировкѣ Страссбурга многія изъ спрятавшихся въ погребахъ женщинъ выкинули.

Злоупотребленіе *drastica*, минеральными или другими ядами, слишкомъ большія дозы *secale* или эрготина вызываютъ болѣзненное общее состояніе, симптомомъ котораго можетъ быть выкидышъ.

Травматическіе инсульты, непосредственно направленные на матку, могутъ, при соотвѣтствующихъ обстоятельствахъ, также вызвать прерываніе беременности: напр. энергичное комбинированное изслѣдованіе, зондированіе, вытягиваніе матки Мюзеевскими щипцами, плотная тампонація, черезчуръ холодныя или горячія спринцеванія, непосредственная фарадизація матки, введеніе электрода въ электрической ваннѣ во влагалище, частый coitus nimio impetu. Особенно важно въ этиологическомъ отношеніи взаимодѣйствіе физической травмы и душевнаго расстройства. Продолжительная ѣзда по желѣзной дорогѣ также не безразлична для теченія беременности. Можетъ быть вслѣдствіе развивающейся при этомъ гиперэміи тазовыхъ органовъ. Вѣдь, наблюдаютъ же, что при этомъ и менструація наступаетъ раньше, а въ климактерическомъ періодѣ снова появляются прекратившіяся уже менструаціи.

Съ другой стороны, публика слишкомъ переоцѣниваетъ вредное вліяніе тѣлеснаго напряженія или травмы. Вслѣдствіе существующей у людей потребности найти причинную связь, почти всякая выкинувшая женщина отыскиваетъ какую либо вѣроятную причину, несчастнаго происшествія. Но при точномъ анализѣ случая обыкновенно оказывается невозможнымъ установить причинную связь между выкидышемъ и паденіемъ, или поднятіемъ тяжести, сотрясеніемъ, охлажденіемъ, ѣздой по желѣзной дорогѣ, быстрой ѣздой въ экипажѣ и т. д.

Только у здоровой женщины и если выкидышъ начался непосредственно послѣ травмы, врачъ можетъ рѣшиться установить такую взаимную связь, въ случаѣ нужды, также и на судѣ. Если вспомнить что при привычномъ заборѣ, роженицѣ часто недѣлями приходится тужиться и что, не смотря на это, беременность остается ненарушенной и протекаетъ дальше, то становится яснымъ, что вліяніе механически дѣйствующихъ инсультовъ сильно преувеличено. Сообщенія о нормальномъ теченіи беременности, не смотря на большія операціи, напр. ампутацію, трахеотомию, оваріотомию, операцію аппендицита и т. д. также доказываютъ, что преувеличивается вредное вліяніе травмы. Извѣстно, что, желая сдѣлать искусственный выкидышъ, женщины часто дѣлаютъ сильныя движенія, прыгаютъ, танцуютъ, ѣздятъ на велосипедѣ и т. д., между тѣмъ страстно желаемый выкидышъ не происходитъ. Даже послѣ зондирования, сопровождавшагося сильнымъ кровотеченіемъ, беременность протекала, не прерываясь.

Наблюденія, будто большіе разрывы шейки вызываютъ выкидышъ, я считаю неправильными. Я очень часто оперировалъ большіе двусторонніе разрывы шейки, при которыхъ въ анамнезѣ былъ рядъ нормальныхъ родовъ. Если вспомнить, что приблизительно на 5 родовъ приходится одинъ выкидышъ, то, конечно, многородящія съ разрывами шейки, имѣютъ, больше шансовъ для выкидыша, чѣмъ другія женщины. Во всякомъ случаѣ есть безчисленное количество выкидышей, при которыхъ нельзя найти этиологическаго момента. Поэтому безъ достаточныхъ анатомическихъ основаній относили причину выкидыша то къ эндометриту, то къ низкому прикрѣпленію дѣтскаго мѣста, то къ недостаточности пространства для *serotina* и т. д. Повидимому, критическимъ моментомъ является ограниченіе осмоса и питанія яйца только одной *serotina*, послѣ атрофіи ворсинокъ *chorion frondosum*; по крайней мѣрѣ, самое опасное время — это второй мѣсяць.

Очень многія женщины выкидываютъ въ теченіе первой беременности. Это относятъ къ неосторожности молодыхъ женщинъ, несвѣдующихъ въ гигиенѣ. Можетъ быть, причина лежитъ въ инфантилизмѣ, т. е. въ томъ, что маленькая матка не растетъ достаточно

быстро, такъ что получается несоотвѣтствіе между быстро увеличивающимся яйцомъ и, черезчуръ медленно растущей маткой.

Въ случаяхъ привычнаго выкидыша, который встрѣчается какъ у рожавшихъ уже женщинъ, такъ и у такихъ которыя не донашивали до срока, вышедшая decidua оказывается поразительно тонкой, дряблой, ея шероховатая поверхность не представляется ворсинчатой, а скорѣе гладкой.

Несомнѣнно, что существуютъ случаи особой раздражимости матки, и доказательствомъ служатъ такія больныя, у которыхъ одинъ выкидышъ слѣдуетъ за другимъ, пока беременная не рѣшится вести вполне спокойный образъ жизни. Женщины, которыя многократно выкидывали, часто донашиваютъ до конца только въ томъ случаѣ, если онѣ первые 5 мѣсяцевъ лежатъ въ постели или по крайней мѣрѣ избѣгаютъ всякихъ сильныхъ движеній, ходьбы, восхожденія по лѣстницамъ и т. д.

Течение.

Если имѣется на лицо отсутствіе менструацій одинъ или два раза, или необычайно слабыя крови въ послѣдній разъ, или на основаніи субъективныхъ ощущеній женщина считаетъ себя беременной, и по объективнымъ признакамъ, а именно по увеличенію матки и нагрубанію груди: опредѣлена беременность, если внезапно появляется кровотеченіе, ведущее къ выкидышу, то наблюдаютъ вмѣстѣ съ этимъ большею частью и лихорадку, познаниваніе или потрясающій ознобъ.

Кровотеченіе при выкидышѣ можетъ быть смертельнымъ. Если это и рѣдко бываетъ, то только потому, что, благодаря угрожающимъ симптомамъ, почти всегда скоро находится соотвѣтствующая помощь. Но безъ этой помощи легко можетъ наступить смерть отъ кровотечения. Я видѣлъ это часто, напр. мнѣ извѣстенъ случай, что одна приказчица желая скрыться отъ стыда, заперлась на своемъ чердакѣ и истекла кровью; ее нашли мертвой въ постели.

Течение зависитъ отъ того, была ли прервана беременность въ очень раннемъ періодѣ и первородящая или многородящая больная. При очень раннемъ выкидышѣ можетъ выйти одно только яйцо, слизистая оболочка останется *in situ* и можетъ реорганизоваться, не омертвѣвая. Это я наблюдалъ съ достовѣрностью и первый описалъ. Или же въ теченіе первыхъ 4 недѣль послѣ внѣдренія яичка, decidua можетъ быть изгнана постепенно въ видѣ маленькихъ перепончатыхъ кусочковъ, вмѣстѣ съ кровяными сгустками, безъ значительныхъ болей, resp. схватокъ.

Если яйцо старше, отъ 6 до 8 недѣль, и больная первородящая съ узкимъ внутреннимъ зѣвомъ, то схватки бываютъ часто такими же

болѣзненными, какъ при своевременныхъ родахъ. Яйцо можетъ быть вытолкнуто при этомъ изъ полости матки въ расширенный каналъ шейки и остаться здѣсь лежать. Каналъ шейки расширяется ампулообразно, но яйцо не можетъ пройти черезъ узкій наружный зѣвъ. Между тѣмъ внутренній зѣвъ сокращается, такъ что и яйцо лежитъ наполовину въ маткѣ, наполовину въ шейкѣ, перетянутое въ видѣ песочныхъ часовъ внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ.

У многородящихъ съ широкимъ маточнымъ зѣвомъ выкидышъ протекаетъ почти безъ болей и схватокъ. Появляется кровотечение, яйцо выталкивается *in toto* во влагалище, пустая матка хорошо сокращается. Нерѣдко выкидышъ протекаетъ такъ гладко, что пациентка совсѣмъ не ложится въ постель.

Такъ какъ во влагалищѣ есть бактеріи, то яйцо, родившееся частью во влагалище, а частью задержавшейся маточнымъ зѣвомъ, разлагается. Оно выпадаетъ изъ размягченной шейки или выдавливается при изслѣдованіи. Но часть его легко можетъ при этомъ отойти назадъ въ полость матки. Разложеніе переходитъ и на эту часть. Внутренній маточный зѣвъ суживается и разложившіеся остатки выкидыша лежатъ въ полости матки. Тогда появляется высокая резорбціонная лихорадка, потому что сѣзвившійся внутренній зѣвъ не даетъ яйцу возможности выйти самопроизвольно. Если врачебная помощь запоздаетъ, то въ концѣ концовъ можетъ наступить общій сепсисъ и смертельная инфекция.

Кровотеченіе при задержкѣ остатковъ выкидыша бываетъ съ промежутками. Цѣлыми днями отходить только стекловидная прозрачная слизь. Затѣмъ вдругъ наступаетъ отдѣленіе обильнаго количества совершенно свѣтлой нормальной крови, которая, при положеніи больной на спинѣ и болѣе продолжительной задержкѣ во влагалищѣ, въ послѣдствіи свертывается и дѣлается, конечно, тоже темнаго цвѣта. Если есть умѣренное, но продолжительное отдѣленіе не свѣтлой и чистой крови, а буроватыхъ мелкихъ свертковъ, то не слѣдуетъ забывать, что это кровотеченіе можетъ оказаться трубнымъ въ зависимости отъ внѣматочной беременности. Ошибки могутъ быть чрезвычайно пагубными. Если беременность принята за нормальную и врачъ, думая, что кровотеченіе вызвано остатками выкидыша, сдѣлаетъ выскабливаніе полости матки, при чемъ смѣщаетъ матку, то можетъ наступить разрывъ плодovмѣстилица. Я видѣлъ много смертельныхъ случаевъ вслѣдствіе этой ошибки и послѣдовательнаго внутривбрюшинаго кровотеченія.

Часто также остается въ полости матки, маленькій кусочекъ *decidua* съ остатками ворсистой оболочки и лежитъ тамъ, не подвергаясь разложенію. Можетъ быть, оттого, что часть *decidua* слишкомъ

крѣпко приросла, благодаря мѣстному эндометриту. Этотъ кусочекъ мѣшаетъ хорошему сокращенію матки. Появляются кровотечения, при которыхъ сначала часто трудно выяснить, — атипическое ли это кровотеченіе или новая менструація. Но кровотечения все повторяются, на остаткахъ выкидыша можетъ отложиться кровь и фибринъ, такъ что образуется медленно увеличивающійся, такъ называемый плацентарный полипъ; въ высшей степени рѣдкій исходъ. Впрочемъ и эти случаи оканчиваются благополучно сами собою, матка размягчается, инфильтруется, выпрямляется и тогда остатки выкидыша отходятъ произвольно, при схваткахъ или безъ нихъ.

Чаще прибѣгаютъ уже раньше къ врачебной помощи. Врачъ ставитъ діагнозъ неполнаго выкидыша или, по крайней мѣрѣ, предполагаетъ возможность его на основаніи задержки менструацій и появления часто возвращающихся сильныхъ кровотеченій. Въ рѣдкихъ случаяхъ умершее яйцо остается въ маткѣ въ теченіе цѣлыхъ недѣль и даже мѣсяцевъ, — missed abortion. Оно изгоняется только впоследствии, наприм. при новой менструаціи, въ видѣ твердой массы, отпечатка полости матки, мясистаго заноса.

До четвертаго мѣсяца, если теченіе беременности не было нарушено неправильнымъ вмѣшательствомъ, яйцо выдѣляется по большей части in toto, такъ что родившійся плодъ заключенъ въ оболочки. Тоже бываетъ нерѣдко при мертвомъ мягкомъ плодѣ даже и на шестомъ, и седьмомъ мѣсяцѣ. Позднѣе изгнаніе плода происходитъ такъ, какъ при родахъ, понятно, только гораздо легче, такъ какъ маленькій мягкій плодъ можетъ пройти и черезъ узкій маточный зѣвъ. Но затѣмъ послѣ выхожденія маленькаго плода зѣвъ снова сокращается, такъ что становится затруднительнымъ захватить и удалить задержавшійся послѣдъ.

Матка, которая долго кровоточила, плохо инволюируется. Всѣ части ея остаются слишкомъ увеличенными. Слизистая гипертрофирована, отдѣляетъ много слизи и легко кровоточитъ. Мускулатура остается вялой, такъ что такая матка легко перегибается, напр. загибается назадъ. Вся матка дѣлается тяжелой и опускается. На шейкѣ появляются эрозіи, цилиндрической эпителий разрастается изъ цервикальнаго канала на наружную поверхность шейки, которая покрыта обыкновенно плоскимъ эпителиемъ. Въ маткѣ развивается хроническій инфарктъ. Менструаціи становятся постоянно черезъ чуръ обильными.

Діагнозъ.

При діагнозѣ, если беременность опредѣлена вѣрно, суть въ томъ, дѣйствительно ли нельзя уже остановить выкидышъ, или есть

только кровотечение и боли, при которых не исключена возможность продолжения беременности.

Одно кровотечение, без схватокъ, безъ открытія маточнаго зѣва, нерѣдко появляется въ теченіе беременности безъ всякихъ видимыхъ причинъ. Дѣло въ томъ, что отдѣляется какая нибудь долька послѣда и происходитъ наружное кровотечение. Кровь свертывается, свертки служатъ тампономъ, главная масса послѣда викарно развивается дальше и беременность протекаетъ до нормальнаго конца. Часто я наблюдалъ въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ даже многократно повторяющіяся черезъ извѣстные промежутки, сильныя кровотечения, безъ прерыванія беременности.

Если женщины не достаточно терпѣливы, если онѣ не лежатъ постоянно въ постели, но настойчиво требуютъ скорѣе вернуть имъ здоровье и работоспособность, то такія повторныя кровотечения могутъ даже дать показаніе къ прерыванію беременности. Особенно въ томъ случаѣ, если анэмія дѣлается настолько сильной, что становится безусловно необходимымъ окончательное предохраненіе отъ дальнѣйшей потери крови. Въ этихъ случаяхъ часто дѣло идетъ о placenta praevia въ очень раннемъ періодѣ беременности.

Какъ кровотечение безъ схватокъ не доказываетъ съ достовѣрностью наступленія выкидыша, такъ же мало доказательны въ смыслѣ наступленія выкидыша и однѣ боли, хотя бы онѣ, по описанію, и носили характеръ схватокъ.

Но если вскорѣ за первымъ появленіемъ кровотечения наступаютъ боли, если маточный зѣвъ открывается, и въ немъ прощупывается верхушка плоднаго яйца, то послѣднее обстоятельство указываетъ, что часть плода уже вышла изъ полости матки. Тогда выкидышъ нельзя удержать, нужно поставить діагнозъ, что у беременной наступилъ выкидышъ. Яйцо, которое спустилось до наружнаго маточнаго зѣва, расширивъ его, не отходитъ назадъ, но умираетъ и изгоняется.

На практикѣ, при очень раннихъ выкидышахъ, часто трудно рѣшить, въ ходу ли только выкидышъ или онъ уже совершился. Если сгустки выброшены, такъ что ихъ нельзя изслѣдовать и неизвѣстно, что именно вышло, то невозможно и знать, что осталось. Особенно, если маточный зѣвъ такъ узокъ или сократился настолько, что нельзя обслѣдовать пальцемъ полость матки. Матка въ обоихъ случаяхъ ненормально велика и мягка.

Въ такихъ случаяхъ не нужно дѣлать форсированнаго и, можетъ быть, совершенно бесполезнаго изслѣдованія маточной полости, а слѣдуетъ обильно промыть дезинфицирующими растворами влагалище, дать пациенткѣ *secale* или эрготинъ и, оставивъ ее подъ тщательнымъ наблюденіемъ, ждать.

Если больше нѣтъ кровотеченія, нѣтъ схватокъ, то при изслѣдованіи матка окажется скоро меньшей величины и пустой. Но если матка осталась большой и мягкой, а болей и кровотеченія нѣтъ, и общее состояніе хорошее, то можно надѣяться, что имѣется не выкидышъ, а кровотеченіе во время беременности и что беременность будетъ продолжаться.

Если снова появляются кровотеченіе и схватки, то выкидышъ наступилъ, и тогда поступаютъ, какъ описано ниже.

Важно наблюдать за температурой. Если яйцо умретъ, то пациентка большею частью лихорадитъ въ теченіе сутокъ, или даже только полусутокъ, нерѣдко даже сильно лихорадитъ до 40 градусовъ. Часто наблюдается также познабливаніе и потрясающій ознобъ.

Лихорадка наблюдается уже при появленіи кровотеченія. Но если она появляется только позднѣе, когда выкидышъ уже наступилъ, и если кровь пріобрѣтаетъ дурной запахъ, то это указываетъ на всасываніе гнилостныхъ веществъ отдѣлишагося плода и кровяныхъ сгустковъ: гнилостный выкидышъ.

Очень важно для діагноза смерти плода состояніе груди, которая большею части послѣ смерти плода дѣлаются на нѣкоторое время плотными и въ теченіи нѣсколькихъ дней изъ нихъ отдѣляется молоко.

Лечение.

При леченіи аборта нужно имѣть въ виду два обстоятельства: во первыхъ предохраненіе отъ потери крови и во вторыхъ предупрежденіе послѣдовательныхъ заболѣваній. И то и другое лучше всего достигается тѣмъ, что сокращаютъ по возможности патологическій процессъ. Но вмѣшательство, предпринимаемое для этого, должно быть безвреднымъ, чтобы леченіе не оказалось опаснѣе самой болѣзни.

Если установлено, что выкидышъ нельзя больше удержать то при рѣшеніи вопроса о терапіи, принимаютъ во вниманіе ширину маточнаго зѣва. Если онъ еще настолько узокъ, что нельзя ввести палецъ, то прибѣгаютъ къ тампонаціи. Такъ какъ влагалище и vulva часто содержатъ патогенныхъ и гнилостныхъ зародышей, то сперва дѣлаютъ обильное промываніе дезинфицирующими растворами. Затѣмъ плотно тампонируютъ полосами іодоформенной марли.

Тампонацію лучше всего производить въ боковомъ положеніи, хуже всего при помощи трубчатыхъ зеркалъ. При боковомъ положеніи сперва хорошо очищается дезинфицирующими растворами anus и vulva. Руки дезинфицируются. Потомъ кладутъ асептической матерьяль для тампонаціи и стерилизованный пинцетъ для введенія тампона въ асептической, герм. ополоснутый сулемовымъ растворомъ, тазикъ. Затѣмъ двумя крючкообразно согнутыми пальцами лѣвой руки захва-

тываютъ промежность и оттягиваютъ ее кзади, такъ чтобы получилось широкое зіяніе vulva. Щадя чувствительную переднюю стѣнку, выполняютъ все расширенное влагалище, набивая и прижимая полосы марли высоко вверхъ. Понятно, можно также оттянуть заднюю влагалищную стѣнку зеркаломъ Sims'a, можно пригласить ассистента, но при описанномъ образѣ дѣйствій ассистенція является излишней.

Какъ только влагалище вполнѣ выполнено, пациентка ложится снова на спину, брюшные органы опускаются, прижимая при этомъ матку плотно къ тампону.

Передъ тампонаціей больная должна помочиться. Если же въ торопяхъ этого не сдѣлано, то нужно обратить вниманіе, что тампонація обыкновенно не допускаетъ самопроизвольнаго мочеиспусканія, мочу нужно выпускать катетромъ.

Внутрь даютъ, для возбужденія схватокъ, въ большихъ дозахъ *secale*: 1 grm. или *ergotin* 0,1 каждые 2 часа. Затѣмъ ждуть, такъ какъ схватками яйцо изгонится во всякомъ случаѣ безопаснѣе и лучше, чѣмъ это сдѣлаетъ врачъ пальцемъ или инструментами.

Большею частью, благодаря кровотечениямъ, отдѣляющимъ *decidua*, спринцеваніямъ, тампонаціи и эрготину появляются боли, постепенно усиливающіяся. Если не наступаетъ никакихъ угрожающихъ симптомовъ, къ которымъ нельзя причислять умѣреннаго повышенія температуры, то выжидаютъ. Обыкновенно боли прекращаются довольно внезапно и пациентка чувствуетъ себя очень хорошо. Если въ это время удалить тампонъ, то оказывается, что яйцо лежитъ уже совершенно внѣ наружнаго маточнаго зѣва на тампонѣ; его удаляютъ пальцемъ изъ влагалища. Обильное промываніе влагалища заканчиваетъ дѣло. Назначаютъ спринцеванія, еще въ теченіе нѣсколькихъ дней слѣдятъ за t° даютъ еще *secale* и позволяютъ пациенткѣ встать, какъ только прекратится совсѣмъ кровотеченіе, обыкновенно черезъ недѣлю.

Яйцо изслѣдуется относительно цѣлости, съ этой цѣлью лучше всего, промывъ и растянувъ его, разсмотрѣть подъ водой, въ умывальномъ тазу.

Такимъ образомъ протекаютъ и протекали безконечное множество выкидышей. Нужно считать за правило, что кровотеченіе останавливается послѣ выхода всего яйца и если кровотеченіе продолжается, значитъ задержались остатки яйца.

Но если маточный зѣвъ такъ широкъ, что можно войти пальцемъ и если яйцо лежитъ наполовину въ маткѣ, на половину во влагалищѣ, то мягкое содержимое не достаточно раздражаетъ матку, чтобы вызвать ея сокращенія. Если и затампонировать вторично, то кровотеченіе все таки продолжается, а схватокъ не появляется. Въ этихъ случаяхъ нѣтъ никакого смысла полагаться на сомнительное выжида-

тельное лечение безъ операциі. Безъ сомнѣнія, въ интересахъ больной важно сберечь больше крови и скорѣе окончить процессъ.

До изобрѣтенія ложечекъ для выскабливанія выкидышей я оканчивалъ очень много выкидышей помощью пальца. Дается наркозъ, чтобы лучше дѣйствовать обѣими руками и избѣжать ненужнаго напряженія брюшнаго пресса. Наружной рукой надвигаютъ и напяливаютъ матку на одинъ или 2 пальца. Пальцемъ, введеннымъ въ матку, обходятъ кругомъ яйца, отдѣляютъ его вездѣ отъ подлежащихъ тканей, сгибаютъ затѣмъ палецъ крючкомъ, и, оттѣсняя яйцо по направленію къ маточной стѣнкѣ, удаляютъ его такимъ образомъ.

Но съ тѣхъ поръ, какъ изобрѣтены ложечки для выскабливанія и абортные щипцы, удаленіе яйца производится легче и скорѣе съ помощью инструментовъ.



51

Portio низведена, чтобы проникнуть въ матку.

Лучше всего примѣнять при этой операциі боковое положеніе, потому что при этомъ открывается прямой путь въ матку и можно ввести инструменты, не прикасаясь къ стѣнкамъ влагалища, прямо въ маточный зѣвъ и матку.

Сильно потягивая за шейку, захваченную Мюзеевскими щипцами вытягиваютъ матку, такимъ образомъ полость матки становится гораздо доступнѣе, чѣмъ при положеніи на спинѣ.

Если при широкомъ маточномъ зѣвѣ, ввести въ полость матки палецъ и ложечку, то оба вмѣстѣ они представляютъ какъ бы щипцы.

Палец оттѣсняетъ выкидышъ въ просвѣтъ ложечки и, если примѣнить еще одновременное влеченіе въ низъ, то яичко выходитъ.

Если маточный зѣвъ не очень широкъ, то извлекаютъ выкидышъ ложечкой или абортными щипцами. Ложечка должна быть очень большая. Поперечникъ граней справа на лѣво равняется 2 сант. Поворачивая инструментъ вокругъ продольной оси поворачиваютъ вмѣстѣ съ нимъ яйцо и совершенно отдѣляютъ его отъ подлежащихъ тканей. Тогда оно выходитъ легко вслѣдъ за извлеченной ложечкой.

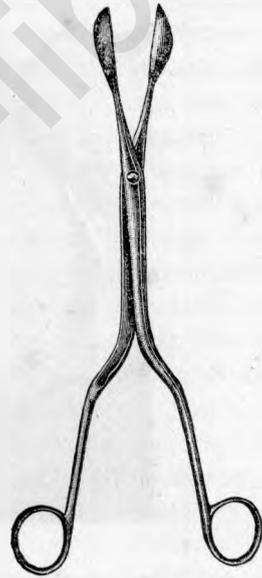
Такъ какъ мы постоянно стремимся подражать природѣ, то уже а priori по удаленіи яичка не нужно дѣлать выскабливанія или прижиганія. Я не вѣрю, чтобы подобное вмѣшательство могло принести какую нибудь пользу больной.

Абортные щипцы употребляются въ теченіе 50 лѣтъ. Уже Nohl изобрѣлъ подобный инструментъ. На рисункѣ изображены двое щипцовъ, которые я примѣняю въ теченіе 30 лѣтъ. Ложки дѣлаютъ



52

Абортные щипцы съ открытыми ложками.



53

Абортные щипцы съ закрытыми ложками.

окончатыми (фиг. 52), исходя изъ той мысли, что, вслѣдствіе прониканія мягкихъ массъ въ просвѣтъ, особенно крѣпко захватывается яйцо, но дѣлаютъ и сплошными, (фиг. 53) съ сцѣлью избѣжать раздавленія и размноженія яйца.

Если выкидышъ частью уже удаленъ или вышелъ, слѣдовательно если не извѣстно, не осталось ли чего нибудь въ маткѣ, нужно выскабливать ложечкой полость, особенно углы матки у трубъ. По ширинѣ

полости и степени подвижности ложечки легко замѣтить, осталось ли содержимое въ полости матки. Затѣмъ промываютъ маточнымъ катетромъ. Нѣсколько разъ вынимаютъ и вновь вводятъ катетръ, прочищаютъ многократно отводную трубку его, пока не потечетъ прозрачная жидкость, безъ кусочковъ. Такъ какъ и теперь нельзя быть увѣреннымъ, не осталось ли еще кусочковъ decidua, тампонируютъ полость матки узкими полосками іодоформенной марли, которую при нормальномъ безлихорадочномъ теченіи оставляютъ на 2—4 дня. Въ то же время даютъ большими дозами *secale* или *ergotin*. По удаленіи марли, снова дѣлаютъ промываніе до тѣхъ поръ, пока вода окрашена кровью; позволяютъ пациенткѣ встать, если нѣтъ больше кровотеченія.

Немногимъ разнится леченіе въ томъ случаѣ, если выкидышъ разложился и пациентка лихорадитъ. Только здѣсь выжиданіе было бы неправильнымъ. Предварительное промываніе матки дѣлается двумя, тремя литрами, и болѣе сильными дезинфицирующими растворами. По удаленіи гниlostнаго выкидыша и послѣ промыванія очень важно затампонировать полость матки. Во первыхъ, іодоформенная марля продолжительно дезинфицируетъ полость матки, во вторыхъ выравниваются складки полости; она остается широкой и доступной. Ибо, если несмотря на всѣ предосторожности появится лихорадка, придется дѣлать и впослѣдствіи, обильныя промыванія, *геср.* дезинфекцію полости матки, часто черезъ каждые 8 часовъ. Никогда не примѣняйте маленькихъ ложечекъ или острыхъ корнцанговъ. Я не видалъ не разу при своемъ методѣ прободеній матки, которыя такъ часто встрѣчаются. Чѣмъ больше ложечки, чѣмъ шире и массивнѣе абортные щипцы, тѣмъ вѣрнѣе избѣжать перфорациі.

Но если случилось такое несчастье, если врачъ проткнулъ матку зондомъ, ложечкой или корнцангомъ, то онъ долженъ это распознать. Можно простить одно прободеніе, принявъ во вниманіе необходимость операціи и мягкость матки, ссылаясь справедливо на то, что и опытнымъ гинекологамъ случалось нечаянно проткнуть матку зондомъ. Но слѣдуетъ осудить того, кто совсѣмъ не замѣтилъ бы прободенія, повторилъ его одинъ или два раза, да еще впрыснулъ бы въ разорванную маточную полость, *геср.* въ брюшную полость ѣдкія жидкости. Въ такомъ случаѣ развивается смертельный перитонитъ, тогда какъ однократное прободеніе въ смыслѣ прогноза благопріятно.

Если инструментъ внезапно ускользнетъ, повидимому, безпрепятственно, такъ далеко вверхъ, что уже на этомъ основаніи можно опредѣлить прободеніе, то слѣдуетъ медленно и осторожно извлечь его по тому же направленію, по которому онъ былъ введенъ. Леченіе выжидательное, но требуется очень тщательное наблюденіе: температура измѣряется каждые 2 часа, назначается опій и кладутъ

на животъ мѣшокъ со льдомъ, чтобы такимъ путемъ достигнуть абсолютно покойнаго положенія. Даже при прободеніи ложечкой большѣй величины случай часто протекаетъ благополучно.

Извѣстны случаи, гдѣ врачъ послѣ прободенія матки, захватывалъ корнцангомъ петлю тонкой кишки и вытягивалъ ее въ матку. Ясно, что такой случай безъ операціи слѣдуетъ считать навѣрняка потеряннѣмъ. Но если извѣстно, что, кромѣ прободенія матки, нѣтъ другихъ поврежденій или осложненій, то я отдаю предпочтеніе выжидательному симптоматическому леченію передъ лапаротоміей. Призванный въ качествѣ консультанта, я наблюдалъ излеченіе чрезвычайно тяжелыхъ инфекціонно-травматическихъ перитонитовъ, и не видѣлъ ни одного случая, гдѣ наступило бы выздоровленіе послѣ лапаротоміи, сдѣланной по поводу общаго септического перитонита.

Въ чужихъ случаяхъ діагнозъ прободенія не всегда можно выяснить ante obductionem. При преступномъ, проведенномъ не достаточно асептично, искусственномъ выкидышѣ нерѣдко развивается септической перитонитъ съ той же быстротой и интенсивностью, какъ и при прободеніи. Мнѣ неоднократно доставляли въ клинику sub finem vitae такія несчастныхъ пациентокъ, у которыхъ перфорация матки представлялась весьма вѣроятной, но не была найдена вполнѣдствіи при вскрытіи.

Если въ маткѣ или во влагалищѣ діагносцирована выпавшая кишечная петля, то, понятно само собой, есть показанія къ лапаротоміи и освобожденію ущемленной кишки. Бывали при этомъ случаи спасенія отъ угрожающей смертельной опасности. Нужно надѣяться, что, вслѣдствіе этихъ печальныхъ случаевъ, корнцанги не найдутъ дальнѣйшаго примѣненія въ леченіи выкидыша.

Затрудненія бываютъ также при узкомъ наружномъ или при узкомъ внутреннемъ зѣвѣ. У первородящихъ, при узкомъ наружномъ зѣвѣ и ампуллообразномъ расширеніи шейки, края маточнаго зѣва могутъ быть очень тонкими. Тогда дѣлаютъ просто инцизію спереди и сзади, чтобы дать возможность яйцу пройти или вынуть его.

Если внутренней зѣвъ узокъ и все яйцо еще въ маткѣ, тампонируютъ и ждуть, какъ выше сказано.

Но встрѣчаются и очень затруднительные для рѣшенія случаи, при которыхъ часть яйца вышла или оторвана и удалена, маточный зѣвъ закрытъ, въ полости матки остались еще части яйца, и высокая лихорадка служитъ настоятельнымъ показаніемъ къ скорѣйшему опорожненію полости матки. Если оторванной части нѣтъ на лицо, то прежде всего нужно выяснитъ, пуста матка или нѣтъ.

Во всѣхъ этихъ осложненныхъ случаяхъ я настоятельно совѣтую наркотизировать, потому что тогда можно изслѣдовать и манипулировать, безъ противодѣйствія со стороны пациентки, не реагирующей на боль.

Прежде всего проспринцовываютъ обильно влагалище и, если возможно, матку, потомъ опредѣляютъ зондированіемъ величину матки. Если длина ея 10 сант. и болѣе, значитъ она содержитъ еще яйцо или по, крайней мѣрѣ, довольно большіе остатки яйца. Степень подвижности зонда указываетъ, насколько широка матка.

Затѣмъ производятъ расширеніе пальцемъ, на который надѣваютъ резиновый пальчикъ. Но если матка плотна то лучше не примѣняя насилія расширять металлическимъ расширителемъ. При проходимости маточнаго зѣва для круглаго расширителя въ 1 сант. въ поперечникѣ, уже можно ввести ложечку 1—2 сант. въ поперечникѣ, такъ какъ каналъ растягивается при этомъ въ видѣ овала. Во время расширенія всегда еще разъ промываютъ матку, чтобы удалить или умертвить бактеріи и не втереть ихъ въ ткани при манипуляціяхъ.

Если возможно, стараются обслѣдовать полость пальцемъ, чтобы найти остатки выкидыша. При надавливаніи снаружи часто легко удается натянуть матку на палецъ. Если извѣстно, гдѣ лежатъ остатки выкидыша и какъ они велики, то нетрудно захватить ихъ щипцами; затѣмъ еще разъ тщательно обслѣдуютъ, пуста ли матка. Промываютъ ее и выполняютъ полость іодоформенной марлей.

При очень плотной маткѣ, гдѣ я опасался разрывовъ при расширеніи и гдѣ поверхностныя инцизии не могли способствовать расширенію шейки, я дѣлалъ, если угодно такъ называть, — Дюрсеновское кесарское сѣченіе т. е. сагиттальный разрѣзъ и выскабливалъ такимъ путемъ матку.

Во всякомъ случаѣ, разъ больная уже захлороформирована, случай, нужно провести тщательно чтобы по окончаніи операциі быть вполнѣ увѣреннымъ, что полость матки совершенно пуста и дезинфицирована. Пока нѣтъ этой увѣренности, нельзя считать дѣло оконченнымъ.

Прогнозъ хорошій. Я лечилъ и получалъ благополучный исходъ въ такихъ случаяхъ, отъ которыхъ другіе отказывались. Правда, у сильно обезкровленной, высоко лихорадящей септической паціентки, у которой въ полости матки въ теченіе многихъ дней находится разложившееся плодное яйцо или остатки послѣда, вся манипуляція представляется трудной и рискованной. Воспаленная, отчасти перерожденная слизистая кровоточитъ часто колоссально. Жизнь паціентки, уже въ высшей степени обезкровленной, находится поэтому въ прямой опасности. Тогда нужно дѣйствовать очень быстро. Нельзя терять времени на спринцеванія, но тампонировать іодоформенной марлей по возможности скорѣе послѣ выскабливанія полости. Нерѣдко непосредственно по опорожненіи полости и тампонаціи появляется потрясающій ознобъ и повышеніе температуры, но затѣмъ съ поразительной быстротой

наступает выздоровление. Только не надо отчаиваться! Опорожнение матки безусловно необходимо. Даже въ худшихъ случаяхъ есть надежда на выздоровление и возможность его.

Съ асептическими маленькими остатками выкидыша. (см. стр. 302) лучше всего поступать такимъ образомъ, что расширение производится ляминаріями. Часто наблюдаютъ, что послѣ выпрямленія матки остатки выкидыша, лежащіе выше мѣста перегиба, выпадаютъ при выниманіи ляминаріи. Если этого не случится, то удаляютъ остатки ложечкой. Въ высшей степени благодарный способъ! Помощью небольшого вмѣшательства достигается немедленное излечение часто даже въ томъ случаѣ, если кровотечение и болѣзнь тянулись цѣлыми мѣсяцами.

Въ случаяхъ missed abortion я всегда обходился безъ операци. Если случай вполне ясенъ, то я давалъ *secale* и по возможности сильно массировалъ матку, а также, если возможно, вводилъ палецъ въ маточный зѣвъ. Въ болѣе позднемъ періодѣ, на 5—8 мѣсяцѣ, даже опасно ускорять выкидышъ. *Portio* снова сформировалась послѣ смерти яйца, и потерявши свою мягкость сократилась. Конечно иногда можно вытащить плодъ за ножи. Но легко оторвать головку. Если же извлекать головку и послѣдъ при узкомъ плотномъ маточномъ зѣвѣ, то получается въ результатѣ или колоссальное кровотечение или разрывы шейки. Извѣстны даже случаи, гдѣ головка проскальзывала черезъ отверстіе разорванной шейки, такъ что лежала подъ брюшиной въ околوماتочной клѣтчаткѣ или же свободно въ брюшной полости.

Всего этого можно избѣжать, если ждать спокойно и предоставить схваткамъ позаботиться о расширеніи зѣва. Онѣ отдѣляютъ послѣдъ, онѣ расширяютъ маточный зѣвъ, изгоняютъ плодъ *in toto* такъ бережно, что даже искуснѣйшій гинекологъ не сдѣлалъ бы этого столь безопасно и безъ осложнений.

Послѣ выкидыша заставляютъ еще нѣсколько недѣль дѣлать спринцеванія, лучше всего на 1 литръ воды 2 ложки = 30 grm. слѣдующаго раствора: *alkohol* 300,0, *acid. salicyl.* 30,0. Это предохраняетъ отъ эрозій. Точно также еще въ теченіе нѣсколькихъ недѣль даютъ препараты *secale*, для предупрежденія «хроническаго инфаркта».

При какихъ либо симптомахъ, особенно при ощущеніи выпаденія, затрудненіи при дефекаціи и т. д. производятъ изслѣдованіе, потому что, если развилось *retroflexio-versio uteri*, то еще не поздно лечить пессаріями и глицериновыми тампонами съ вѣрнымъ расчетомъ на полное выздоровленіе.

Привычный выкидышъ.

Женщины, у которыхъ многократно былъ выкидышъ, часто являются къ врачу съ вопросомъ о причинѣ и просьбой изъавить отъ подобнаго несчастья.

Понятно, необходимо точное изслѣдованіе. Если ничего не найдено, то при дву-трехкратномъ выкидышѣ нельзя говорить еще о привычномъ выкидышѣ. Общій гигиенической, правильный режимъ предохранить отъ возможности дальнѣйшихъ выкидышей.

Но есть еще случаи, что женщины дѣйствительно ежегодно по 2 по 3 раза продѣлываютъ выкидышъ. Я много разъ достигалъ успѣха въ такихъ случаяхъ промываніями матки. Вѣдь послѣ однократнаго выскабливанія вырастаетъ снова, — и это несомнѣнно вѣрно, — совершенно такая же слизистая, какая была раньше. Но если промывать матку въ теченіе 14 дней, даже до 3 недѣль, слабыми дезинфицирующими, растворами лизола или борной кислоты, то, благодаря этимъ непрерывнымъ промываніямъ слизистой, очищенію полости матки и обезпеченности хорошаго стока для всѣхъ секретовъ, слизистая приходитъ въ здоровое состояніе. — Изъ внутреннихъ средствъ даютъ Extractum fluidum Viburni prunifolii по 2—3 чайныхъ ложки въ день.

Описывался еще такой привычный выкидышъ, при которомъ плодъ умираетъ за нѣсколько дней или недѣль *ante partum* безъ какой либо причины, объясняющей эту смерть плода, напр. *lues*. Что подобные факты встрѣчаются, знали уже старые авторы. Несмотря на самый тщательный анамнезъ и изслѣдованіе, не всегда можно найти причину.

Въ теченіе ряда лѣтъ я нѣсколько разъ совмѣстно съ товарищами производилъ *partus praematurus* на основаніи діагноза: привычный выкидышъ. Если всякій разъ ребенокъ умираетъ *ante terminum*, то за 14 дней до ожидаемой смерти плода производятъ роды. Чѣмъ позже, тѣмъ лучше.

СЕМНАДЦАТАЯ ГЛАВА.

Placenta praevia.

Если placenta лежитъ ниже предлежащей части плода, то она лежитъ на пути выходения плода, она «praevia».

Слизистая матки одинаково приспособлена для внѣдренія яйца отъ дна и до внутренняго зѣва. Понятно, такимъ образомъ, что, хотя нормально яйцо плотно удерживается вверху полости матки, оно можетъ также внѣдриться и надъ самымъ внутреннимъ зѣвомъ. Что это происходитъ такъ въ дѣйствительности, доказано препаратами. Яйцо занимаетъ сперва только маленькую часть внутренней поверхности матки, а позднѣе уже двѣ трети ея. Слѣдовательно, долженъ существовать такой процессъ, при помощи котораго послѣдъ завоевываетъ себѣ достаточное пространство на внутренней поверхности матки. Ворсинки хоріона, resp. placenta отслаиваютъ обращенную въ decidua слизистую матки, субэпителиально и параллельно поверхности, распространяясь такимъ образомъ по внутренней поверхности матки.

Физиологически мыслимо, что если центръ прикрѣпленія послѣда расположенъ въ нижней половинѣ полости матки, то и послѣдъ распространяется черезъ закрытый внутренній зѣвъ, или непосредственно сбоку его. При этомъ часть послѣда, лежащая надъ самымъ внутреннимъ зѣвомъ, можетъ атрофироваться. Нерѣдко въ средней части placenta praevia находятъ атрофическія, запустѣвшія дольки, имѣющія видъ какъ бы утолщенныхъ яйцевыхъ оболочекъ.

Причина, вслѣдствіе которой яйцо располагается глубже, можетъ быть чисто случайной, механической. За это говоритъ тотъ фактъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о многородящихъ, т. е. о маткахъ съ широкой полостью. Если яйцо поступаетъ въ широкую полость, которая можетъ оказаться наполненной слизью и растянутой, то, подъ вліяніемъ временнаго и случайнаго повышенія внутрибрюшнаго давленія, оно опустится къ внутреннему зѣву, закрытому вслѣдствіе набуханія слизистой. Яйцо здѣсь задерживается и внѣдряется.

Наблюденіе, что гиперсекреція или катарръ внутренней поверхности матки часто происходит внѣ беременности, или катарру предшествуетъ ручное отдѣленіе послѣда, указываетъ на то, что можетъ быть, патологическое состояніе слизистой матки препятствуетъ болѣе высокому прикрѣпленію яйца, или больная слизистая мѣшаетъ разрастанію послѣда въ извѣстномъ направленіи по плоскости. Такъ, я нашель въ одномъ случаѣ выпавшимъ впереди головки послѣдъ, часть которой отдѣлилась. Вышедшій послѣдъ, какъ оказалось былъ совершенно необыкновенной формы, — длинный, прямоугольный и узкій.

Описаны также отдѣльные случаи, гдѣ послѣдъ проросъ въ слизистую цервикальнаго канала, такимъ образомъ слизистая цервикальнаго канала превратилась въ decidua.

Hofmeier доказалъ, что ворсинки хоріона, слѣдовательно, часть послѣда, могутъ развиваться въ reflexa: reflexa-placenta. Онъ нашель большіе участки послѣда покрытыми гладкой и толстой reflexa съ открывающимися наружу желѣзами. Если же послѣдъ растетъ въ reflexa, то, въ случаѣ прикрѣпленія яйца внизу матки, послѣдъ будетъ расположенъ у маточнаго зѣва и выше его. Впослѣдствіи онъ входитъ въ органическую связь съ этимъ участкомъ слизистой оболочки.

Почему послѣдъ развивается въ reflexa, еще не вполне ясно. Повидимому особенно сильно разрастаются ворсинки хоріона, находящіяся въ непосредственной близости къ мѣсту прикрѣпленія пуповины, такъ что если мѣсто прикрѣпленія расположено глубоко, то и развитіе послѣда происходитъ здѣсь особенно сильно. Затѣмъ, такимъ же образомъ образуются placenta praevia.

Если внутренній зѣвъ совершенно закрытъ послѣдомъ, такъ что при поперебнномъ изслѣдованіи обѣими руками, нельзя достигнуть плодныхъ оболочекъ, но ощущается только плацентарная ткань надъ внутреннимъ зѣвомъ, то клинически это будетъ placenta praevia centralis. Но центръ послѣда никогда не соотвѣтствуетъ математически точно внутреннему зѣву.

Если маточный зѣвъ раздѣляется краемъ послѣда, такъ что на одной сторонѣ прощупывается плацентарная ткань, на другой — плодная оболочка, то это — placenta praevia lateralis. Но если высоко вверху прощупывается съ одной стороны послѣдъ, а весь внутренній зѣвъ закрытъ плодными оболочками, то дѣло идетъ о placenta praevia marginalis.

Placenta praevia встрѣчается нерѣдко, по статистикѣ одинъ случай приходится приблизительно на 150 родовъ. На поликлиникѣ она встрѣчается чаще, такъ какъ благодаря крайней опасности, близкіе больной посылаютъ скорѣе туда, гдѣ они могутъ найти навѣрное скорую помощь. За связь съ физическими напряженіями говоритъ также относительная рѣдкость placenta praevia въ обезпеченныхъ классахъ.

Симптомы и теченіе.

Типичный симптомъ placenta praevia—это кровотеченія во время двухъ послѣднихъ мѣсяцевъ беременности; этимъ я не хочу сказать, что и въ болѣе ранніе мѣсяцы беременность при глубокомъ положеніи послѣда не можетъ прерваться вслѣдствіе кровотеченій. Можетъ быть этимъ обуславливаются даже очень многіе выкидыши. Также я наблюдалъ нѣсколько разъ placenta praevia на 5 и 6 мѣсяцѣ.

Обыкновенно на 8 или 9 мѣсяцѣ внезапно появляется сильное кровотеченіе при живомъ плодѣ. Причиной служитъ не травма. Часто даже первое кровотеченіе появляется во снѣ. Беременная чувствуетъ, что половыя части мокры, и къ своему ужасу убѣждается, что плаваетъ въ крови. Или кровь набирается во влагалищѣ и при вставаніи большіе сгустки падаютъ на полъ.

Кровотеченіе наступаетъ вслѣдствіе того, что отдѣляется часть послѣда, лежащая у самого внутренняго зѣва. Это отдѣленіе является слѣдствіемъ измѣненія формы нижняго отдѣла матки. Изъ воронки дѣлается полушаріе, часто также открывается нѣсколько и внутренній зѣвъ, такимъ образомъ послѣдъ отдѣляется. Такъ какъ край послѣда отдѣляется большимъ краевымъ синусомъ, то вытекаетъ очень много крови. Кровь происходитъ изъ межворсинчатыхъ пространствъ и, конечно, это материнская кровь. Меньшія кровотеченія указываютъ на другія страданія, напр. на карциному. При placenta praevia и первое кровотеченіе очень сильно.

Беременная, испуганная колоссальнымъ кровотеченіемъ, ложится въ постель, хотя бы у нея и не было обмороковъ. Тогда кровь набирается во влагалищѣ растягиваетъ его и свертывается. Сгустки дѣйствуютъ тампонирующимъ образомъ. Свертываніе крови продолжается кверху до поверхности отдѣлившейся части послѣда. Кровяное давленіе и работа сердца падаютъ, особенно когда наступаютъ обмороки. Тогда кровотеченіе самопроизвольно останавливается. Беременная оправляется отъ психическаго волненія и отъ острой анеміи. Она чувствуетъ себя снова сильной и здоровой. Она справилась съ потерей крови.

Если отдѣлится только край послѣда, то беременность можетъ окончиться благополучными родами безъ дальнѣйшаго кровотеченія. На послѣдѣ можно еще видѣть отдѣлившуюся часть и на ней измѣненные кровяные сгустки.

Но, къ сожалѣнію, въ большинствѣ случаевъ, по мѣрѣ растяженія нижняго сегмента матки, снова появляются кровотеченія, которыя становятся все сильнѣе и вслѣдствіе возрастающей анеміи, болѣе опасными для жизни. Кровь отдѣляетъ послѣдъ отъ матки. Вслѣдствіе

этого матка отвѣчаетъ на раздраженіе сокращеніями, появляются схватки и наступаютъ преждевременные роды. Въ другихъ случаяхъ открытые сосуды тромбозируются и только подъ влияніемъ начинающихся родовъ появляется новое опасное кровотеченіе, какъ слѣдствіе измѣненія формы нижняго отрѣзка матки при родовой дѣятельности. Опасность для жизни беременной велика. При отсутствіи врачебной помощи беременная можетъ погибнуть уже отъ перваго кровотечения. Новыя кровотечения придають все болѣе неблагоприятный оборотъ. Съ ужасомъ ожидаютъ роды, при которыхъ всегда нужно ждать потери крови.

Типична для родовъ плохая родовая дѣятельность. Предлежащій послѣдъ какъ бы защищаетъ и нижній сегментъ матки и цервикальные ганглии отъ давленія предлежащей части плода. При центральной placenta praevia пузырь не вставляется, а въ маточный зѣвъ выпячивается послѣдъ. Тогда кровоточатъ какъ открытыя межворсинчатая пространства, такъ и открытые сосуды матки. Кровотеченіе продолжается до тѣхъ поръ, пока матка не опорожнится. Кровоточитъ какъ во время схватокъ, такъ и въ промежуткахъ между ними.

Ребенокъ еще въ болѣе опасной, чѣмъ мать; вслѣдствіе отдѣленія послѣда притокъ кислорода становится недостаточнымъ. Ухудшеніе состава крови въ высшей степени анемичной матери и пониженіе кровяного давленія быстро ведутъ къ избытку углекислоты и смерти плода. Къ этому присоединяется еще то обстоятельство, что роды часто наступаютъ преждевременно, такъ что ребенокъ не обладаетъ еще достаточной сопротивляемостью или даже нежизнеспособенъ. вмѣстѣ съ тѣмъ прогнозъ для ребенка очень неблагоприятенъ, что нужно имѣть въ виду при терапіи. Нельзя ставить на карту жизнь матери, чтобы улучшить прогнозъ для ребенка, которому во всякомъ случаѣ угрожаетъ опасность.

Глубоко расположенная пуповина иногда выпадаетъ.

Встрѣчаются и такіе случаи, что беременность доходитъ до конца и только во время родовъ наступаетъ совершенно внезапно громадное кровотеченіе.

Чѣмъ больше отдѣляется послѣдъ, тѣмъ обильнѣе кровотеченіе, а слѣдовательно тѣмъ больше опасность. Слѣдовательно, она больше всего при placenta praevia centralis, менѣе значительна при lateralis, еще меньше при marginalis. Здѣсь бывають случаи, что послѣ искусственнаго или естественнаго разрыва пузыря послѣдъ, какъ пластырь, прижимается къ своему мѣсту прикрѣпленія опустившимся глубоко плодомъ и вслѣдъ за первымъ кровотеченіемъ дальнѣйшихъ не появляется.

Въ рѣдкихъ случаяхъ выпадаетъ весь послѣдъ или часть его, такъ что до рожденія ребенка родится весь послѣдъ или часть его отдавливается глубоко опустившейся или глубоко низведенной щипцами головкой.

Если ребенокъ родился, то по большей части легко удалить послѣдъ. Но встрѣчаются и приращенія. Если только не разорванъ маточный зѣвъ, почти всегда по изгнаніи послѣда кровотеченіе останавливается.

Діагнозъ.

Изъ сказаннаго ясно, что діагнозъ поставитъ легко. При внезапномъ сильномъ кровотеченіи въ послѣдніе мѣсяцы беременности едва ли причиной его можетъ быть что либо иное, какъ *placenta praevia*.

Прежде всего точно опредѣляютъ, каково общее состояніе, resp. до какой степени дошла анемія, главнымъ образомъ, — есть ли возможность ждать или существуетъ непосредственная опасность для жизни, требующая немедленнаго вмѣшательства. Затѣмъ наружнымъ изслѣдованіемъ опредѣляютъ положеніе ребенка и живъ ли онъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи *portio* и нижній сегментъ матки оказываются поразительно мягкими. Если, опорожнивъ мочевою пузырь, ввести палецъ во влагалищный сводъ и надавить снаружи на дно, то чувствуется, что нѣтъ непосредственнаго предлежанія головки. Въ шейку обыкновенно не проникаютъ при закрытомъ зѣвѣ, особенно, если болѣе не было и, слѣдовательно, кровотеченіе случилось у беременной, не у роженицы.

Но если маточный зѣвъ открытъ и роды идутъ полнымъ ходомъ, то, изслѣдуя попеременно той и другой рукой, опредѣляютъ мѣсто нахождения послѣда. Правой рукой можно пройти дальше влѣво, лѣвой рукой — вправо. Для леченія очень важно знать, имѣется ли *placenta praevia centralis* или *lateralis* и опредѣляется ли край послѣда, resp. яйцевыя оболочки вправо или влѣво.

При діагнозѣ слѣдуетъ принимать во вниманіе и преждевременное отдѣленіе нормально сидящаго послѣда. Въ рѣдкихъ случаяхъ происходитъ отдѣленіе и высоко прикрѣпленнаго послѣда, тогда образуется ретроплацентарная кровяная опухоль, кровь, отдѣляя край послѣда, накапливается сзади яйцевыхъ оболочекъ. Происходитъ диффузія растворившихся красящихъ веществъ черезъ оболочки. Вслѣдствіе нарушенія обмѣна веществъ при отдѣлившемся послѣдѣ ребенокъ умираетъ и въ околоплодныхъ водахъ содержится поэтому *mesonium*. Если матка реагируетъ на этотъ процессъ и боли наступаютъ, то кровяные сгустки проталкиваются мимо оболочекъ, и выходятъ изъ маточнаго зѣва часто въ большомъ количествѣ. Снова начинается кровотеченіе, такъ что

вслѣдъ за старыми сгустками идетъ свѣжая кровь. Беременная приобретаетъ тогда чрезвычайно анемичный видъ.

Въ отличіе отъ placenta praevia, маточный зѣвъ представляется здѣсь не мягкимъ, а поразительно плотнымъ. Вслѣдствіе того, что къ содержимому матки присоединяется еще ретроплацентарная кровяная опухоль, внутреннее давленіе значительно увеличивается, поэтому плодный пузырь представляется плотнымъ и во время промежутковъ между схватками.

Важень анамнезъ. Если въ качествѣ этиологическаго момента не установлена травма, то изслѣдуютъ, нѣтъ ли пораженія почекъ. Случаи, которые раньше считались необъяснимыми, большею частью объясняются чрезвычайно легко заболѣваніемъ почекъ у матери (см. стр. 192). Кромѣ того, есть и такіе случаи, гдѣ едва ли можно поставить дифференціальный діагнозъ между placenta praevia lateralis и отдѣленіемъ нормально прикрѣпленнаго послѣда. Въ концѣ концовъ это безразлично. Въ обоихъ случаяхъ слѣдуетъ разорвать пузырь и ускорить роды, такъ что относительно терапіи, — а это самое важное, — нѣтъ сомнѣній.

Лечение.

Лечение различно во время беременности и во время родовъ, здѣсь снова нашъ способъ дѣйствія будетъ зависѣть отъ того, своевременно ли наступили роды и живъ ли ребенокъ.

Если встрѣтился такой случай, гдѣ кровотеченіе уже остановилось, а пульсъ хорошій и сильный, то заставляютъ беременную лежать, иной разъ цѣлыми недѣлями. Во всякомъ случаѣ она не должна выходить изъ дома. Больной дается настоятельный совѣтъ при новомъ кровотеченіи пригласить тотчасъ же врача или, за неимѣніемъ его, по крайней мѣрѣ, акушерку.

Не слѣдуетъ энергично изслѣдовать беременную или немедленно тампонировать.

Если провести палецъ въ шейку или тампонировать, то тампонція только помѣшаетъ естественному прекращенію кровотеченія и продолженію беременности.

Дѣлаютъ дезинфицирующія влагалищныя спринцеванія, обмываютъ наружныя половыя части, психически успокаиваютъ беременную, иногда даютъ немного морфія, назначаютъ лимонадъ и заставляютъ больную спокойно лежать въ постели. Затѣмъ наблюдаютъ, есть ли еще кровотеченіе. Заставляя больную нѣсколько раздвинуть ноги, кладутъ руку на дно матки и очень медленно надавливаютъ на нее по направленію внизъ. Если при этомъ не покажется крови, можно черезъ полчаса оставить беременную, предписавши соблюдать строжайшій покой и тотчасъ же дать знать, если снова пойдетъ кровь.

Но если кровотечение не останавливается, если видно, что надъ задней спайкой все время сочится кровь, пульсъ тоже не замедляется, а при поднятіе головы появляется обморочное состояніе, шумъ въ ушахъ, мельканіе передъ глазами, тогда дѣлается яснымъ, что подобное состояніе не можетъ продолжаться, что кровотечение становится опаснымъ для жизни. Кровотечение нужно тотчасъ же остановить. Средствомъ, которое примѣняется для этого, служить тампонація іодоформенной марли. Предварительно опорожняють пузырь и затѣмъ производять тампонацію, какъ описано на стр. 305. И именно въ этомъ случаѣ дѣлають особенно плотную и полную тампонацію, чтобы получить быстрый успѣхъ. Нужно уложить тампонъ въ системѣ вокругъ шейки; если она длинна,—перегнуть ее и фиксировать въ такомъ положеніи тампономъ.

Послѣ тампонаціи женщина должна лечь на спину; затѣмъ прежде всего, изслѣдуютъ, сохранилось ли нормальное положеніе ребенка, если нужно, дѣлають наружный поворотъ и фиксируютъ ребенка въ прямомъ положеніи съ помощью соответствующаго бинта. Затѣмъ выслушиваютъ, чтобы знать, живъ ли ребенокъ или умеръ. Матку прижимають къ тазу плотнымъ бинтомъ, наложеннымъ на животъ.

Предлежащая часть при положеніи женщины на спинѣ опускается въ тазъ и производитъ давленіе на нижній сегментъ матки, вслѣдствіе чего послѣдъ отгѣсняется къ мѣсту своего прикрѣпленія. Кромѣ того, давленіе вызываетъ боли, весьма желательныя имено въ это время.

Если случай протекаетъ благополучно, тампоны остаются отъ 2 до 3 дней. Безъ особыхъ показаній ихъ не удаляютъ раньше. Мочу приходится часто выпускать черезъ катетръ, потому что мочеиспускательный каналъ становится непроходимымъ вслѣдствіе растяженія въ длину и кверху и давленія тампона. Сперва удаляютъ самую нижнюю часть тампона, затѣмъ, черезъ 6 часовъ, вторую треть его, и наконецъ очень осторожно, оставшуюся часть. Въ концѣ концовъ ослабляютъ и бинтъ на животѣ. Все время, пока лежитъ тампонъ, многократно измѣряють t , и слѣдятъ за тѣмъ, живъ ли ребенокъ и не измѣнилось ли его положеніе.

Встрѣчаются такіе счастливые случаи, гдѣ вскорѣ за вложеніемъ тампона наступаетъ родовая дѣятельность, результатомъ которой является сперва изгнаніе тампона, и непосредственно затѣмъ рожденіе ребенка.

Кольпейринтеръ рекомендовался нѣкогда Braun'омъ именно для леченія placenta praevia. Въ то время, когда не было еще асептического матерьяла для тампонаціи, употребленіе каучуковаго баллона было безопаснѣе, чѣмъ вата и полотняныя полосы, не достаточно чистыя и ведущія скоро къ разложенію и инфекціи. Поэтому прихо-

дилось часто мѣнять тампоны и дѣлать дезинфицирующія промыванія. При этомъ причинялось много боли, наносились раненія, такъ что нар. половыя части и влагалище были всѣ покрыты ссадинами. Легче и менѣе болѣзненно было вложить и удалить кольпейринтеръ. Теперь вводятъ іодоформенную марлю. Она больше удовлетворяетъ требованіямъ асептики, чѣмъ самый чистый кольпейринтеръ. Ктому же онъ не такъ плотно закрываетъ. Если его сильно расширить, то давленіе вызываетъ невыносимыя боли. Если же расширить, его недостаточно, мимо него течетъ кровь.

Если раскрытіе маточнаго зѣва и наличность родовой дѣятельности указываютъ, что роды уже наступили, то поступаютъ иначе. Тогда наилучшимъ способомъ, какъ уже учили 100 и даже больше лѣтъ тому назадъ, будетъ тотъ, который ускорить роды.

Прежде всего нужно тщательно установить всѣ данныя. Исслѣдуютъ двумя пальцами, иногда и полъ рукой, чтобы опредѣлить величину подлежащей части послѣда, resp. опредѣлить, прощупываются ли у края послѣда яйцевыя оболочки. Исслѣдуютъ при этомъ попеременно обѣими руками, такъ какъ правой рукой можно выше пройти влѣво, а лѣвой—вправо.

Если прощупываются яйцевыя оболочки, я совѣтую разорвать пузырь. Если не удастся сдѣлать это пальцемъ, то разрываютъ пузырь зондомъ. При томъ въ промежутокъ между схватками, чтобы внезапно хлынувшія околоплодныя воды не увлекли за собой пуповину, которая лежитъ въ этихъ случаяхъ низко. Случалось много разъ, что послѣ излитія околоплодныхъ водъ окончательно останавливалось кровотеченіе, схватки дѣлались вскорѣ сильными и роды оканчивались безпрепятственно и благополучно.

Пузырь, опускающійся глубже, отдѣляетъ послѣдъ. Если же пузырь вскрытъ, то отдѣленіе послѣда прекращается, опустившаяся ниже часть плода прижимаетъ его къ стѣнкѣ матки и дѣйствуетъ, слѣдовательно, тампонирующимъ образомъ.

Если предлежать ножки, то ихъ тянуть немного внизъ, чтобы способствовать прижатію послѣда къ маточной стѣнкѣ. Такое же благотворное дѣйствіе оказываетъ давленіе снаружи, которое, если нужно, можно сдѣлать болѣе продолжительнымъ и болѣе сильнымъ, при помощи бинтованія живота; оно возбуждаетъ схватки и ускоряетъ роды.

Проводя два пальца до внутренняго зѣва, опредѣляютъ, мягокъ онъ или плотень. Если онъ мягокъ, то нечего бояться разрыва, производятъ медленно и осторожно извлеченіе ребенка.

Способъ извлеченія выбираютъ, смотря по положенію ребенка: здѣсь можно сдѣлать извлеченіе, поворотъ или наложить щипцы.

Постоянно нужно имѣть въ виду, что операція должна производиться очень осторожно и бережно, чтобы избѣжать разрывовъ.

Особенно важно знать, умеръ ребенокъ или живъ. Если онъ умеръ, то можно ждать, если только кровотеченіе остановилось. Во всякомъ случаѣ жизнь ребенка мало принимается во вниманіе, такъ какъ часто онъ еще малъ и жизнь его безъ того въ большой опасности.

Получаются иныя отношенія, если нельзя достигнуть яйцевыхъ оболочекъ и если внутренній зѣвъ вполнѣ закрыть тканью послѣда. Часто встрѣчается при этомъ, что послѣдъ выпячивается въ маточный зѣвъ въ видѣ опухоли или грыжи. Такая *placenta praevia centralis*, при которой сохраняются околоплодные воды, даетъ колоссальныя кровотеченія. Уже черезъ 10—15 минутъ наступаетъ такое состояніе, что о дальнѣйшемъ выжиданіи не можетъ быть и рѣчи. Нужно скорѣе рѣшиться и сдѣлать поворотъ, не обращая вниманія на маточный зѣвъ, который именно въ этомъ случаѣ бываетъ поразительно мягкимъ и едва ощущается, представляя незначительное препятствіе при проведеніи руки. Сбоку проводятъ руку вверхъ, и разрываютъ пузырь, какъ только дойдутъ до него. Тотчасъ же стараются захватить обѣ ножки ребенка, чтобы по возможности скорѣе произвести поворотъ. Если не дойдутъ быстро до яйцевыхъ оболочекъ, то прободаютъ послѣдъ. Конечно, ребенокъ при этомъ въ большинствѣ случаевъ умираетъ, хотя бы сердцебіеніе и было нормальнымъ непосредственно передъ операціей. Часто нельзя примѣнить наркоза, хотя въ принципѣ онъ не противопоказанъ, конечно. Врачъ долженъ помыться и этихъ нѣсколькихъ минутъ бываетъ достаточно для наркоза, такъ какъ больныя засыпаютъ скоро, при желаніи. Пониженіе кровяного давленія во время наркоза дѣйствуетъ скорѣе благопріятно.

Когда уже отошли воды, отдѣлилась половина послѣда, въ большей части случаевъ, даже выпала во влагалище, когда поворотъ оконченъ, тогда кровотеченіе останавливается. Это нужно знать, чтобы не слишкомъ спѣшить съ извлеченіемъ, къ чему нѣтъ никакого повода. Напротивъ, насколько быстро нужно производить первую половину операціи, настолько же медленно слѣдуетъ ее кончать. Еще больше, чѣмъ при *placenta praevia lateralis* слѣдуетъ избѣгать разрывовъ именно въ этихъ случаяхъ, когда наблюдается чрезвычайное размягченіе нижняго отрѣзка матки.

Если ребенокъ умеръ, предлежитъ головка, внутренній зѣвъ плотенъ и узокъ, а вслѣдствіе опасности для жизни, нельзя терять ни минуты времени, то лучше окончить роды перфорацией головки и извлеченіемъ ея краниокластомъ.

Головку возможно глубже прижимаютъ и фиксируютъ снаружи. Перфорацию производятъ ножницами Smellie и накладываютъ кранио-класъ. Обводя постоянно пальцемъ кругомъ головки, отодвигаютъ зѣвъ и отводятъ его высоко за головку.

Такъ, напримѣръ, я разрѣшилъ одну беременную на седьмомъ мѣсяцѣ безъ всякаго поврежденія мягкихъ частей, при открытіи маточнаго зѣва только на два пальца. Преимущество способа, рѣзко бросающееся въ глаза, состоитъ въ томъ, что влеченіе можно производить очень медленно, слѣдовательно растягивать весьма постепенно маточный зѣвъ, подражая физиологическому процессу. Во всякомъ случаѣ, такой образъ дѣйствія предпочтительнѣе поворота, при которомъ создаются благопріятныя условія для занесенія болѣзнетворныхъ зародышей изъ влагалища въ матку, отдѣляется послѣдъ, усиливаются кровопотери и возможны большіе разрывы.

Требуется расширеніе маточнаго зѣва при слѣдующихъ условіяхъ: если при живомъ плодѣ и плотномъ, узкомъ зѣвѣ наступило опасное для жизни кровотеченіе, если состояніе не измѣнилось и несмотря на тампонацію, остановилась родовая дѣятельность; если приходится сказать: должна произойти перемѣна въ состояніи, выжиданіе опасно для жизни.

Самымъ бережнымъ образомъ производится расширеніе толсто-стѣннымъ колпейринтеромъ. Сложенный каучуковый баллонъ вводится въ матку и наполняется растворомъ борной кислоты или лизола. Растягиваясь онъ поднимается надъ внутреннимъ зѣвомъ и продвигается затѣмъ еще немного выше. Затѣмъ медленно извлекаютъ колпейринтеръ, которому въ этомъ случаѣ можно по праву дать названіе «Hystereurynter», такъ какъ онъ лежитъ въ маткѣ, а не во влагалищѣ.

Если маточный зѣвъ раскрытъ достаточно, то стараются вставить головку во входъ въ тазъ, при чемъ дѣйствуютъ непосредственно на головку, а не пытаются фиксировать ее наружнымъ давленіемъ на дно матки. Если это удастся, то накладываютъ щипцы и извлекаютъ ими ребенка. Но если головка отклонится, если произойдетъ косое или поперечное положеніе, и не удастся быстро установить головку «Zangenrecht», то, не заботясь объ исправленіи положенія плода, нужно, войти въ матку, захватить ножку, и такъ, какъ это было выше описано бережно сдѣлать извлеченіе, чтобы избѣжать разрывовъ. Если ребенокъ мертвъ или умретъ во время извлеченія, лучше перфорировать послѣдующую головку, чѣмъ подвергать больную риску разрывовъ. Потому что не слѣдуетъ уже торопиться, если въ маткѣ застряла только одна головка. Кровотеченіе остановилось.

При неподатливомъ зѣвѣ рекомендовалось вводить только пол-руки и, энергично нажимая снаружи, тянуть за ножки внизъ, т. е. дѣлать такъ называемый комбинированный поворотъ по Braxton Hicks'у. Я этого не рекомендую. Такъ какъ черезъ нѣсколько минутъ долженъ быть извлеченъ весь ребенокъ черезъ маточный зѣвъ, то предварительное расширение его, если нужно всей рукой, скорѣе полезно, а не ошибочно. Вводя всю руку, можно очень быстро ориентироваться относительно положенія ребенка, ясно опредѣлить мѣсто прикрѣпленія послѣда и лучше сохранить отношенія, чѣмъ при постепенномъ изслѣдованіи во время поворота, отнимающаго сравнительно больше времени. Но если нѣтъ необходимости спѣшить, то при живомъ ребенкѣ тампонируютъ, при мертвомъ — дѣлаютъ перфорацию и извлекаютъ кра-ніокластомъ.

Послѣродовой періодъ протекаетъ по большей части благопслучно. Часто тотчасъ по выхожденіи ребенка выходитъ отдѣлившійся послѣдъ. Но наблюдается и приращеніе его. Послѣ каждыхъ родовъ при placenta praevia изслѣдуютъ, нѣтъ ли разрывовъ. Если ихъ нѣтъ, то опасность миновала; даютъ еще *secale* и *ergotin*, ощупываютъ и забинтовываютъ животъ, наблюдая, чтобы матка была въ *anteflexio*, даютъ *analeptica* и слѣдятъ въ теченіи нѣсколькихъ часовъ, не появится ли кровотеченіе.

Если же есть разрывы, то нельзя ждать. Если даже кровотеченіе прекратится на время, то оно можетъ возобновиться, когда больная оправится и сердечная дѣятельность усилится. Чѣмъ больше кровоте-ченіе, тѣмъ меньше кровь свертывается. Такъ, нѣкоторыя жен-щины истекаютъ кровью впослѣдствіи. Поэтому при разрывахъ я совѣтую плотно выполнить влагалище іодоформенной марлей и съ помощью очень тугой давящей повязки, наложенной на животъ, от-тѣснить перегнутую впередъ матку къ тампону, въ полость таза.

Примѣняются еще вливанія солеваго раствора, подкожныя впры-скиванія эфира, клистиры изъ горячей воды съ виномъ или коньякомъ, согрѣваніе, спиртные напитки, бинтованіе ногъ, тяжесть на животъ, — короче, всѣ методы для спасенія жизни истекающей кровью больной.

По удаленіи тампона нужно промыть влагалище. Особенно, если t° выше нормальной. Если наступаетъ разложеніе и гніеніе, то здѣсь именно, при низкомъ прикрѣпленіи послѣда, и слѣдуетъ опасаться инфекции и распада тромбовъ съ послѣдующимъ развитіемъ флебита, піэміи и эндокардита.

ВОСЕМНАДЦАТАЯ ГЛАВА.

Узкіе тазы.

Тазъ, размѣры котораго меньше приведенныхъ на стр. 6—8 называется узкимъ.

Съуженіе можетъ распространяться равномѣрно на весь тазовой каналъ, или же только на одинъ или нѣсколько размѣровъ, такъ что тазъ является неравномѣрно съуженнымъ. Хотя меньшія степени съуженія и оказываютъ неблагоприятное вліяніе на положеніе матки, на расположеніе въ ней ребенка и представляютъ затрудненія при родахъ, но роды при нихъ, все таки, возможны или самопроизвольные, или съ помощью искусства. Существуетъ очень много переходныхъ ступеней между такими съуженіями и высшими степенями ихъ,— абсолютно узкими тазами, — обусловливающими невозможность родового акта.

Прежде, когда узкимъ тазомъ называли лишь такой тазъ, при которомъ *per vias naturales* роды живымъ или вообще, какимъ бы то ни было ребенкомъ невозможны, — узкій тазъ считали рѣдкостью. Теперь же, когда измѣряютъ всѣ тазы, насчитываютъ 10—12% узкихъ тазовъ, т. е. такихъ, размѣры которыхъ ниже нормальныхъ.

Наиболѣе частой причиной съуженія является рахитъ, который въ свою очередь стоитъ въ зависимости отъ неправильнаго или недостаточнаго питанія въ дѣтскомъ возрастѣ. Если при леченіи рахита не оказана своевременная и цѣлесообразная врачебная помощь, то, въ видѣ частичнаго проявленія общаго болѣзненнаго состоянія всего скелета, развиваются высшія степени съуженія таза. Чѣмъ богаче народъ, чѣмъ выше его нравственный уровень, вслѣдствіе просвѣщенія и улучшенія гигиеническихъ условий, тѣмъ лучше будетъ питаніе, уходъ и воспитаніе дѣтей и у низшихъ классовъ, тѣмъ рѣже будетъ рахитъ и особенно болѣзни роста.

Во всякомъ случаѣ частота встрѣчающихся узкихъ тазовъ у насъ уменьшается, ибо, какъ у человѣческихъ расъ вообще, такъ, въ частности, и у отдѣльныхъ индивидуумовъ какой либо расы правильное развитіе костной системы зависитъ отъ питанія.

Есть различныя формы узкихъ тазовъ. Тѣ изъ нихъ, которыя наиболѣе интересны для научнаго изслѣдованія, часто оказываются наименѣе важными въ практическомъ отношеніи.

Равномѣрно сѣуженный тазъ.

У карлицъ, скелетъ которыхъ вообще меньше нормы, и тазъ, понятно, будетъ обще-сѣуженный. Но такъ какъ карлицы бесплодны, вслѣдствіе того, что половые органы у нихъ также остаются недоразвитыми, то въ акушерскомъ отношеніи тазы карлицъ не представляютъ никакого интереса.

Однако узкіе тазы встрѣчаются и у женщинъ, у которыхъ половые органы развиты нормально и беременность можетъ наступить, хотя они и обладаютъ маленькимъ ростомъ и отсталымъ, дѣтскимъ сложениемъ. Узкіе тазы являются, слѣдовательно, частичнымъ проявленіемъ инфантилизма.

Равномѣрно обще-сѣуженный тазъ встрѣчается у маленькихъ женщинъ нѣжнаго сложения, часто болѣвшихъ въ дѣтствѣ; половая зрѣлость наступаетъ у нихъ поздно, онѣ имѣютъ, обыкновенно, болѣе моложавый и юный видъ, чѣмъ можно ожидать по ихъ возрасту.

Изслѣдованіе такихъ тазовъ показываетъ, что они имѣютъ дѣтскій типъ. Растяженія въ поперечномъ направленіи въ періодѣ роста здѣсь не произошло. Крылья крестцовой кости не достаточно развиты, promontorium стоитъ высоко и не выдается впередъ; крестцовая кость не совершила поворота вокругъ своей поперечной оси, такъ что и мысь не подвинулся впередъ и не опустился, вслѣдствіе чего тазовой входъ не имѣетъ поперечно-овальной «женской формы», но представляется круглымъ «дѣтскаго» типа.

Такіе тазы можно встрѣтить и при рахитѣ, если ребенокъ былъ настолько истощенъ, что первые годы своей жизни провелъ въ постели. Въ такомъ случаѣ отпадаетъ вліяніе тяжести туловища и давленія бедеръ. Тазъ, хотя и увеличивается при ростѣ, но сохраняетъ особенности дѣтской формы.

Во время беременности головка ребенка не вступаетъ въ узкій тазовой входъ. Матка поэтому стоитъ высоко. Во время родовъ головка или совсѣмъ не можетъ пройти черезъ родовой каналъ, или же, сильно сдавливаясь и удлиняясь, проталкивается черезъ него благодаря необыкновенно сильной родовой дѣятельности.

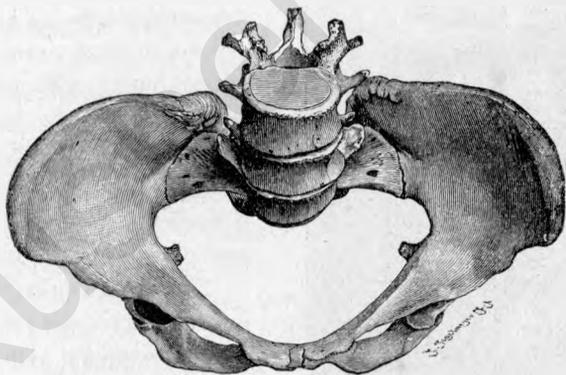
Иногда эти тазы пріобрѣтаютъ воронкообразную форму, причѣмъ выходъ сѣуженъ, лонная дуга мужскаго типа, разстояніе между бедрами мало, и разстояніе между обоими tubera ischii укорочено.

Съуженіе на одинъ сантиметръ во всѣхъ размѣрахъ представляетъ уже значительное затрудненіе при родахъ, такъ какъ головка не можетъ конфигурироваться, вытягиваясь компенсаторно въ какую либо одну сторону, но сдавливается по направленію всѣхъ размѣровъ таза.

Рахитическій тазъ.

Измѣненія таза, вызываемыя рахитомъ, легче всего понять, если взять за основу изученія тотъ процессъ, посредствомъ котораго тазъ плода превращается въ тазъ зрѣлой въ половомъ отношеніи женщины. Это было изложено на стр. 18.

Если сдавить каучуковое кольцо въ одномъ какомъ либо направленіи, то перпендикулярный къ этому направленію размѣръ долженъ настолько же вытянуться, насколько первый укоротился. Слѣдовательно, чѣмъ короче становится *conjugata* при опусканіи вглубь и выступаніи впередъ мыса, тѣмъ длиннѣе долженъ дѣлаться поперечный размѣръ. Но увеличенію поперечнаго размѣра противодействуетъ давленіе бедеръ въ вертлужныхъ впадинахъ, такъ что въ результатѣ получается поперечно-овальная форма тазоваго входа, которую и считаютъ за нормальную.



54

Симметричный рахитическій тазъ.

Описанное измѣненіе формы тазоваго входа, незначительное въ нормальныхъ тазахъ, должно тѣмъ рѣзче выражаться, чѣмъ мягче кости вслѣдствіе недостаточнаго окостенѣнія, значить, можно уже а priori вывести, какая форма таза должна произойти при рахитѣ. Нормальныя измѣненія существуютъ здѣсь въ преувеличенномъ видѣ, рахитическій тазъ представляетъ собой «карикатуру» на физиологическую форму таза.

Подъ вліяніемъ тяжести туловища мысь все больше и больше оттѣсняется кпереди и книзу. Такъ какъ ребенокъ еще не ходитъ

или ходить еще мало, то противодействие со стороны вертлужныхъ впадинъ еще незначительно, поперечный растяженіе увеличивается, передне задній размѣръ тазового входа слишкомъ малъ, conjugata укорочена, поперечный размѣръ удлинненъ. Происходитъ, такимъ образомъ, — если нѣтъ сколіоза позвоночника, — симметричный рахитическій тазъ, суженный въ прямомъ размѣрѣ.

При этомъ вслѣдствіе хилости организма весь тазъ слишкомъ малъ, такъ что, кромѣ неравномѣрнаго суженія, представляется и обще суженнымъ. Слѣдовательно, если при нормальной ширинѣ тазового входа conjugata была бы сужена до 9 сант., то поперечный размѣръ, при компенсаторнымъ удлинненіи на 2 сант., долженъ бы равняться 15 сант., длины. Если онъ нормальной длины въ 13 сант., то относительно онъ представляется слишкомъ короткимъ.



55

Отвислый животъ при высокой степени рахита.

Чѣмъ глубже становится мысль, тѣмъ больше увеличивается наклоненіе таза, а съ увеличеніемъ его, все больше отвисаетъ животъ; происходитъ, слѣдовательно, отвислый животъ; послѣдній, въ свою очередь, дѣйствуетъ на позвоночникъ, усиливая лордозъ поясничнаго отдѣла и увеличиваетъ уголъ наклоненія.

Тамъ, гдѣ происходитъ ростъ кости, часто при рахитѣ, образуются утолщенія, напр. на ребрахъ «рахитическія четки» на конечностяхъ рахитическіе «двойные члены». Нерѣдко бываютъ утолщены и концы лобковыхъ костей въ лонномъ сочлененіи. На нихъ образуются рѣзкія возвышенія,

вслѣдствіе чего прямой размѣръ еще укорачивается на $1\frac{1}{2}$ —1 сант. Тамъ, гдѣ происходитъ ростъ кости, часто при рахитѣ, образуются утолщенія, напр. на ребрахъ «рахитическія четки» на конечностяхъ рахитическіе «двойные члены». Нерѣдко бываютъ утолщены и концы лобковыхъ костей въ лонномъ сочлененіи. На нихъ образуются рѣзкія возвышенія,

вслѣдствіе чего прямой размѣръ еще укорачивается на $1\frac{1}{2}$ —1 сант.

Нерѣдко также и на мѣстѣ соприкосновенія крестцовыхъ позвонковъ, именно между тѣлами 1 и 2 крестцоваго позвонка находится возвышеніе: второй мысль. Поэтому, тотчасъ по достиженіи мыса всегда нужно тщательно обслѣдовать, какой это мысль, — «ложный» или настоящій.

Если ребенокъ съ чрезмѣрно мягкими костями во время періода роста часто сидитъ на чемъ либо твердомъ, то *tubera ischii* отгѣсняются кнаружи, лонная дуга становится вслѣдствіе этого широкой, а тазъ низкимъ. Точно также и самая нижняя часть гибкой крестцовой кости чрезмѣрно вдавливаются въ полость таза. Поэтому передняя поверхность крестцовой кости является глубоко вогнутой. Иногда также нижняя часть крестца перегибается, образуя съ верхней тупой, или прямой, даже острый уголъ.

Все зависитъ отъ того, какъ долго держался рахитъ и какова была степень его развитія. Если рахитъ былъ быстро излеченъ, скелеть развился до нормальной величины, или если было только временное недостаточное окостенѣніе тазовыхъ костей, а не рахитъ въ собственномъ смыслѣ, то единственнымъ слѣдствіемъ будетъ ненормально глубокое стояніе мыса, выступающаго въ то же время нѣсколько впередъ. Тогда получаютъ тазы, единственной ненормальностью которыхъ, является укороченіе *conjugata vera* и соотвѣтственное увеличеніе поперечнаго размѣра: простой плоскій тазъ.

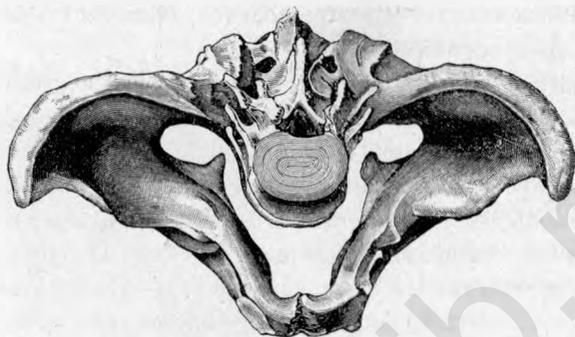
Но если рахитъ достигъ высокой степени развитія, если онъ долго тянулся у болѣзненнаго вообще субъекта съ плохо развитымъ скелетомъ, то *conjugata* можетъ дойти до 4 или 5 сант. длины и въ то же время тазъ можетъ быть настолько малымъ во всѣхъ размѣрахъ, что роды *per vias naturales* становятся абсолютно невозможными.

Тогда и чешуи подвздошныхъ костей являются плоскими, малыми и нѣсколько отогнутыми кнаружи, вслѣдствіе недостатка дѣйствія мышцъ, производящихъ влеченіе за *spinae anteriores* по направленію внутрь и удерживающихъ ихъ въ этомъ положеніи. Если измѣрить въ нормальномъ тазу разстояніе между гребешками, то оно окажется равнымъ 29, а между остями 25 сант. Разница получается въ 4—5 сант. Если эта разница меньше, если ея совсѣмъ нѣтъ, или получается обратное отношеніе такъ что напр. разстояніе между гребешками 26, а между остями 29, то это будетъ, навѣрное, высшая степень рахитического таза. При простомъ плоскомъ тазѣ или при умѣренно рахитическомъ этотъ характерный признакъ часто совершенно отсутствуетъ.

При высокой степени продолжительнаго рахита вертлужныя впадины глубоко вдавливаются въ тазъ, а мысъ опускается ниже уровня тазоваго входа. Получается щелевидный неправильный тазовой входъ въ формѣ червоннаго туза: псевдо-остеомалатическій тазъ.

Если въ концѣ концовъ рахитъ будетъ излеченъ, то происходитъ полное окостенѣніе остеонидной ткани, тазъ становится поразительно грубымъ, массивнымъ, тяжелымъ и плотнымъ. Отдѣльныя кости остаются утолщенными, какъ это наблюдается также при вылеченномъ рахитѣ костей конечностей.

Уже выше было замѣчено, что измѣненія, вызванныя дѣйствіемъ тяжести тѣла, могутъ отсутствовать при высокихъ степеняхъ рахита, когда субъектъ слишкомъ слабъ, чтобы ходить или стоять. Тогда слѣдствіемъ рахита остается только недостаточный ростъ, равномерно обще—сѣуженный тазъ. Но и на немъ при внимательномъ изслѣдованіи часто можно найти признаки рахита.



56

Псевдо-остеомалатическій рахитическій тазъ.

Вліяніе вертикальнаго положенія можетъ даже совершенно отсутствовать у ребенка, цѣлые годы остающагося въ лежачемъ положеніи. Тогда не бываетъ физиологическаго искривленія позвоночника; позвоночникъ остается сверху до низу прямымъ, какъ доска, или же получается общій умѣренный кифозъ всего позвоночника, если ребенокъ, стремясь приподняться, часто сидитъ съ перегнутымъ впередъ тѣломъ. При такихъ условіяхъ поясничнаго лордоза не бываетъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ отсутствуетъ и глубокое стояніе мыса. Здѣсь измѣненія таза вызываются только кифозомъ и остановкой въ ростѣ костей.

О косыхъ рахитическихъ, сколіотическихъ тазахъ мы поговоримъ при косыхъ тазахъ.

Кифотическіе и лордотическіе тазы.

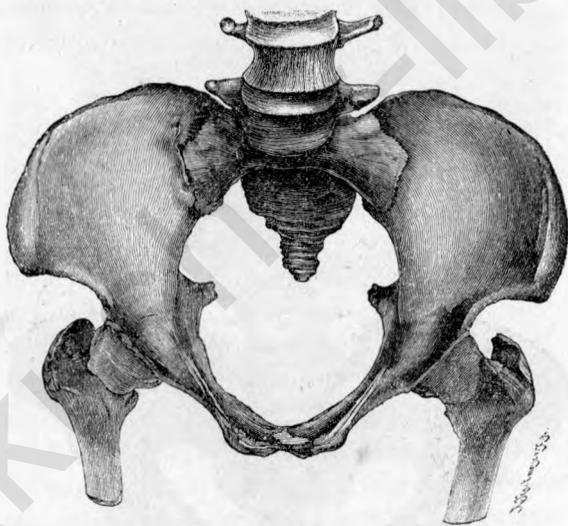
Измѣненія таза при кифозѣ позвоночника представляются какъ разъ обратными рахитическимъ измѣненіямъ. Если кифозъ относится къ самому верхнему отдѣлу, то онъ компенсируется лордозомъ тотчасъ же выше крестцовой кости. Тогда гворится не о кифотическомъ, но о лордотическомъ тазѣ.

Но если кифозъ находится тотчасъ же выше крестца, то мысь сначала отодвигается назадъ, и въ то же время онъ вытягивается вверхъ изъ тазового входа. Весь крестецъ вытягивается, удлиняется, основаніемъ поворачивается вокругъ своей поперечной оси кзади, слѣ-

довательно, обратно, чѣмъ при рахитѣ. Вслѣдствіе это conjugata чрезвычайно удлинняется, а поперечный размѣръ компенсаторно укорачивается.

Но чѣмъ шире становится тазовой входъ, тѣмъ уже дѣлается тазовой выходъ. Поэтому кифотическій тазъ расширенъ по направленію conjugata, суженъ поперечно и имѣетъ воронкообразную форму.

Такъ какъ чистый кифозъ представляетъ относительно рѣдкое пораженіе позвоночника, то и подобные тазы относительно рѣдки. Ихъ значеніе въ акушерскомъ отношеніи невелико. Тазовой входъ не препятствуетъ вставленію головки, а въ выходѣ, суженномъ въ поперечномъ направленіи, препятствіе со стороны плотныхъ костей встрѣчается только въ поперечномъ размѣрѣ. Чѣмъ глубже стоитъ головка, тѣмъ легче можно захватить ее инструментомъ и тѣмъ легче на нее дѣйствовать. Но если кифозъ сопровождается сильнымъ общимъ суженіемъ таза, если дѣло идетъ объ уродливомъ субъектѣ, то и здѣсь можетъ представиться невозможность родового акта.



57

Кифотическій тазъ.

Сильному кифозу вверху соотвѣтствуетъ такой же лордозъ внизу. Но и вслѣдствіе болѣзней костей, напр. caries позвоночника, можетъ пройти первично такой значительный лордозъ, что поясничный отдѣлъ позвоночника совершенно закроетъ тазъ: pelvis obtecta. При этомъ ребра лежатъ на гребешкахъ или даже выше ихъ, брюшной полости не существуетъ въ прямомъ смыслѣ, содержимое брюшной полости, ребенокъ лежатъ въ отвисломъ животѣ и роды могутъ быть окончены только кесарскимъ сѣченіемъ.

Косые тазы.

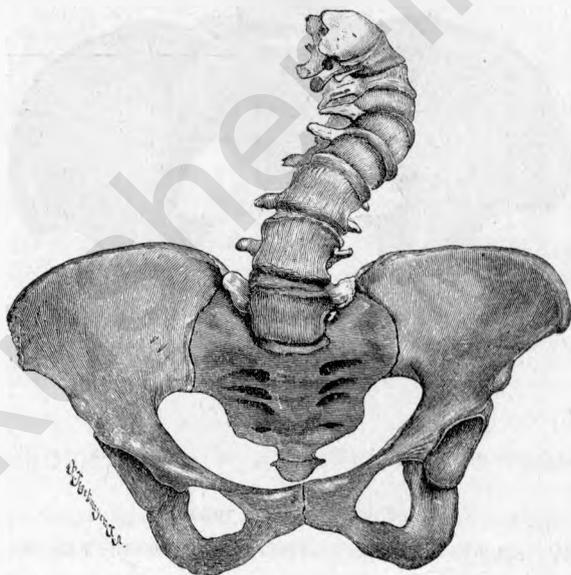
Подъ косымъ тазомъ подразумѣвають такой, въ которомъ косые размѣры входа имѣють различную длину. Если при этомъ тазъ еще обще-суженный, какъ это и бываетъ въ большинствѣ случаевъ, то это будетъ косо-суженный тазъ.

Причина косо́й формы можетъ находиться и выше таза: косо́й тазъ вслѣдствіе сколіоза; и въ самомъ тазу — косо́й тазъ вслѣдствіе патологическихъ отношеній въ крыльяхъ крестцовой кости; и ниже таза, — косо́й тазъ вслѣдствіе недостаточной функціи одной ноги.

Мы увидимъ, что существуетъ соотношеніе между этими тремя видами косыхъ тазовъ.

Сколіотическій косо́й тазъ.

Голова и подошвы обѣихъ ногъ или ноги, несущей тяжесть тѣла, лежатъ на одной перпендикулярной линіи. Если въ какой нибудь точкѣ костнаго скелета, между головой и ступнями, образуется искривленіе въ одну сторону, то оно компенсируется искривленіемъ въ про-



58

Тазъ незначительно скошенный при скомозѣ.

тивоположную сторону, лежащимъ выше или ниже перваго. При сколіозѣ одна половина таза подвергается ббльшему дѣйствію тяжести, чѣмъ другая и именно та, которая соотвѣтствуетъ выпуклости позвоночника. Поэтому та часть таза, которая находится между крестцомъ

и вертлужной впадиной съ этой стороны, подвергается большому давлению, чѣмъ часть таза противоположной стороны. Если тазъ находится еще въ періодѣ роста, если онъ не вполне окостенѣлъ, еще мягокъ, то это ненормальное одностороннее отягощеніе оставляетъ слѣды своего вліянія. Во первыхъ тазъ весь вообще смѣщается въ косомъ направленіи такъ, что болѣе отягощенная сторона вдавливается и лонное сочлененіе отклоняется въ другую сторону. Это смѣщеніе можетъ быть настолько незначительнымъ, что обнаруживается только измѣреніемъ; оно можетъ отсутствовать, если сколіозъ позвоночника компенсируется искривленіемъ въ противоположную сторону.



59

Сколіотическій косой тазъ.

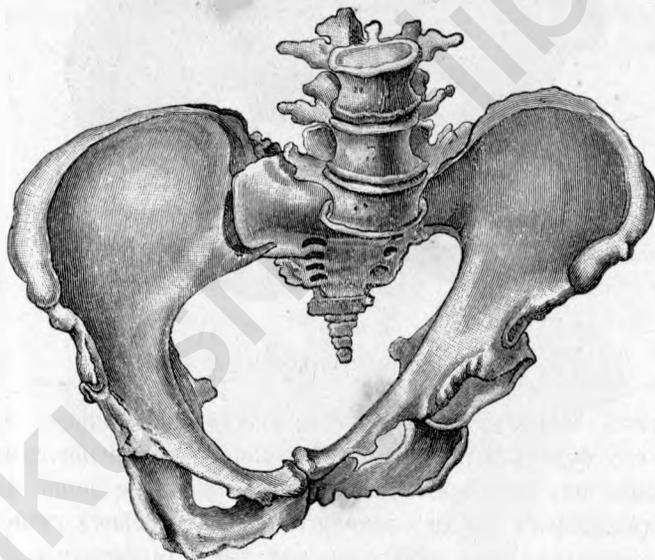
Но тазъ можетъ оказаться настолько скошеннымъ, что узкая половина его будетъ слишкомъ узка для прохожденія даже только части головки или ребенка. Часто получается даже лишь щелевидное пространство. Мысль почти соприкасается съ передней стѣнкой таза. И это пространство на узкой сторонѣ таза становится еще меньше, если, вслѣдствіе односторонняго отягощенія тазобедренного сустава съ этой стороны, внѣдряется въ тазъ вертлужная область.

Сдавливаніе того отдѣла таза, который подвергается наибольшей давлению, сдавливаніе крыла крестцовой кости и части подвздошной, лежащей между послѣднимъ и вертлужной впадиной, — нарушаютъ ростъ кости. Foramina nutritiva становятся уже; иногда ихъ не бываетъ совсѣмъ. Вслѣдствіе этого кость отстаётъ въ развитіи, тазъ дѣлается косымъ и суженнымъ. Если имѣется значительный поясничный лордозъ, если поясничные позвонки лежатъ глубоко надъ самымъ входомъ

въ тазъ, то головка должна отклониться и не можетъ вставиться въ тазовой входъ или вступить въ него. Причиной такого сколіоза, обусловливающаго косою тазъ, почти всегда служитъ рахитъ, поэтому почти всякій рахитическій тазъ является и болѣе или мѣнѣе косымъ.

Негелевскій косою тазъ.

Если нѣтъ одного крыла крестцовой кости или оно меньше другого, то тазовой входъ долженъ быть также косымъ. Это отсутствіе крыла крестцовой кости можетъ быть обусловлено различными причинами. У ребенка на хрящевомъ крылѣ крестцовой кости появляются вполсѣдствіи точки окостенѣнія, изъ которыхъ процессъ окостенѣнія распространяется на весь хрящъ. Если нѣтъ одной какой либо точки окостенѣнія, то сосѣдняя викарно увеличивается. Но если въ крылѣ крестцовой кости одной стороны нѣтъ многихъ или совсѣмъ нѣтъ точекъ окостенѣнія, то уже въ самомъ молодомъ возрастѣ происхо-



60

Косою Негелевскій тазъ.

дитъ сжатіе мягкаго хряща и *superficies auricularis* находится у самыхъ тѣлъ позвонковъ. Тогда по большей части отсутствуетъ и подвздошно-крестцовое-сочлененіе, а вмѣстѣ съ тѣмъ и расположенныя въ окружности хряща этого сочлененія зоны роста. Какъ и всегда, кость не растеть тамъ, гдѣ кости соединяются преждевременнымъ синостозомъ. Нѣкоторые принимаютъ отсутствіе сочлененія за первичное, почему и называютъ такіе тазы также анкилотическими косыми тазами.

Отсутствіе сочлененія разсматривается въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ остановка въ развитіи, въ другихъ,—какъ слѣдствіе внутри маточнаго или внѣматочнаго воспаленія. Что воспалительные процессы въ дѣтскомъ возрастѣ могутъ привести къ отсутствію сочлененія и исчезновенію крыла крестцовой кости, это доказываютъ препараты, на которыхъ находятъ слѣды каріознаго процесса, рубцы, остеофиты, фистулы.

Травма, отломъ крыла крестцовой кости, напр. при паденіи или при переѣздѣ экипажемъ, также, вызываетъ исчезаніе крыла крестцовой кости и косою тлазъ.

Косые тазы, какъ слѣдствіе нарушенія функціи одной ноги.

Сюда принадлежатъ прежде всего коксальгическіе тазы. Если ребенокъ не можетъ вслѣдствіе коксита пользоваться одной ногой, то тяжесть всего тѣла падаетъ на другую ногу. Слѣдовательно широкой будетъ та половина таза, со стороны которой прикрѣпляется нога, лишенная функціи, а съ здоровой стороны будетъ узкая половина таза.

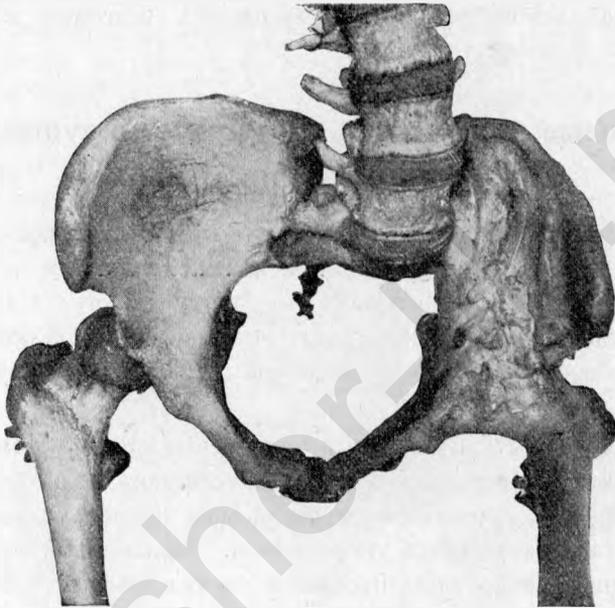
Но могутъ быть и обратныя отношенія. Если, напр. бедренная головка вышла изъ вертлужной впадины, если нога по окончаніи болѣзненнаго процесса прочно фиксировалась на нѣсколько сантиметровъ выше, то эта нога является укороченной. При ходьбѣ соответственная половина таза должна опускаться глубже, является болѣе отягощенной. Особенно въ томъ случаѣ, если нога неподвижно прикрѣплена на своемъ новомъ мѣстѣ, отклонена впередъ и повернута кнутри, а не поставлена прямо внизъ. Позвоночный столбъ сгибается въ ту же сторону, а вслѣдствіе этого сгибается затѣмъ и въ обратную сторону, иначе голова не пришлась бы на перпендикулярной линіи. Такимъ путемъ та сторона таза, къ которой относилась раньше потеря функціи, и которая теперь является чрезмѣрно отягощенной, становится узкой.

Тотъ же эффектъ въ смыслѣ измѣненія таза производитъ потеря функціи или укороченіе ноги вслѣдствіе коксита, tumor albus колѣна или caries пяточной кости, косолапости или неправильно сросшагося перелома.

Если не происходитъ задержки въ ростѣ всего скелета, то остается только косою тазъ и роды могутъ протечь благополучно. Но если общее состояніе нарушено и въ періодѣ роста скелетъ развивается неправильно, то тазъ представляется не только косымъ, но и

обще суженнымъ. Въ такомъ случаѣ роды бываютъ очень трудными, а при сильной степени суженія невозможными.

Теперь сдѣлалось яснымъ то, что я сказалъ выше, что существуетъ соотношеніе между тремя видами кривыхъ тазовъ. При сколіозѣ крыло крестцовой кости является малымъ, точно также и при чрезмѣрномъ отягощеніи исключительно одной ноги. При укороченіи одной ноги вслѣдствіе усиленнаго давленія происходитъ также атрофія крыла, а выше также лордозъ и компенсаторный сколіозъ. А при отсутствіи



61

Коксальгическій косой тазъ. Излеченный *Coxitis senectra*. Соксальзываніе бедренной головки кверху, вслѣдствіе этого чрезмѣрное отягощеніе и суженіе лѣвой стороны.

крыла крестцовой кости, часто позвоночный столбъ также сгибается нѣсколько въ ту же сторону, вся половина таза отклоняется кверху, вслѣдствіе чего опять таки укорачивается соотвѣтственная нога.

Преждевременный синостозъ между крестцовой и подвздошной костью только въ очень рѣдкихъ случаяхъ бываетъ двухстороннимъ. Тогда ассиметриіи не бываетъ. Тазовой входъ является симметрично поперечно—суженнымъ. Такіе симметрично поперечно—суженные тазы, называемые по имени, описавшаго ихъ впервые, Robert'овскими, принадлежать къ величайшимъ рѣдкостямъ.

Тазы при вывихахъ

Прирожденный вывихъ бедра измѣняетъ форму таза такимъ же образомъ, какъ и при косомъ тазѣ. И здѣсь все зависитъ отъ того,

была ли въ употребленіи соотвѣтственная нога, слѣдовательно, имѣется ли выше вертлужной впадины мѣсто прикрѣпленія для суставной головки. Тогда тазъ будетъ поставленъ косо. Сторона, соотвѣтствующая вывиху стоитъ глубже, болѣе отягощена и становится уже. Часто и вся половина таза, гдѣ нѣтъ вертлужной впадины, является атрофичной, тонкой, безъ *foramina nutritiva* и остановившейся въ ростѣ.

Если же имѣется атрофія вслѣдствіе бездѣятельности при вывихѣ бедреннаго сустава, то происходитъ косою тазъ отъ потери функціи ноги.

Если происходитъ двусторонній вывихъ, то отсутствуетъ противудавленіе въ вертлужныхъ впадинахъ. Мысль все больше и больше приближается къ передней тазовой стѣнкѣ, потому что увеличеніе поперечнаго размѣра не встрѣчаетъ сопротивленія при отсутствіи боковаго противудавленія.

Остеомалатическій тазъ.

При остеомалациі изъ развитыхъ костей постепенно исчезаютъ известковыя соли, такъ что кость дѣлается мягкой, начинаетъ гнуться.

Остеомалация была найдена также у дѣтей и стариковъ. Остеомалацию женщинъ называютъ послѣродовой остеомалацией. Этиологія ея неизвѣстна, но характерно, что въ извѣстныхъ странахъ остеомалация встрѣчается особенно часто. Этимъ я не хочу сказать, что она не стрѣчается гдѣ либо еще. Я лечилъ больныхъ остеомалацией и изъ гористыхъ мѣстностей, и изъ низшаго сословія, и изъ очень зажиточнаго.

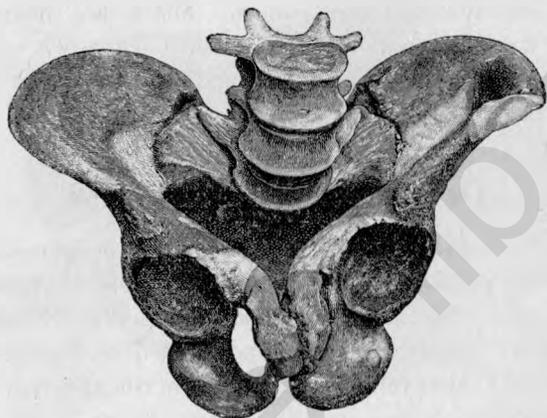
Остеомалация, не послѣродовая, начинается съ позвоночника, послѣродовая—съ таза. Она поражаетъ большею частью тѣхъ женщинъ, у которыхъ зачатіе совершается легко, у которыхъ было много родовъ.

Мягкій тазъ постепенно сгибается. Поясничныи лордозъ опускается ниже вмѣстѣ съ мысомъ, вертлужныя впадины вдавливаются въ полость таза. Лонное сочлененіе выступаетъ впередъ въ видѣ клюва, нисходящія вѣтви лонной кости сгибаются, такъ что почти соприкасаются съ *tubera ischii*. Также сгибаются и чешуи подвздошныхъ костей. Вслѣдствіе потери извести кость становится легкой. Стоитъ только вспомнить о дѣйстви тяжести туловища и давленіи со стороны бедеръ, чтобы а priori предсказать эффектъ остеомалациі.

Если остеомалация не очень выражена, то мягкій тазъ способенъ къ расширенію во время родовъ. Головка подъ вліяніемъ болей внѣдряется въ сѣзвившійся тазъ и роды совершаются. Но при высокихъ степеняхъ остеомалациі измѣненія формы настолько значительны,

что головка не может вступить во входъ. Въ такомъ случаѣ исключается клинообразное дѣйствіе головки и роды становятся невозможными.

Въ концѣ концовъ остеомалаяція переходитъ съ таза на ребра, позвоночникъ и кости конечностей. Вслѣдствіе сильныхъ непрерывныхъ ревматическихъ болей всякое движеніе становится невозможнымъ. Конечности сгибаются, благодаря мышечному напряженію, и становятся негодными къ употребленію. Больная не можетъ ни ходить, ни сидѣть, у нея развивается пораженіе легкихъ вслѣдствіе ограниченія пространства въ грудной полости и, въ концѣ концовъ, она умираетъ отъ истощенія.



62

Остеомалаятической тазъ.

Часто болѣзнь протекаетъ чрезвычайно медленно, повидимому, излечиваясь *post partum*, но развиваясь снова немедленно при наступленіи новой беременности, во время которой идетъ чрезвычайно быстро. Остеомалаяція излечивается также въ рѣдкихъ случаяхъ, какъ безъ всякой терапіи, такъ и при специфической терапіи. Несомнѣнно вѣрно, что фосфоръ не только оказываетъ благопріятное вліяніе на теченіе остеомалаяціи, но и можетъ совершенно излечить ее.

Fehling открылъ, какъ правило, что, остеомалаяція излечивается кастраціей. Существуетъ уже нѣсколько дюжинъ случаевъ, гдѣ по удаленіи яичниковъ проходила даже очень тяжелая остеомалаяція. Интересно, что часто уже на 1—2 день послѣ операціи уменьшались мучительныя боли. Я произвелъ кастрацію одной женщины, которая не могла уже ни ходить, ни стоять, ни держаться прямо. Она теперь снова работаетъ въ полѣ, хотя и осталось искривленіе позвоночника и бедеръ и измѣненія таза. Но кости теперь не болѣзненны и тверды.

Діагнозъ легко поставить на основаніи сказаннаго. Измѣненія въ тазу легко опредѣляются; ихъ считаютъ приобрѣтенными, по тому

что раньше были нормальные роды. Болѣзненность при давленіи на лонное сочлененіе является однимъ изъ первыхъ симптомовъ.

Успѣхъ леченія фосфоромъ настолько хорошъ, что при начинающейся остеомаліаціи всегда нужно, не переходя къ кастраціи, назначить прежде фосфоръ. Дневная доза 0,0001, до 0,0003, въ масляномъ растворѣ. Эту дозу можно давать недѣлями.

Rp: Phosphori 0,015, Olei amygdal. 10,0

Aquae dest. 80,0, gummi arab. 10,0

M. f. emulsio S:1 чайную ложку въ день.

При высокой степени остеомаліаціи скорѣе слѣдуетъ рѣшиться на кастрацію. Она имѣетъ то преимущество, что женщина не можетъ опять забеременѣть. Истощенной женщинѣ сохраняется при этомъ то количество крови, которое теряется при менструаціяхъ. И боли прекращаются. Почти постоянно скоро наступаетъ полное выздоровленіе. Я, правда, знаю также и такой случай, гдѣ кастрація при сильно развитой остеомаліаціи не задержала процесса. Но развѣ есть несомнѣнная терапія противъ какой либо болѣзни.

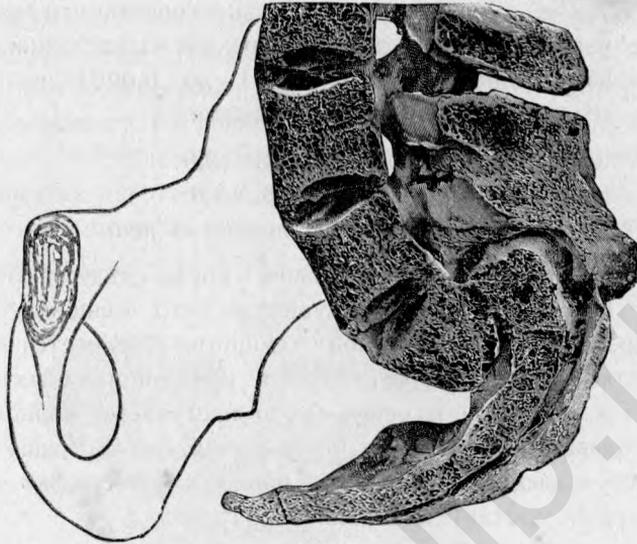
Вмѣсто кастраціи я чаще дѣлалъ удаленіе матки влагалищнымъ путемъ, такъ какъ эта операція вообще болѣе благоприятна въ прсгно-стическомъ отношеніи и не сопряжена съ опасностью всегда возможной у тяжело работающей женщины грыжи.

Спондилолистетическій тазъ.

При спондилолистетическомъ тазѣ (Wirbelgleitbecken) поясничный отдѣлъ позвоночника соскальзываетъ съ мыса кпереди. Слѣдовательно, впереди отъ мыса въ тазовомъ входѣ находятся поясничные позвонки. Вслѣдствіе этого тазовой входъ суживается въ прямомъ размѣрѣ на 5—6 сант. и роды становятся невозможными. Причина этого соскальзыванія позвонковъ лежитъ не въ тѣлахъ позвонковъ и не въ межпозвоночныхъ хрящахъ, потому что позвоночникъ удерживается соединеніемъ позвоночныхъ дужекъ. Такъ какъ и processus spinosus остается на своемъ мѣстѣ, то, въ случаѣ соскальзыванія тѣла позвонка кпереди, должно произойти, слѣдовательно, удлиненіе дужки. Это удлиненіе можетъ произойти вслѣдствіе врожденнаго неправильнаго окостенѣнія дужки позвонка, или же быть слѣдствіемъ травмы, какъ показалъ Neugebauer.

Разсматривая эти тазы съ акушерской точки зрѣнія, нужно признать при нихъ необходимость кесарскаго сѣченія. Но извѣстны и такіе тазы, гдѣ процессъ соскальзыванія только начался, такъ что тазовой входъ еще не очень значительно суженъ.

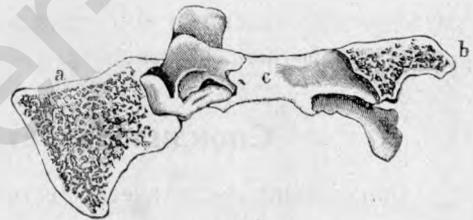
При діагнозѣ принимается въ соображеніе: поразительно глубокое опусканіе поясничной части позвоночника, соотвѣтственно пояс-



63

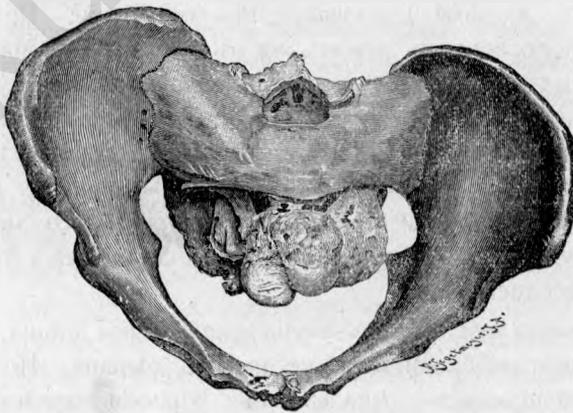
Спондилолистетической тазъ.

ничному лордозу, особая походка, укороченіе живота, прощупываніе глубоко въ тазу позвоночника, а кпереди отъ него мѣста дѣленія аорты, смѣщеннаго вглубь. Если обследовать тазъ подъ наркозомъ, то тотчасъ же опредѣляется ограниченіе пространства въ прямомъ размѣрѣ.



64

Последній поясничный позвонокъ а, тѣло позвонка б, processus spinosus, с, удлинненная дужка позвонка.



65

Опухоль таза.

Остеосаркомы могутъ, какъ показано на фиг. 65, совершенно выполнить родовый каналъ. На *spina bifida anterior* также образуются подобныя опухоли.

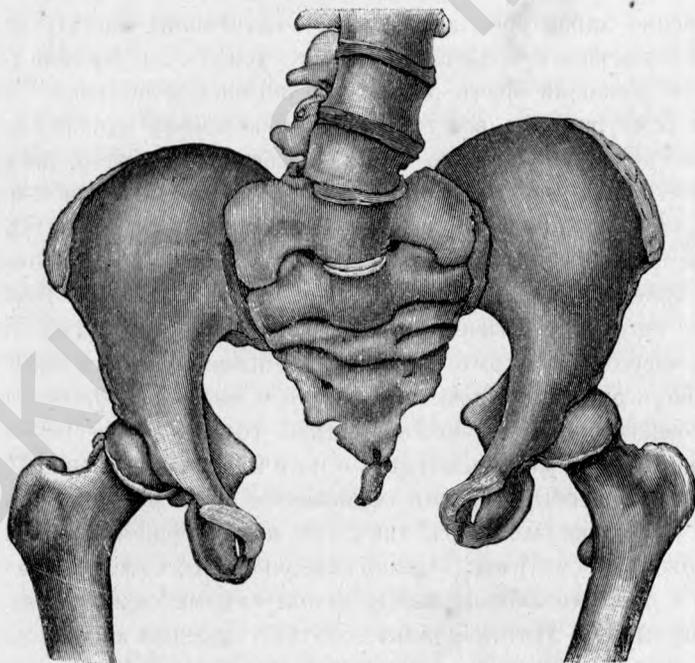
Экзостозы, которые развиваются на костяхъ таза въ дѣтвѣ, были также описаны, какъ препятствіе для родовъ.

Клювовиднымъ «*Stachelbecken*» обозначаютъ такіе тазы, въ которыхъ особенно выдается *tuberculum ileopectineum*.

Для діагноза нужно изслѣдовать подъ наркозомъ. Часто за костныя опухоли принимаютъ другія опухоли, внѣдрившіяся ниже головки, даже мочевого камень, находящійся въ пузырьѣ и прижатый головкой къ лонному сочлененію.

Расщепленный тазъ.

Эти тазы встрѣчаются при расщепленіи мочевого пузыря, но также и при вполнѣ нормальныхъ, неповрежденныхъ брюшныхъ стѣнкахъ. Если лонныя кости не соединяются въ лонномъ сочлененіи,



66

Расщепленный тазъ.

то получается тѣмъ большее расхожденіе подвздошныхъ костей, чѣмъ ниже опущенъ крестецъ. Постепенно крестецъ все больше раздвигаетъ разъединенныя спереди лонныя кости.

Расщепленный тазъ не можетъ представить, понятно, какого либо препятствія для родовъ. Послѣ родовъ вялая матка можетъ выпасть, потому то я удалилъ ее въ одномъ изъ такихъ случаевъ.

Діагнозъ узкихъ тазовъ.

Если нужно поставить діагнозъ у дѣвушки, родители которой желаютъ знать, возможно ли для нея замужество, если приходится высказать рѣшеніе, отъ котораго зависитъ счастье, а можетъ быть и жизнь, въ такомъ случаѣ примѣняются иные діагностическіе методы, чѣмъ тогда, когда врача призываютъ по необходимости въ виду наступившей опасности для жизни, къ роженицѣ, которая не можетъ разрѣшиться.

Въ первомъ случаѣ собираютъ тщательный анамнезъ. Стараются узнать отъ самой пациентки или ея близкихъ, какъ протекло дѣтство, совершалось ли нормально развитіе больной, или она перенесла много болѣзней, не поздно ли научилась она бѣгать или, можетъ быть, — и это особенно характерно для рахита, — научившись въ дѣтствѣ ходить, снова разучилась и должна была долго лежать въ постели, не опредѣлялъ ли домашній врачъ рахита или англійской болѣзни. Во время распроса осматриваютъ все тѣло вообще, величину его, форму головы; наблюдаютъ за дѣвушкой во время ходьбы, не хромаетъ ли она, слѣдовательно, нѣтъ ли укороченія одной ноги, не выше ли одно плечо другого, нѣтъ ли кривизны позвоночника. Затѣмъ пациентка должна раздѣтая лечь въ постель. Ощупываютъ ключицы; выстояніе, *gesp.* сильная кривизна ихъ говоритъ за перенесенный рахитъ. Точно также на груди ищутъ рахитическихъ четокъ, а на суставахъ — слѣдовъ удвоенія членовъ. Затѣмъ заставляютъ повернуться къ себѣ спиной, ощупываютъ *processi spinosi* позвонковъ и изслѣдуютъ нѣтъ ли искривленія позвоночника, что можно видѣть только на совершенно обнаженномъ тѣлѣ. Нужно посмотрѣть и ноги и ощупать голени. Пробуютъ сдѣлать такъ, чтобы крестецъ обрисовался на кожѣ. На *spina posterior ossis ilei* нѣтъ совсѣмъ жира, такъ что при хорошемъ освѣщеніи ихъ всегда можно рассмотреть, въ видѣ поверхностныхъ ямокъ. На 2 пальца выше отъ линіи соединенія между этими ямками лежитъ по средней линіи еще третья замѣтная ямка, соотвѣтствующая *processus spinosus* послѣдняго поясничнаго позвонка. Если вслѣдствіе рахита крестцовая кость повернута около своей поперечной оси кпереди и книзу, тогда эта третья ямка расположена ближе къ линіи, соединяющей двѣ первыхъ ямки, даже иногда на самой этой линіи. Соотвѣтственно рѣзко выраженному лордозу, *processi spinosi* поясничныхъ позвонковъ лежатъ глубоко; средняя часть образуетъ часто глубокой желобъ. При развѣ-

деніи ягодиць видны поразительно хорошо развитія большія губы, resp. vulva: доказательство слишкомъ сильнаго наклоненія таза. Также вводятъ палець въ anus, повернувъ руку ладонью кзади и ощупываютъ вогнутую поверхность крестца.

Затѣмъ измѣряютъ тазъ. Самый важный размѣръ — *conjugata externa*, которая должна равняться 20 сант. Лучше всего, чтобы найти ее, сначала опредѣлить ощупываніемъ въ боковомъ положеніи верхній край лоннаго сочлененія. Потомъ проводятъ одну изъ вѣтвей измѣрительнаго циркуля между бедрами и кончикъ ея фиксируютъ на найденной точкѣ верхняго края симфиза. Здѣсь прижимаютъ и крѣпко удерживаютъ кончикъ циркуля. Второй конецъ циркуля ставятъ при хорошемъ освѣщеніи крестцовой области въ ямку, соотвѣтствующую *processus spinosus* послѣдняго поясничнаго позвонка, прижимаютъ оба кончика циркуля по возможности крѣпко къ костямъ и отмѣчаютъ цифру на измѣрительномъ приборѣ циркуля. Если эта линія 20 сант. длины, то этого результата достаточно, если только нѣтъ никакихъ особыхъ ненормальностей, чтобы высказаться за замужество, resp. поставить хорошій прогнозъ для родовъ.

Еще мѣряютъ разстояніе между остями, которое должно быть 26 сант. длины и между гребешками—29 сант. длины. Слѣдовательно, разница обоихъ размѣровъ равняется 3 сант. Если оба размѣра одинаково укорочены, такъ напр. 24 и 27, то имѣется обще-сѣуженный тазъ. За рахитъ говоритъ менѣе значительная разница, такъ напр. между остями 25 и между гребешками 26. Если разница еще менѣе значительна или если существуетъ обратное отношеніе, т. е. что гребешки лежатъ другъ къ другу ближе, чѣмъ ости, то, навѣрное, существуютъ еще другіе важные нераспознанные признаки рахита, выясняющіе случай. Впрочемъ, было бы заблужденіемъ принимать, что при указанной разницѣ всегда существуютъ эти признаки. Напротивъ, при незначительной степени рахитизма таза именно этотъ признакъ обыкновенно и отсутствуетъ.

Если размѣръ *conjugatae externae* 19 или 18 сант. то изслѣдуютъ общее сложеніе пациентки. При очень маломъ ростѣ это уменьшеніе размѣра хотя и можетъ представить затрудненіе при родахъ, но его можно преодолѣть искуснымъ веденіемъ беременности и родовъ. Если же размѣръ ниже 18, то слѣдуетъ обратить вниманіе, что рожденіе живого ребенка здѣсь подъ вопросомъ, что можетъ понадобится оперативное вмѣшательство, симфизіотомія, перфорация ребенка и что живой ребенокъ можетъ получиться только при преждевременныхъ родахъ. Если размѣръ ниже 16 сант., то имѣется тазъ, при которомъ необходимо кесарское сѣченіе, при которомъ даже перфорация и уменьшеніе ребенка будетъ затруднительна и сопровождаться опа-

сностью для жизни, слѣдовательно, нужно настоятельно отсовѣтовать вступить въ бракъ.

Если дѣло идетъ о беременной женщинѣ, которую приходится изслѣдовать для выясненія втеченія родовъ и, слѣдовательно, возможно произвести внутреннее измѣреніе таза, то измѣреніемъ стараются вполнѣ точно опредѣлить форму и степень суженія таза, какъ снаружи, такъ и внутри. Если акушеръ, приглашенный на роды, упуститъ произвести измѣреніе таза, вслѣдствіе чего трудные роды явились бы для него неожиданностью, то онъ сдѣлаетъ грубую оплошность. Никогда не слѣдуетъ пренебрегать измѣреніемъ таза, хотя бы женщина и казалась абсолютно здоровой, прекрасно сложенной, большой и сильной. Если измѣреніе показало нормальныя отношенія, то уже много выгоды въ установкѣ этого факта; можно успокоить супруговъ вѣроятностью хорошаго прогноза.

Поступаютъ такимъ же образомъ, какъ описано выше. Если *conjugata externa* 20 сант. длины, то этого факта достаточно. Тазъ, представляющій подобный размѣръ, не составитъ затрудненія при родахъ.

Но если размѣръ меньше, то величина таза опредѣляется еще измѣреніемъ разстоянія между гребешками и остями. Если по поводу хромоты пациентки, искривленія позвоночника, resp. перенесенныхъ заболѣваній костей или суставовъ ноги имѣется подозрѣніе на узкій тазъ, то нужно измѣрить еще большіе косые размѣры.

Это производится такъ: концы циркуля ставятся на *spina posterior superior* одной стороны и на *spina ossis ilei anterior* другой стороны. Эти двѣ линіи должны быть одинаковой длины. Если между ними замѣтная разница, то это есть выраженіе степени косаго таза.

Затѣмъ въ боковомъ положеніи ощупываютъ также внутреннюю поверхность крестца, причемъ поворачиваютъ руку ладонью къ передней поверхности его. Часто бываетъ очень легко ощупать такимъ образомъ всю крестцовую кость и дойти до мыса.

Вслѣдствіе того, что при такомъ положеніи щадится чувствительный валикъ мочеиспускательнаго канала, удается пройти рукой значительно выше, чѣмъ въ спинномъ положеніи, такъ какъ беременная не оказываетъ сопротивленія.

Передъ этимъ обслѣдованіемъ вогнутости крестца, прямая кишка должна быть вполнѣ опорожнена. Если кишка сильно наполнена, то это изслѣдованіе невозможно.

Какъ только достигнуть мысъ, то идутъ отъ него въ обѣ стороны, чтобы получилась увѣренность, что изслѣдующій палець не находится на ложномъ мысѣ, — мѣстѣ соединенія двухъ верхнихъ крестцовыхъ позвонковъ. При этомъ способѣ изслѣдованія особенно легко узнаются по своей формѣ косые тазы, такъ какъ можно ощу-

пять углы и вогнутости, образуемые крыльями крестцовой кости съ тѣломъ крестца. Рахитическій тазъ очень низокъ вслѣдствіе сильной кривизны крестцовой кости, поэтому легко удастся дойти до мыса и выше его, тѣмъ болѣе, что беременная матка, resp. ребенокъ, отклоняется въ боковомъ положеніи отъ тазоваго входа. Затѣмъ поворачиваютъ руку кпереди и ощупываютъ заднюю стѣнку лоннаго сочлененія. При этомъ легко составить понятіе объ узкости тазоваго входа, можно установить также, нѣтъ ли костныхъ наростовъ на лонномъ сочлененіи, дѣлающихъ тазъ еще уже.

Полезно также произвести ощупываніе передней поверхности крестца въ стоячемъ положеніи беременной. При этомъ беременная опирается обѣими руками, сильно наклоняетъ впередъ верхнюю часть тѣла, выгибаетъ поясницу, разставляетъ нѣсколько ноги, а задъ откидываетъ какъ можно больше кзади. Благодаря этому увеличивается наклоненіе таза, наружныя половыя части, расположенныя при такомъ тазѣ далеко назадъ, становятся теперь легко доступными; проводя изслѣдующимъ пальцемъ прямо кверху, попадаютъ на верхнюю переднюю поверхность крестца; такимъ образомъ можно очень легко ощупать крестцовую кость, прикрывающую тазовой входъ, точно опредѣлить ея форму, а также, прикасаясь къ лонному сочлененію, судить о длинѣ прямого размѣра.

Послѣднимъ будетъ затѣмъ измѣреніе *conjugata diagonalis*,— линіи, измѣряемой отъ нижняго края лоннаго сочлененія до мыса. Это возможно только въ положеніи на спинѣ. Измѣреніе болѣзненно, неудобно и нескромно, поэтому оно дѣлается послѣднимъ, чтобы беременная съ самаго начала не оказалась нетерпѣливой и не стала бы сопротивляться.

Ягодицы беременной должны быть высоко приподняты, лежать на чемъ либо твердомъ, чтобы акушеръ могъ низко опустить предплечье. Для этого подкладываютъ твердую клинообразную подушку и на край ея кладутъ беременную такимъ образомъ, чтобы ягодицы оказались высоко приподнятыми.

Сперва одинъ, а если возможно, два пальца проводятъ во влагалище, щадя какъ можно больше чувствительный валикъ мочеиспускательнаго канала. Какъ только ясно ощупанъ мысъ, то медленно сильно придавливаютъ палецъ къ верхушкѣ лоннаго сочлененія. Пальцемъ другой руки проходятъ по лонному сочлененію и ногтемъ отмѣчаютъ то мѣсто, гдѣ палецъ соприкасался съ верхушкой лонной дуги.

Замѣтка ногтемъ остается ясной еще нѣкоторое время, такъ что можно вымыть руки до измѣренія. Теперь мѣряютъ измѣрительнымъ циркулемъ или сантиметромъ, положеннымъ на столъ, разстояніе отъ

замѣтки ногтемъ до кончика пальца, который упирался въ мысь. При нормальномъ тазѣ размѣръ долженъ равняться 13 сант. Для опредѣленія длины *conjugata vera* нужно вычсть $1\frac{1}{2}$ до 2 сант. Если при предшествующемъ ощупываніи крестца въ боковомъ положеніи, перпендикулярная вогнутость найдена очень глубокой, а мысь настолько сильно выступающимъ, что онъ лежитъ прямо противъ лоннаго сочлененія, то вычитаютъ меньше; если же мысь прощупывался высоко, то вычитаютъ больше.

Числовыя обозначенія въ миллиметрахъ не имѣютъ смысла. Съ этимъ согласится всякій практической врачъ. Не однимъ только размѣромъ опредѣляется прогнозъ и леченіе. При составленіи сужденія о качествахъ таза размѣръ представляетъ только одинъ изъ фактовъ, который имѣетъ значеніе только при сравнительной оцѣнкѣ его наряду съ остальными фактами, полученными изъ наружнаго измѣренія и положенія головки. Всегда имѣются на лицо два фактора: тазъ и головка ребенка. Невозможно точно опредѣлить величину головки и плотность костей. Точно также нѣтъ опредѣленной точки на мысѣ для измѣренія, какъ и на нижнемъ краѣ лоннаго сочлененія.

Было бы самообманомъ точно опредѣлять длину *conjugata vera* по размѣру *conjugata diagonalis*; здѣсь дѣло идетъ только объ оцѣнкѣ ея и сравненіи съ наружными размѣрами.

Если акушеръ является на роды, которые тянутся уже давно, то уже одинъ фактъ ненормальной продолжительности родовъ наводитъ на діагнозъ.

Послѣ собиранія анамнеза, наружнаго и и внутренняго измѣренія таза, опредѣленія положенія ребенка, способа вставленія головки для первородящей важень діагнозъ степени суженія таза. Такъ какъ здѣсь нельзя опасаться разрыва матки, то спѣшить не слѣдуетъ. Даже и въ томъ случаѣ, если уже появилась лихорадка и если ребенокъ умеръ. Необходимо узнать, установить, возможны или невозможны роды *per vias naturales*.

У многородящихъ слѣдуетъ дополнить анамнезъ свѣдѣніями о предшествующихъ родахъ. Можно уже вывести важныя заключенія, если знать, всѣ ли дѣти рождались мертвыми, кончались ли всякіе роды оперативно, или первый ребенокъ родился, хотя и трудно, но все таки живой.

Прежде всего нужно поставить діагнозъ жизни или смерти ребенка, такъ какъ это имѣетъ рѣшающее значеніе для немедленныхъ мѣропріятій. Затѣмъ нужно тщательно изслѣдовать общее состояніе роженицы. Оно можетъ оказаться настолько серьезнымъ, что потребуетъ немедленное вмѣшательство. Оно можетъ оказаться и настолько

хорошимъ, что будетъ время наблюдать за теченіемъ родовъ и вывести важные діагностическіе признаки.

Послѣднимъ опредѣляется положеніе головки. При узкомъ тазѣ происходятъ извѣстныя отступленія отъ механизма родовъ, настолько характерныя, что положеніе головки имѣетъ значеніе и для діагноза, какъ это будетъ видно изъ описанія теченія родовъ.

Изъ дальнѣйшаго наблюденія, — есть ли поступательное движеніе головки или она остается на прежнемъ мѣстѣ, — тоже можно судить о степени суженія.

Симптомы и теченіе родовъ при узкихъ тазахъ.

Въ первые мѣсяцы беременности узкій тазъ не даетъ никакихъ симптомовъ. Но позднѣе развиваются три явленія, бросающіяся въ глаза даже профанамъ.

Прежде всего при увеличеніи кривизны позвоночника, именно при кифосколиозѣ или при сильномъ поясничномъ лордозѣ разстояніе отъ тазоваго входа до грудной клѣтки бываетъ очень незначительнымъ и пространство внутри живота поэтому очень ограничено. Ребра съ одной стороны могутъ почти соприкасаться съ *crista ilei*. Вслѣдствіе этого для беременной матки въ животѣ не хватаетъ мѣста, какъ это бываетъ у большихъ хорошо сложенныхъ женщинъ. Въ томъ періодѣ, когда у нормальной женщины беременность обыкновенно на первый взглядъ едва замѣтна, при узкомъ тазѣ животъ замѣтно выдается.

Къ тому же бываетъ, что соотвѣтственно усиленію кривизны позвоночника, также увеличено наклоненіе таза. Вслѣдствіе поворота крестца вокругъ поперечной оси, *геср.* опусканія мыса, увеличивается и уголъ наклоненія таза. При стоячемъ положеніи женщины тазовой входъ стоитъ почти перпендикулярно. Поэтому вся тяжесть беременной матки ложится на переднюю брюшную стѣнку, переносится на нее и растягиваетъ ее.

Если брюшные покровы еще плотны и нерастяжимы, какъ у первородящей, то получается приостренная форма живота, — очень сильное выпячиваніе нижней части его, причемъ вершина выпуклости приходится на пупкѣ. Чѣмъ меньше фигура беременной, тѣмъ болѣе поражаетъ это выпячиваніе живота, такъ что профаны, незнающіе точно срока беременности, по этой поразительной величинѣ нижней части живота считаютъ ее гораздо болѣе поздней, чѣмъ это есть въ дѣйствительности. Когда наступаютъ роды, то легко возникаетъ предположеніе, что ребенокъ переносень, слишкомъ великъ и что поэтому роды такъ трудны.

Если брюшные покровы растянуты предшествующими беременностями, то часто бывает и расхождение прямых мышц. Средняя часть брюшной стѣнки состоитъ только изъ кожи, жира, фасціи и брюшины; появляется *hernia lineae albae* и матка вклинивается между прямыми мышцами, раздвигая ихъ. Чѣмъ больше наклоненіе таза, чѣмъ меньше пространство въ животѣ, чѣмъ толще стала брюшная стѣнка, тѣмъ больше отвисаетъ животъ. Матка можетъ такъ низко опуститься спереди, что при стоячемъ положеніи беременной въ послѣднемъ срокѣ, животъ лежитъ на бедрахъ и спускается до колѣнъ.

Вслѣдствіе этого и предлежащая часть отклоняется отъ тазового входа, не прижимается къ нему, не входитъ въ него. Послѣдній слишкомъ узокъ, чтобы служить опорой для головки или ея сегмента. Головка остается поэтому подвижной и отклоняется отъ тазового входа. Вслѣдствіе выстоянія поясничныхъ позвонковъ она отгѣняется въ сторону и легко происходятъ ненормальныя положенія плода, именно поперечныя и косыя.

Матка мягка, ея стѣнки соотвѣтствуютъ по формѣ ея содержанию; при косыхъ положеніяхъ, какъ и при продольныхъ, матка растягивается въ зависимости отъ своего содержимаго. Если при нормальныхъ свойствахъ таза у первобеременной мы почти всегда находимъ продольное положеніе, то причина этого лежитъ не въ маткѣ, а въ нерастяжимыхъ брюшныхъ покровахъ, удерживающихъ матку высоко. Если эта причина исчезаетъ, то получается неправильное положеніе плода. Родовая дѣятельность сама по себѣ или отхожденіе водъ фиксируютъ такое неправильное положеніе ребенка и онъ остается такъ во время родовъ.

Поэтому нижній сегментъ матки снова становится пустымъ. Предлежащая часть не производитъ давленія на самый нижній отдѣлъ матки. Но это давленіе на нижній сегментъ матки играетъ большую роль въ качествѣ причины начала родовой дѣятельности и родовъ. Поэтому у многородящихъ съ узкимъ тазомъ роды часто наступаютъ позже. Слѣдствіемъ этого опять таки является болѣе сильное обызвествленіе, болѣшая плотность черепныхъ костей и чрезмѣрная величина ребенка.

Далѣе, если нѣтъ предлежанія головки, то въ маточный зѣвъ вставляется пузырь и легко можетъ преждевременно разорваться; тогда околоплодныя воды отойдутъ и пуповина, если только она не обвита вокругъ плода, выпадетъ во влагалище или изъ наружныхъ половыхъ частей.

При правильныхъ родахъ головка принимаетъ на себя расширяющую функцію пузыря. При отклоненіи головки или при поперечномъ положеніи этотъ расширяющій моментъ отпадаетъ. Маточный зѣвъ, хотя

и размягчается подь вліяніемъ схватокъ, но не растягивается механически.

А если имѣется косоое положеніе при тазовомъ предлежаніи ребенка, то ножки легко выпадаютъ; онѣ показываются изъ наружныхъ половыхъ частей въ то время, когда маточный зѣвъ еще не раскрытъ.

Вслѣдствіе отсутствія давленія на нижній сегментъ матки и схватки остаются слабыми. Онѣ становятся сильнѣе сначала, когда матка послѣ истеченія водъ вступаетъ въ тѣсное соприкосновеніе съ неправильной поверхностью тѣла плода. Постепенно головка проталкивается своимъ сегментомъ во входъ. Если въ тазовомъ входѣ достаточно пространства, чтобы помѣстилась, по крайней мѣрѣ, часть головки, то матка сильно придавливается между головкой и тазовымъ входомъ,—сзади къ мысу, спереди—къ горизонтальной дугѣ лонной кости. Тогда боли становятся очень сильными, вслѣдствіе реакціи со стороны всей матки на сильное сжатіе и раздраженіе нервовъ.

Благодаря этимъ сильнымъ схваткамъ происходитъ конфигурація, приспособленіе и сжатіе головки. Въ концѣ концовъ, если есть достаточно пространства, она вступаетъ въ тазовой входъ, а затѣмъ и въ полость таза. Но для этого требуется большое число схватокъ и много времени.

Но если тазовой входъ слишкомъ узокъ, то матка все больше и больше сокращается и уменьшается. Она тянетъ шейку, а за нею и влагалище кверху. Вслѣдствіе этого предлежащая часть вытѣсняется изъ тѣла матки въ пространство, образовавшееся изъ сильно растянутого нижняго отрѣзка матки и оттянутого кверху влагалища. Это пространство, ограниченное тонкими стѣнками, заканчивается на верху толстой мускулатурой маточнаго тѣла. Граница между ними ясно прощупываются, иногда ее даже можно видѣть черезъ брюшные покровы, она называется контракціоннымъ кольцомъ. Оно идетъ большею частью косо, потому что и матка лежитъ косо вправо, справа и снизу, вверхъ и влѣво.

Если это кольцо ясно выражено и если оно располагается все выше, то подь нимъ, черезъ истонченный отрѣзокъ часто можно хорошо ощупать плодъ, даже во время схватокъ. Тогда легко происходитъ разрывъ матки, причѣмъ рвется истонченная часть. И еще скорѣе при введеніи руки или инструмента. Внезапное увеличеніе содержимаго матки на объемъ руки или предплечья акушера способствуетъ разрыву истонченной до 2—3 мм. стѣнки.

Чрезмѣрно продолжительные роды имѣютъ также вредныя послѣдствія для общаго состоянія роженицы, для мягкихъ частей родового канала и для ребенка. Лихорадочныя послѣродовыя заболѣванія являются слѣдствіемъ инфекціи во время родовъ. Слѣдовательно, чѣмъ

дольше тянутся роды, тѣмъ больше опасность инфекціи. При бурныхъ родахъ нѣтъ времени для инфекціи. При родахъ, продолжающихся цѣлыми днями, также продолжительна и опасность зараженія, такъ что въ такомъ случаѣ едва ли возможно уберечься отъ послѣдняго.

Наружныя половыя части и влагалище нельзя такъ очистить, какъ руку или нижнюю часть живота передъ лапаротоміей. Нельзя считать кожу живота достаточно продезинфицированной для лапаротоміи, если только оросить ее дезинфицирующими растворами, а голову — если помыть волосы. Такъ же мало можно рассчитывать, что влагалище сдѣлается стерильнымъ подъ вліяніемъ орошеній, гесп. промываній или наружныя половыя части станутъ вполне стерильными послѣ обмыванія.

Затѣмъ близость задняго прохода! Легко происходитъ произвольное выдѣленіе испражнений или слизи изъ кишечника во время рвоты. Пришлось бы безконечно часто повторять спринцеванія и мытье щеткой, для того чтобы обезпечить стерильность половыхъ органовъ на нѣсколько дней. Наружныя половыя части и влагалище нельзя закрыть повязкой.

Если и защитить наружныя половыя части компрессами, то они долго не удержатся. Роженица не лежитъ спокойно, постельное бѣлье не стерильно. Не нужно, слѣдовательно, удивляться, что зародыши попадаютъ на наружныя половыя части. Нужно только осторожно изслѣдовать, потому что при этомъ, какъ и во время процесса родовъ на разрыхленномъ эпителиальномъ слоѣ получаютъ маленькія ранки. Онѣ доставляютъ питательный матерьялъ и образуютъ ворота для инфекціи.

Ясно, что при такихъ условіяхъ, когда роды длятся цѣлыми днями, облегчается возможность инфекціи. Такъ и наблюдаютъ, что, несмотря на всевозможныя предосторожности въ смыслѣ антисептики, при очень затянувшихся родахъ и узкомъ тазѣ часто появляется лихорадка: начало инфекціи. Это настолько обычно, что мы не удивляемся въ настоящее время, если, напр. лихорадочное заболѣваніе появится у женщины, у которой цѣлую недѣлю тянутся искусственные прежевременныя роды. Въ старину это было извѣстно также, какъ и намъ; тогда считали, что продолжительная родовая дѣятельность ведетъ къ воспаленію матки.

Будетъ ли инфекція опасной или нѣтъ, — зависитъ совершенно отъ случайности, — напр. отъ вирулентности и вида кокковъ. Но во всякомъ случаѣ нельзя говорить о недостаткахъ метода дезинфекціи, если женщина залихорадитъ, гесп. будетъ инфицирована послѣ продолжительныхъ родовъ.

Вмѣстѣ съ тѣмъ ясно, что продолжительное теченіе родовъ при узкомъ тазѣ ухудшаетъ прогнозъ для матери уже само по себѣ, безъ другихъ какихъ либо поврежденій или неблагоприятныхъ обстоятельствъ.

Затѣмъ нужно принять во вниманіе раны и разможженіе тканей. Если головка должна пройти черезъ тазъ, слишкомъ узкій для нея, то мягкія части будутъ, при этомъ подвергаться давленію дольше, чѣмъ при нормальныхъ родахъ. Вслѣдствіе этого происходятъ какъ маленькія поверхностныя потери вещества, такъ и болѣе значительныя поврежденія. И тѣ и другія образуютъ для инфекции ворота. И тѣ и другія доставляютъ питательный матерьялъ для кокковъ. Въ малокровныхъ тканяхъ, находящихся продолжительное время подъ давленіемъ, съ плохимъ питаніемъ кокки развиваются легче, чѣмъ въ нормальныхъ тканяхъ, снабженныхъ хорошей артеріальной кровью. Такъ какъ это продолжительное давленіе можетъ повести къ некрозу и вслѣдствіе присутствія кокковъ къ гангренѣ прижатыхъ участковъ ткани, то происходятъ потери вещества, которыя, захватывая влагалище и стѣнку пузыря, ведутъ къ образованію фистуль.

А если приходится оперировать для спасенія матери или ребенка, то манипулируютъ при этомъ на наружныхъ половыхъ частяхъ, которыя не асептичны. Даже при употребленіи спринцеваній легко ввести кокки рукой или инструментомъ въ полость матки и втереть ихъ непосредственно въ ранки, гдѣ они и проявятъ свою опасную жизнедѣятельность, разовьютъ токсины и будутъ дѣйствовать отравляющимъ образомъ, какъ мѣстно, такъ и на весь организмъ.

И ребенокъ находится въ опасности. Послѣ истеченія водъ матка становится меньше; она будетъ тѣмъ меньше, чѣмъ дольше тянется родовая дѣятельность. Отъ этого всѣ сосуды въ маткѣ становятся меньше, мѣсто прикрѣпленія послѣда сокращается, послѣдъ — также. Количество крови, проходящее черезъ сосуды, дѣлается меньше, поэтому уменьшается и притокъ кислорода. Въ концѣ концовъ кислорода не хватаетъ для поддержанія жизни ребенка, онъ умираетъ отъ недостатка кислорода: задыхается. Нельзя выразить въ цифрахъ насколько быстро это наступаетъ. Если всѣ воды отошли и схватки быстро слѣдуютъ другъ за другомъ, ребенокъ умираетъ скоро. Если схватки слабыя, то ребенокъ можетъ долго оставаться живымъ, несмотря на отхожденія водъ.

Ребенокъ, умершій внутриматочно всегда погибаетъ отъ отравленія углекислотой, онъ задыхается и патологоанатомически представляетъ всѣ признаки удушенія. Обычно такой ребенокъ, если онъ доношенный, дѣлаетъ дыхательныя движенія, всасывая въ себя все то, что находится у него во рту и около рта. Такъ какъ при умiranіи ребенка отходитъ меконій и смѣшивается съ околоплодными

водами, то во рту, въ трахеѣ, часто даже въ тонкихъ бронхахъ находится зеленоватая, окрашенная меконіемъ жидкость, которую втянулъ въ себя ребенокъ. Мертвый бѣлый ребенокъ запачканъ буроватымъ меконіемъ.

На поверхности нерастянутыхъ, плотныхъ, твердыхъ, блѣдныхъ легкихъ, не содержащихъ воздуха, въ сердечной сумкѣ и на поверхности сердца замѣчаются такъ называемые субплевральные экхимозы; маленькія кровоизліянія, величиною съ горошину, происшедшія вслѣдствіе разрыва маленькихъ сосудовъ при преждевременномъ дыханіи. Эти кровяныя точки служатъ вѣрнымъ признакамъ смерти отъ удушія. И на поверхности мозга находятся нерѣдко болѣе значительныя кровоизліянія, не травматическаго происхожденія.

Если образующія газы гнилостныя бактеріи попадаютъ изъ кишечника во влагалище, а оттуда въ матку, то процессъ разложенія распространяется и на матку. Причиной переноса можетъ быть какъ изслѣдующій палецъ, такъ и перемѣна положенія женщины, причемъ маточный зѣвъ иногда располагаетъ глубже влагалищнаго свода, напр. при боковомъ положеніи. При этомъ матка опускается ниже, тянетъ за собою маточный зѣвъ; такимъ образомъ содержимое влагалища также всасывается въ матку или постепенно стекаетъ въ цервикальный каналъ.

Тогда въ маткѣ начинается разложеніе съ образованіемъ газовъ. Обыкновенно это наступаетъ не сразу, такъ какъ для развитія процесса гніенія нужно около 8 часовъ. За это время ребенокъ тоже умираетъ и тоже можетъ подвергнуться разложенію. При рожденіи такого ребенка можетъ появиться настолько противный запахъ, что съ трудомъ можно дышать.

Но если случайно разложеніе наступило уже при началѣ родовъ, то оно можетъ перейти на полость матки еще при живомъ ребенкѣ. Уже часто наблюдалось образованіе газовъ и тимпанитъ матки при живомъ ребенкѣ. Если продукты разложенія попадаютъ въ ротъ ребенка или при преждевременныхъ дыхательныхъ движеніяхъ въ легкія, то онъ вкорѣ умираетъ отъ сепсиса, отъ пневмоніи.

Непосредственная опасность для жизни ребенка заключается въ ограниченіи пространства. Какъ при произвольныхъ родахъ, такъ особенно при искусственномъ родоразрѣшеніи при помощи инструментовъ черепъ можетъ быть настолько сдавленъ, что получается переломъ костей. Изъ мѣста перелома богатой кровью растущей кости кровь собирается надъ мозгомъ и ребенокъ умираетъ отъ давленія на мозгъ.

При значительномъ сдвиганіи костей въ салитальномъ швѣ можетъ произойти разрывъ находящагося надъ нимъ *sinus longitudinalis*, вслѣдствіе чего происходитъ смертельное кровотеченіе надъ мозгомъ.

Вмѣстѣ съ тѣмъ, исключая тѣ случаи, при которыхъ требуется перфорация, жизнь ребенка многократно подвергается опасности.

Какъ уже упомянуто выше, нерѣдко встрѣчается выпаденіе пуповины. Если пуповина обвита вокругъ ребенка, то она не можетъ выпасть. Но если она лежитъ свободно около ребенка, то при излитіи водъ она выпадаетъ въ томъ случаѣ, когда матка не закрыта какой либо частью тѣла.

И въ болѣе позднемъ срокѣ родовъ, когда схватками выжимается все, что находилось свободнымъ въ полости матки, пуповина можетъ быть оттѣснена вмѣстѣ съ ребенкомъ. Она попадаетъ во влагалище. Если это произошло при узкомъ зѣвѣ, то жизнь ребенка въ большой опасности, потому что уже незначительное давленіе на пуповину прекращаетъ въ ней кровообращеніе. Если маточный зѣвъ настолько широкъ, что можно окончить роды, то хотя опасность и меньше, но во всякомъ случаѣ необходимыя манипуляціи ухудшаютъ прогнозъ, если онѣ не ведутъ быстро къ цѣли.

Теченіе родовъ при узкомъ тазѣ.

При узкомъ тазѣ головка встрѣчаетъ препятствіе въ тазовомъ входѣ, она вставляется во входъ, но не можетъ пройти черезъ узкое мѣсто. По способу вставленія головки можно сдѣлать заключеніе какъ о формѣ тазоваго входа, такъ и о степени суженія. Слѣдовательно, если нельзя было опредѣлить узкій тазъ на основаніи анамнеза или измѣренія, то его можно распознать по типичному способу вставленія головки.

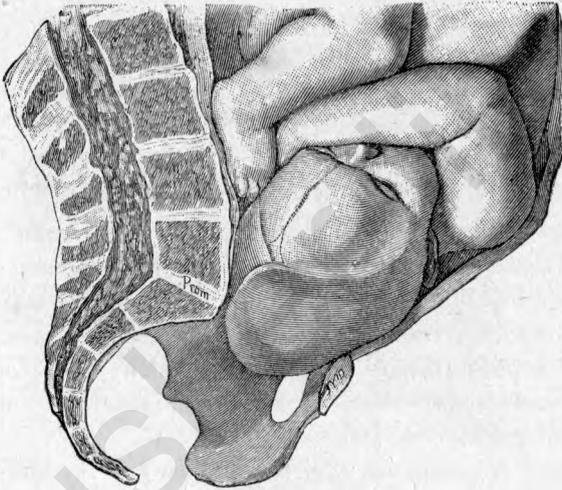
Равномѣрно суженный тазъ вызываетъ глубокое опусканіе затылка. Со всѣхъ сторонъ тазоваго входа препятствія равномѣрно слишкомъ значительныя (см. стр. 90). Поэтому и зависящій отъ нихъ типичный поворотъ головки затылкомъ книзу выраженъ необыкновенно сильно. Типичными данными изслѣдованія при равномѣрно суженномъ тазѣ будутъ слѣдовательно: опусканіе затылка, глубокое стояніе малаго родничка.

Головка, какъ желѣзо при вытягиваніи его въ проволоку, сжата въ слишкомъ узкомъ каналѣ въ продольномъ направленіи, лобно-затылочный размѣръ произвольно родившагося послѣ продолжительной родовой дѣятельности ребенка поразительно длиненъ, головка имѣетъ долихоцефалическую форму.

Родовая опухоль находится въ прямомъ отношеніи къ родовой дѣятельности. Чѣмъ сильнѣе и продолжительнѣе схватки, тѣмъ больше головная опухоль. Если акушеръ приглашенъ на роды, затянущіеся втеченіе нѣсколькихъ дней и если на затылкѣ

выдается очень большая опухоль, которая может удлинить костный черепъ на 3—5 сант. кзади, то палецъ доходить до головки тотчасъ же надъ тазовымъ дномъ. Швы и роднички не прощупываются. Легко возможна ошибка: считаютъ, что головка прошла черезъ тазовой входъ, тогда какъ большій отдѣлъ ея стоитъ въ тазовомъ входѣ и надъ нимъ.

При наиболѣе часто встрѣчающихся узкихъ тазахъ, сѣуженныхъ въ *conjugata*, мысъ необыкновенно рѣзко выдается впередъ. За него зацѣпляется задняя темянная кость. По направленіи къ мысу образуется настолько сильное давленіе, что на прижатыхъ мягкихъ частяхъ черепа появляется ясный знакъ отъ давленія, даже кость очень сильно вдавливается: ложкаобразное вдавленіе.



67

Переднее темянное вставленіе по Smellie.

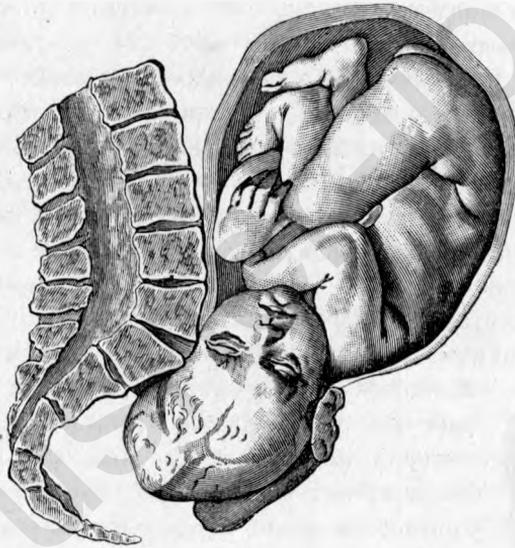
Но передняя темянная кость передвигается внизъ по равномерно вогнутой передней половинѣ таза, вмѣстѣ съ тѣмъ передняя темянная кость опускается, тогда какъ задняя задерживается назади. Слѣдовательно, головка поворачивается такимъ образомъ, что стрѣловидный шовъ находится совсѣмъ назади, у мыса.

Затылокъ, *resp. dist. biparietalis* слишкомъ великъ, чтобы пройти черезъ сѣуженный тазовой входъ, онъ задерживается. Если схватки сильны, если подъ влияніемъ ихъ происходитъ болѣе глубокое опусканіе головки, то съ другой стороны таза глубже всего опускается лобъ.

А такъ какъ поперечный размѣръ таза наибольшій, то въ немъ и становится наиболѣе длинный размѣръ головки, — лобкозатылочный.

Слѣдовательно, при слишкомъ короткой *conjugata* мы находимъ типичное вставленіе головки, заключающее три отклоненія отъ нормы: опусканіе передней темянной кости, опусканіе лба и поперечное стояніе.

Слѣдовательно, если мы находимъ стрѣловидный шовъ идущимъ поперечно, у самаго мыса и большой родничекъ ниже малаго, то этимъ опредѣляется тазовой входъ, суженный въ прямомъ размѣрѣ. А такъ какъ въ большинствѣ случаевъ при такомъ вставленіи особенно бросается въ глаза ненормально глубокое стояніе передней темянной кости, то мы называемъ это вставленіе: передне-темяннымъ. Легко узнать это вставленіе на фиг. 67, изображенной Smellie болѣе 100 лѣтъ назадъ и до сихъ подъ еще представляющей наилучшій схематическій рисунокъ.



68

Заднее темянное вставленіе по Smellie.

Въ рѣдкихъ случаяхъ вставленіе представляетъ обратныя отношенія, такъ что глубже опускается задняя темянная кость: задне-темянное вставленіе (фиг. 68).

Въ такихъ случаяхъ ось матки должна была лежать назадъ, если только это вставленіе головки не вызвано искусственно отодвиганіемъ головки, давленіемъ на нее или попытками къ наложенію щипцовъ.

Временно оно встрѣчается и при широкомъ тазѣ.

Подъ вліяніемъ схватокъ головка конфигурируется, т. е. кости надвигаются другъ на друга въ швахъ, прежде всего въ стрѣловидномъ швѣ. Задняя темянная кость вдавливается и уплощается при перед-

немъ темянномъ вставленіи, а передняя, освободившись отъ давленія, также выдвигается надъ черепной покрывкой. Какъ только, подъ вліяніемъ этого измѣняющаго форму давленія, поперечные размѣры головки настолько уменьшатся, что придутъ въ соотвѣтствіе съ размѣромъ конъюгаты, черепъ, приспособленный теперь по своей формѣ къ тазовому входу, подъ вліяніемъ схватокъ пройдетъ черезъ входъ въ полость таза. Такъ какъ при плохомъ тазѣ выходъ большею частью широкій, то препятствій больше не бываетъ. Но часто въ то же время стихаютъ схватки, которыя были очень сильными вслѣдствіе очень сильнаго раздраженія и давленія головки на нервы шейки. Какъ только прекратилось это раздраженіе, прекращаются и сильныя схватки. Но если схватки остаются хорошими, или онѣ появятся снова, или акушеръ наложить щипцы, то препятствіе со стороны тазоваго выхода тотчасъ же побѣждается.

Но если входъ въ тазъ очень узокъ, то головка останется у входа, во входѣ или выше его. Выпуклость головки прощупывается у тазоваго входа, гдѣ она бываетъ подвижной или плотно прижатой. Черепъ прикрываетъ тазъ, какъ плоская доска. Снаружи головка прощупывается по всей своей окружности надъ тазомъ. Снутри, вслѣдствіе сильнаго опусканія передней темянной кости стрѣловидный шовъ, находящійся высоко кзади и вверху у мыса не достигается. Съ боку удается прощупать лобъ. Большой родничекъ помѣщается иногда у самаго мыса, который выдается такъ рѣзко, что его можно хорошо ощупать. Въ такихъ случаяхъ имѣется тазъ, *conjugata* котораго не длиннѣе 7—7 $\frac{1}{2}$ сант., а или она длиннѣе, то у ребенка очень плотная большая голова, форма которой не измѣняется подъ вліяніемъ схватокъ. Не измѣняется еще и потому, что она вообще не приспособилась ко входу, а находится подъ вліяніемъ одинаковаго давленія съ остальнымъ содержимымъ полости матки.



(69)
Уплотненіе правой темянной кости, зажатіе ея подъ лѣвую темянную, выдавшуюся вверхъ, послѣ родовъ въ I положеніи.

Тогда нѣтъ рѣчи о какомъ либо особомъ механизмѣ. Роды вполне доношеннымъ ребенкомъ *per vias naturales* невозможны.

Родившаяся головка носить на себѣ слѣды того насилія, которому она подвергалась. Поэтому она имѣетъ косую форму. Задняя темянная кость такъ вдавливается въ черепъ подъ переднюю и такъ уплощается, что уголь, образуемый обѣими темянными костями у *tuber parietale*, становится болѣе тупымъ.

Эти сгибанія и сдвиганія костей выравниваются въ болѣе или менѣе продолжительное время. Черезъ 3—4 мѣсяца исчезаетъ всякій слѣдъ измѣненій.

Переломы черепа не всегда бываютъ смертельными, — произошли ли они при извлеченіи или самопроизвольно. Все зависитъ отъ величины перелома и оттого, не проходитъ ли изломъ по такому мѣсту кости, которое обильно снабжено кровью. Если отломился только уголь кости, напр. по близости шва, то переломъ заживаетъ безъ дальнѣйшаго ущерба.

Степень поврежденій отъ давленія весьма различна въ зависимости отъ узости входа. Часто видно только красную полосу на томъ мѣстѣ, гдѣ головка прошла по мысу. Если это мѣсто долго было прижато къ мысу, то оно можетъ быть настолько обезкровлено, что получается некрозъ и остается сросшійся съ костью рубецъ.

При насильственномъ извлеченіи головки на костяхъ получается ложкообразное вдавленіе отъ мыса. И эти часто весьма глубокія вдавленія зарастаютъ вполне и даютъ хорошій прогнозъ.

Съ другой стороны, я часто видѣлъ случаи идиотизма высшей степени вслѣдствіе родовыхъ поврежденій черепа.



70
Знакъ отъ давленія мысомъ.

Лечение.

Искусственный выкидышъ.

При настоящемъ состояніи науки искусственный выкидышъ показанъ только при остеомалятическомъ тазѣ и именно потому, что эта болѣзнь особенно быстро развивается какъ разъ во время беременности.

Слѣдовательно, если напр. больная остеомаляціей измучена болями, если она быстро теряетъ способность къ работѣ, то слѣдуетъ произвести выкидышъ по тремъ причинамъ: во первыхъ, вслѣдствіе предполагаемыхъ очень тяжелыхъ родовъ, во вторыхъ, — вслѣдствіе быстрого хода болѣзни костей, и въ третьихъ, чтобы возможно скорѣе приступить къ кастраціи и этимъ окончательно излечить болѣзнь.

Если тазъ позволяетъ доступъ снизу, resp. если матка еще мала, а тазъ не очень суженъ, то удаляютъ влагалищнымъ путемъ матку вмѣстѣ съ яичниками, чтобы ограничиться единовременнымъ вмѣшательствомъ и именно болѣе благопріятнымъ въ прогностическомъ отношеніи, чѣмъ лапаротомія. Если беременность болѣе поздняя, больше 5 или 6 мѣсяцевъ, то можно ждать, пока ребенокъ будетъ жизнеспособнымъ и сдѣлать операцію Рогго: кесарское сѣченіе съ удаленіемъ матки и придатковъ.

Этотъ методъ рѣшительно благопріятнѣе въ прогностическомъ отношеніи, чѣмъ кесарское сѣченіе и удаленіе яичниковъ.

При этомъ у насъ имѣется три раны, двѣ боковыхъ на придаткахъ, и одно на маткѣ; при Рогго у насъ только одна рана, которая при обшиваніи культи совершенно отграничивается отъ полости брюшины.

Слѣдуетъ принимать во вниманіе желаніе самой беременной и ея близкихъ.

При другихъ узкихъ тазахъ съ наружной конъюгатой ниже 15 сант., т. е. при невозможности родовъ я настоятельно совѣтоваль бы ждать, чтобы затѣмъ произвести кесарское сѣченіе. Я самъ за себя отказался бы отъ выкидыша въ виду хорошаго прогноза кесарскаго сѣченія. Но я не осудилъ бы врача, который произвелъ бы выкидышъ по желанію беременной или ея родныхъ, изъ боязни передъ большой операціей кесарскаго сѣченія. Ни по закону, ни изъ нравственнаго чувства нельзя запретить производство выкидыша при невозможности родовъ.

Діета, чтобы получился маленькій ребенокъ.

Втеченіе столѣтій постоянно обсуждается вопросъ о діетѣ съ цѣлью получить маленькаго ребенка. Наблюденія учатъ, что, дѣйствительно, беременная, которая очень много ѣстъ, постоянно лежитъ, производитъ на свѣтъ большаго ребенка и что у истощенныхъ женщинъ, напр. при непрерывной рвотѣ или у такихъ, которыя очень мало ѣдятъ втеченіе всей беременности или съ порокомъ сердца, дѣти очень маленькія.

Теперь даже научно установлено что обильное питаніе ведетъ къ отложенію жира, но при этомъ важно не столько качество, сколько количество пищи. Именно, ограниченіе мясомъ не нарушитъ притока извести и доставляетъ ребенку матерьялъ для образованіе костей, слѣдовательно черепъ будетъ слишкомъ плотнымъ и мало способнымъ къ конфигураціи. Слѣдовательно, я всецѣло того мнѣнія, что какъ учить опытъ, скудная діета имѣетъ вліяніе на величину ребенка, но я не думаю, что опредѣленная діета, воздержаніе отъ жидкостей, углеводовъ и т. д. сдѣлаютъ ребенка маленькимъ. Съ другой стороны правильно, что врачъ долженъ дать опредѣленныя предписанія, и что общее выраженіе, не ѣсть много, практически мало пригодно. Слѣдовательно, требуется въ каждомъ данномъ случаѣ установить, въ какомъ состояніи питаніе, и затѣмъ ограничить питаніе лишеніемъ какой либо опредѣленной пищи.

Брюшной бинтъ.

Я считаю чрезвычайно важнымъ, особенно для многородящихъ, во время беременности носить на животѣ цѣлесообразный бинтъ, чтобы противодѣйствовать при помощи его вредному вліянію

отвислаго живота. Врачъ долженъ самъ наложить бинтъ и провѣрить, дѣйствительно ли онъ высоко поддерживаетъ животъ. Отношенія индивидуально весьма различны. Часто поясничный отдѣлъ позвоночника настолько вогнутъ, что къ бинту приходится прибавить еще подтяжки черезъ плечи. Бинтъ нужно носить уже съ 4 мѣсяца, потому что, если въ болѣе позднемъ періодѣ образовался уже отвислый животъ и если беременная привыкла къ этому *situs viscerum*, то она не будетъ хорошо переносить тугаго бинта, который вдругъ даетъ совсѣмъ другое положеніе животу. Врачъ долженъ по временамъ осматривать бинтъ, если нужно, то и мѣнять его, чтобы онъ оказался цѣлесообразнымъ и при дальнѣйшемъ увеличеніи живота. Этимъ путемъ вѣрнѣе всего получается головное положеніе, постоянно дающее наилучшій прогнозъ какъ при широкомъ, такъ и при узкомъ тазѣ. Я думаю, что такая поддержка нормального положенія матки служить также профилактической мѣрой противъ разрыва матки, потому что нижній сегментъ матки предохраняется отъ чрезмѣрнаго растяженія. Точно также и брюшной прессъ предохраняется бинтомъ отъ слишкомъ сильнаго растяженія и остается болѣе дѣйствительнымъ во время родовъ.

Искусственные преждевременные роды.

Самымъ важнымъ профилактическимъ мѣропріятіемъ является веденіе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ,— операция, какъ разъ созданная для практическаго врача! Прогнозъ ея зависитъ отъ скорости, съ которой удалось вызвать хорошія схватки и отъ легкости расширенія маточнаго зѣва.

Очень рѣдко можно провести искусственные преждевременные роды у первородящей. Но что они и здѣсь также показаны и дозволены, какъ и у многородящей,—это несомнѣнно, потому что показаніемъ къ операциі служатъ пространственныя отношенія, которыя всегда одинаковы.

Узкій тазъ, и именно умѣренно суженный, не даетъ никакихъ симптомовъ во время беременности, а поэтому и рѣдко своевременно прибѣгаютъ къ врачебной помощи. Съ другой стороны, и первые дѣти бываютъ относительно малы, можно, затѣмъ, съ полнымъ основаніемъ надѣяться на очень большую помощь со стороны неповрежденнаго еще брюшнаго пресса первородящей. Является выводъ, что у первородящей нечего бояться разрыва матки. И такъ, у первородящихъ при тазѣ съ наружной конъюгатой 18—19 сант. нужно ждать произвольныхъ родовъ. Но если наружная конъюгата таза 16—17 сант., то показаны безопасные искусственные преждевременные роды, если беременная не желаетъ подвергаться риску болѣе опасной операциі,—симфизиотоміи или кесарскому сѣченію.

Прогнозь гораздо менѣе благопріятенъ для первородящей, чѣмъ многородящей, потому что нельзя знать, скоро ли наступятъ роды, потому что околоплодная вода легко отходятъ преждевременно, потому еще, что маточный зѣвъ расширяется медленно и поэтому наступленіе родовъ задерживается на очень продолжительное время.

Часто при продолжительныхъ родахъ наступаетъ лихорадка (см. стр. 342). Это требуетъ быстрого вмѣшательства въ интересахъ матери. Къ сожалѣнію, въ такомъ случаѣ часто приходится пожертвовать ребенкомъ, гспр. какъ можно скорѣе сдѣлать перфорацию. Итакъ, врачъ не можетъ дать обнадеживающихъ обѣщаній при веденіи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ и такой, только относительно хорошей, прогнозъ удерживаетъ многихъ отъ операциі. Принимая въ расчетъ послѣдствія, будетъ, вообще, правильнѣе у первородящей — ждать, предоставивъ ребенку умереть, или сдѣлать перфорацию, если понадобится, а затѣмъ позже съ болѣе благопріятными шансами произвести искусственные преждевременные роды уже у многородящей у которой маточный зѣвъ скорѣе расширяется и представляетъ меньше препятствій. У многородящихъ часто встрѣчается такое положеніе дѣла, что врачъ послѣ неблагополучнаго теченія первыхъ родовъ совѣтуетъ произвести искусственные преждевременные роды. Тазь теперь точно извѣстенъ. Изъ повторныхъ измѣреній, изъ наблюденія при первыхъ родахъ извѣстно, каковы его размѣры. Съ спокойной совѣстью и съ полной надеждой на успѣхъ совѣтуютъ искусственные преждевременные роды.

Здѣсь прежде всего необходимо точно опредѣлить срокъ беременности. Для этого въ нашемъ распоряженіи анамнезъ и изслѣдованіе. Требуютъ, чтобы женщина сама точно опредѣлила время прекращенія менструацій. Врачъ изслѣдуетъ черезъ каждыя 4 недѣли, тщательно отмѣчаетъ все найденное, сравниваетъ эти данныя и точно слѣдитъ за развитіемъ беременности. Чѣмъ позднѣе производятся преждевременные роды, тѣмъ лучше для ребенка. Наилучшимъ временемъ будетъ 4 недѣли *ante terminum*. Конечно головка въ это время уже больше тазового входа. Но головка мягка, легко сжимаема, она лучше приспособляется, мягкія кости гнутся, но не ломаются. И здѣсь очень важна профилактика, т. е. ношеніе бинта, чтобы сохранить дѣйствительность брюшнаго пресса и получить головное положеніе.

У опытнаго акушера точку опоры можетъ дать ощупываніе головы, такъ какъ величина ея опредѣляется очень хорошо снаружи именно въ такомъ случаѣ, благодаря ея высокому стоянію.

Когда время настало, то нужно позаботиться о пріисканіи кормилицы или такой кормящей женщины, которая можетъ дать новорожденному тотчасъ же своего молока.

Кормилица должна на первое время оставить при себѣ своего ребенка, такъ какъ преждевременно родившійся ребенокъ не сосетъ много, а когда онъ будетъ въ состояніи сосать, то не можетъ, если грудь тугая, наполненная молокомъ. Если же молоко будетъ застаиваться у кормилицы, то отдѣленіе молока можетъ очень скоро прекратиться.

Въ качествѣ подготовительной мѣры необходимо тщательное опорожнение кишечника. Врачъ долженъ самъ видѣть стулъ, чтобы знать, что, дѣйствительно, удалены всѣ старыя испражненія. Затѣмъ самымъ тщательнымъ образомъ дезинфицируютъ половую щель и наружные половые органы. Женщину кладутъ въ Симсовское боковое положеніе, раскрываютъ зеркаломъ влагалище, оттягиваютъ внизъ Мюзеевскими щипцами шейку и промываютъ влагалище, шейку и доступную часть цервикальнаго канала растворомъ сулемы. Теперь можно продвинуть бужи прямо въ маточный зѣвъ, не прикасаясь ими къ наружнымъ половымъ частямъ или влагалищу. Если же вводить бужи въ матку при положеніи на спинѣ и при закрытомъ влагалище, то легко занести вверхъ влагалищный секретъ, который никогда не бываетъ стерильнымъ, несмотря на всѣ спринцеванія.

Вводятся въ шейку хорошо продезинфицированные бужи приблизительно отъ 8 до 9 мм. толщиною. Бужи изъ целлулоида слишкомъ тверды, они легко проходятъ въ мышечную ткань и причиняютъ опасныя поврежденія. Бужи направляются кверху въ такомъ направленіи, въ какомъ они легко идутъ. Въ боковомъ положеніи головка отходить къ тѣлу матки, такъ что по задней стѣнки послѣдней бужи легко проводятся кверху. Если ощущается препятствіе, то выбираютъ другую сторону. Большею частью удастся провести вверхъ 2, 3 или 4 бужа. Нерѣдко при этомъ идетъ кровь. Но я неоднократно видѣлъ на родившихся послѣдахъ что 1 или даже 2 бужа попадали между послѣдомъ и маткой, не вызывая кровотеченія и не причиняя опасности жизни ребенка. Точно также иногда верхушка бужа, натолкнувшись на ребенка, отклоняется и прорываетъ яйцевыя оболочки. Тогда отходить нѣкоторое количество околоплодныхъ водъ, но не много. Особенно, если наступили схватки. Это также не вредитъ, такъ какъ при высокомъ мѣстѣ разрыва яйцевыхъ оболочекъ, изливается только умеренное количество околоплодныхъ водъ, такъ что можетъ еще образоваться околоплодный пузырь. Послѣ излитія водъ наступаютъ даже скорѣе схватки.

Бужи окружаются тампономъ изъ іодоформенной марли, а на половыя части кладется большой компрессъ, намоченный въ растворѣ лизола. Затѣмъ врачъ долженъ сказать, что схватки часто наступаютъ только по прошествіи нѣсколькихъ дней, чтобы беременная не ждала, что немного спустя появится ребенокъ. Если схватки долго заста-

вляють себя ждаты, то беременная становится нетерпѣливой, боязливой, возбужденной, что снова вредно вліяетъ на родовую дѣятельность.

Если маточный зѣвъ очень мягокъ, проходимъ для пальца, а сильныя схватки не появляются, то можно также ввести въ матку сложенный кольпейринтеръ и наполнить его растворомъ лизола или борной кислоты.

Если боли не появятся скоро, то дѣлають массажъ матки, причемъ сильно оттѣсняютъ головку ребенка къ стѣнкѣ нижняго сегмента матки къ тазовому входу. Часто при вялой матки этимъ массажемъ скоро вызываются схватки. Хотя онѣ скоро опять проходятъ, но новый массажъ снова вызываетъ ихъ, постепенно онѣ становятся правильными, сильными, тогда уже и дѣйствительными.

Если же послѣ введенія кольпейринтера и массажа схватки не появились, то сильно растягиваютъ кольпейринтеръ при помощи дальнѣйшихъ вливаній въ него жидкости и прикрѣпляютъ къ трубкѣ его грузъ въ 1—2 кило. Тяжесть груза и давленіе кольпейринтера дѣйствуютъ аналогично со вступленіемъ головки, вызываютъ схватки и механически расширяютъ маточный зѣвъ.

Тщательно слѣдятъ за температурой. Если она остается нормальной, то можно ждать. Именно подобные, медленно протекающіе случаи даютъ хорошій прогнозъ. Но если температура повышается, то нужно ускорить роды. Единственно безопаснымъ средствомъ для этой цѣли есть потягиваніе за кольпейринтеръ, который слѣдовательно, можно примѣнить для расширенія маточнаго зѣва и въ тѣхъ случаяхъ, въ началѣ которыхъ употреблялись бужи.

Нужно постоянно имѣть въ виду, что для жизни ребенка важно ускореніе родовъ. Если головка стоитъ высоко надъ тазомъ, если она не внѣдрилась еще съ помощью схватокъ во входъ таза, то нужно рѣшиться сдѣлать поворотъ, какъ только это позволить ширина маточнаго зѣва. Поворотъ при маленькомъ ребенкѣ не труднѣе, чѣмъ при большомъ. Какъ разъ при высокомъ стояніи матки очень легко дѣйствовать на ягодицы снаружи. Часто удается быстро захватить ножки близко отъ головы, легко произвести поворотъ и быстро извлечь ребенка. Послѣдующая мягкая головка, съ помощью одновременнаго сильнаго воздѣйствія снаружи, безъ затрудненія проходитъ тазовой входъ. Тазовой выходъ, помимо того, широкъ въ рахитическомъ тазу, а мягкія части не представляютъ никакого препятствія прохожденію маленькой головки.

Въ этихъ случаяхъ часто удается и наружный поворотъ или комбинированный. Также при поперечныхъ положеніяхъ быстро дѣлають поворотъ, а при тазовыхъ предлежаніяхъ извлеченіе. При болѣе продолжительномъ теченіи родовъ маточный зѣвъ становится мягкимъ.

Но если головка плотно установилась въ тазовомъ входѣ, если воды давно отошли, если хоть часть головки вошла уже во входъ, то отыскиваютъ снаружи головку и, непосредственно производя на нее давленіе, проталкиваютъ ее въ тазъ.

Для производства такой манипуляціи эвѣвъ долженъ быть раскрытъ и нужно примѣнить наркозъ, такъ какъ давленіе очень болѣзненно и недѣйствительно при сопротивленіи роженицы, напрягающей брюшной прессъ.

Часто имѣетъ преимущество и давленіе надъ лоннымъ сочлененіемъ прямо назадъ, къ мысу. Головка сдавливается при этомъ въ прямомъ размѣрѣ таза. Даже вдавленіе костей, которое можетъ произойти при этомъ, не ухудшаетъ прогноза для жизни ребенка.

Роженицу укладываютъ при этомъ способѣ въ Вальхеровское висячее положеніе, т. е. на самый край постели со свѣщенными внизъ ногами. Ноги не должны ни на что опираться, но свободно висѣтъ въ воздухѣ. Если обѣ ноги опущены внизъ, то входъ въ тазъ дѣлается шире. Во-первыхъ непосредственно отъ того, что лонная дуга дѣлается шире, а затѣмъ и оттого, что мысъ отходитъ кверху, слѣд. входъ въ тазъ опускается ниже. Стороны таза нѣсколько повертываются въ крестцово-подвздошномъ сочлененіи въ томъ смыслѣ, что крестецъ отстаетъ, а передняя половина таза отходитъ книзу. Эффектъ Вальхеровскаго висячаго положенія часто ясно наблюдается: пока оно не было принято, не удается оттѣснить головку во входъ, даже при примѣненіи большой силы, тогда какъ при свѣщенныхъ внизъ ногахъ головка тотчасъ уступаетъ давленію и проходитъ внизъ.

Какъ только головка прошла входъ, больной даютъ обыкновенное спинное положеніе немедленно накладываютъ щипцы, хотя бы схватки и отдѣлялись лишь короткими промежутками и были бы настолько сильными, что роды быстро подвинулись бы впередъ. По большей части такъ не бываетъ, а послѣ прохожденія головкой тазового входа наступаетъ пауза. Операция щипцовъ не представляетъ опасности, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о многородящей, головка мала и промежность растяжима.

Но если отхожденіе меконія и отсутствіе сердечныхъ тоновъ ясно указываютъ на смерть ребенка, который лежитъ еще высоко, то нельзя медлить съ перфорацией и извлеченіемъ. И если даже этимъ выигрывается только сокращеніе продолжительности родовъ, — то это уже большая выгода въ интересахъ матери.

Если обозначить въ цифрахъ размѣры тѣхъ тазовъ, при которыхъ лучше всего годятся преждевременные роды, то это прежде всего тазы съ наружной конъюгатой отъ 17 сант. Я производилъ операцию и при

тазахъ съ меньшими размѣрами, но тогда исходъ относительно ребенка является очень сомнительнымъ.

Часто приходится основывать свои заключенія на фактахъ, полученныхъ изъ собственнаго опыта.

Такъ, напримѣръ при тазѣ съ конъюгатой въ 16, 17 сант. безуспѣшно были примѣнены щипцы при первыхъ родахъ и сдѣлана перфорация ребенка. При вторыхъ родахъ сдѣланъ профилактической поворотъ и тоже съ плохимъ результатомъ. При третьихъ, можетъ быть, какой либо другой врачъ рѣшился сдѣлать искусственные преждевременные роды, и снова тазъ оказался слишкомъ узкимъ, у ребенка получились вдавленія черепа и онъ умеръ. Теперь только составляетъ заключеніе, что ручаться за живого ребенка можно здѣсь лишь при кесарскомъ сѣченіи, хотя размѣры таза позволяютъ поставить а priori болѣе благопріятный прогнозъ.

И при умѣренномъ суженіи таза, при наружной конъюгатѣ въ 18—19 сант. нерѣдко дѣлають искусственные преждевременные роды, если дѣти у этой женщины постоянно бываютъ чрезвычайно большими и съ твердыми черепными костями. Въ этомъ случаѣ существуютъ такія же пространственныя отношенія, какъ въ такомъ, гдѣ у ребенка маленькая мягкая головка, а конъюгата еще на 1—1½ сант. короче.

Ясно, что преждевременно родившійся ребенокъ менѣе жизнеспособенъ, чѣмъ доношенный. Онъ требуетъ, слѣдовательно, самаго тщательнаго ухода. Родители, счастливые, что получили, наконецъ, живого ребенка послѣ прежнихъ тяжелыхъ родовъ мертвыми дѣтьми, будутъ охотно прилагать къ тому всѣ усилія, особенно, если позволить это ихъ общественное положеніе. Но если мать незамужняя, то для нея выгоднѣе вовсе не имѣть ребенка, и она не будетъ особенно заботиться о немъ и не можетъ даже, если живетъ одна, безъ всякой помощи. Такъ что прогнозъ для ребенка зависитъ и отъ внѣшнихъ условій.

Самое важное—держать недоношеннаго ребенка въ теплѣ и доставлять ему соотвѣтственную пищу. Ребенка нельзя купать въ водѣ ниже 38°. Подъ подушкой, на которой лежитъ ребенокъ, и около ребенка должны быть сосуды съ теплой водой, обернутые шерстянымъ одѣяломъ, чтобы не обжечь ребенка. Термометръ, привязанный на животѣ ребенка, не долженъ опускаться ниже 36°.

Такъ какъ ребенокъ часто не можетъ еще сосать, то кормилица выжимаетъ молоко ему изъ груди прямо въ ротъ, или же она отцѣживаетъ молоко съ помощью насоса въ какой нибудь сосудъ, стоящій въ горячей водѣ и вливаетъ ему молоко изъ согрѣтой ложечки. Ребенку можно такимъ образомъ давать по 30 гр. молока каждые 3 часа. Его ежедневно взвѣшиваютъ. Если питаніе идетъ правильно,

то черезъ 8—10 дней онъ уже въ состояніи сосать. Прежде чѣмъ кормить недоношеннаго ребенка, кормилица должна приложить на нѣкоторое время своего собственного. Тогда грудь становится болѣе мягкой и сосокъ больше выдается. Вскорѣ ребенокъ можетъ использовать все молоко кормилицы и настолько поправляется, что уходъ за нимъ ничѣмъ не отличается отъ ухода за другими дѣтьми. Мнѣ удавалось выхаживать такихъ дѣтей также съ помощью искусственнаго питанія. Однако материнское молоко должно быть всегда предпочитаемо. Были придуманы очень сложные согрѣвающие аппараты, Souveuses, гдѣ дѣти лежатъ, какъ въ термостатѣ. Однако эти аппараты не привились. Для частной практики они слишкомъ дороги и сложны и даже для клиники мало удобны при употребленіи. Въ виду этого я для такихъ маленькихъ дѣтей заказалъ просто цинковую ванну съ двойными стѣнками, между которыми течетъ горячая вода. Сверху въ ней есть отверстіе для наполненія водой, снизу выпуклый кранъ; здѣсь же приспособленъ термометръ для измѣренія температуры воды.

Вода обыкновенно нагрѣвается до 39°. Ванна окружена толстымъ слоемъ войлока. Тепло сохраняется въ ней отъ 6 до 8 часовъ. Отъ времени до времени выливаютъ остывшую воду и наливаютъ горячую. Ребенокъ завернутый въ пеленки лежитъ въ ваннѣ. Намъ удавалось такимъ образомъ сохранить жизнь дѣтямъ въ 1300 гр.

Народъ полагаетъ, что такія дѣти остаются слабыми на всю жизнь. Однако это совсѣмъ невѣрно: я знаю, женщинъ, которыхъ 30 лѣтъ тому назадъ съ помощью искусственныхъ родовъ призывалъ къ жизни. Онѣ обладаютъ совершенно нормальнымъ скелетомъ и нормально рожали.

Веденіе своевременныхъ родовъ при узкомъ тазѣ.

Разъ врачъ, приглашенный къ родамъ, установилъ діагнозъ узкаго таза, то для плана веденія родовъ важно слѣдующее:

I) Требуется ли общее состояніе роженицы немедленнаго вмѣшательства.

II) Идетъ ли рѣчь о первороженицѣ или многороженицѣ.

III) Живъ ли ребенокъ, или уже погибъ.

Ad. I. Если роженица здорова, температура и пульсъ ея нормальны, ребенокъ живъ, то можно спокойно приступить къ измѣренію таза. Если же напр. наступилъ разрывъ матки, или температура все повышается, то необходимо возможно скорое вмѣшательство.

Врачъ только теряется, если онъ сейчасъ же ищетъ показаній къ какой-либо опредѣленной операциі. Прежде всего надо рѣшить вопросъ,

можно ли выжидать; если приходятъ къ заключенію, что выжиданіе опаснѣ вмѣшательства, если, слѣдовательно, есть налицо показаніе, единственно для насъ существенное, именно: опасность для матери или ребенка, то необходимо рѣшить, какимъ вмѣшательствомъ при данной величинѣ и формѣ таза и періодѣ родовъ съ наименьшей опасностью можетъ быть опорожнена матка.

Избранная операція принадлежитъ къ технической сторонѣ предложенной намъ задачи. Техническая задача это *cura posterior*. Прежде всего необходимо точно установить, есть ли показанія къ вмѣшательству. Иначе говоря, для насъ существуютъ общія и спеціальныя показанія. Общія показанія къ операціи имѣются лишь тогда, когда выжиданіе опаснѣ для матери и ребенка, чѣмъ операція; спеціальныя показанія относятся къ спеціальнымъ, индивидуальнымъ, временнымъ условіямъ костнаго и мягкаго родового канала, а также къ положенію младенца.

Разъ рѣшена операція, то необходимо выяснитъ вопросъ, выполнены ли условія для вмѣшательства въ той или иной формѣ. Такимъ образомъ логически развиваютъ планъ леченія, устанавливая, нужно ли дѣйствовать и какъ нужно дѣйствовать.

Ad. II. Наибольшую опасность для жизни при узкомъ тазѣ во время родовъ представляетъ разрывъ матки; у первородящихъ онъ едва-ли когда встрѣчается, слѣдовательно у нихъ, если температура не повышается и ребенокъ живъ, мы можемъ часами даже днями выжидать, и довѣряться силамъ природы. Нерѣдко колоссально-сильныя боли съ успѣхомъ преодолеваютъ суженіе конъюгаты на 2—3 сантиметра безъ вреда для матери и ребенка. Итакъ, если роды подвигаются, головка опускается ниже, затылокъ поворачивается къ низу и впередъ, то при родахъ у первородящей, съ наружной конъюгатой до 17 сант., можно выжидать, у многородящей, напротивъ, гдѣ брюшной прессъ мало можетъ помочь или совершенно бездѣйствуетъ, ребенокъ долженъ быть изгнанъ исключительно силами матки. Этого матка не въ состояніи исполнить и она все болѣе уменьшается, ея мускулатура равномерно стягивается къ дну, нижній сегментъ ея все болѣе растягивается, можно чувствовать границу между толстымъ и тонкимъ слоемъ мускулатуры, между активной и пассивной частью родового канала, такъ называемое контракціонное кольцо. Послѣднее подымается все выше, вкось проходя снизу и справа вверхъ и влѣво. Если это чувствуется, то значитъ опасность разрыва матки у порога. Выжиданіе здѣсь становится опаснымъ.

Ad. III. Всегда необходимо рѣшить при выборѣ терапіи, живъ ли ребенокъ или мертвъ, если ребенокъ мертвъ, то мы должны руководствоваться исключительно интересами матери. Нужно выбирать

тотъ методъ леченія, который наименѣе опасенъ для матери. Будетъ ли плодъ уменьшенъ, при этихъ условіяхъ совершенно безразлично.

Въ виду этого все время точнымъ изслѣдованіемъ и выслушиваніемъ необходимо слѣдить за жизнью ребенка. Лишь только отношенія материнскихъ мягкихъ частей позволяютъ, головка мертваго плода должна быть прободена, она при этомъ становится меньше и легко сжимаемой, черезъ отверстіе въ черепѣ ее легко захватить и извлечь. Разъ открытіе зѣвъ допускаетъ извлеченіе, выжиданіе послѣ смерти ребенка является ошибкой. Каждая минута, на которую уменьшается продолжительность родовъ, уменьшаетъ и рискъ инфекціи для матери. Я разберу терапію узкихъ тазовъ, останавливаясь на отдѣльныхъ возможныхъ операціяхъ.

Профилактический поворотъ.

Если *conjugata externa* равна 17—18 сант., и женщина родила перваго ребенка живымъ, то есть возможность, что роды кончатся благополучно. Съ увѣренностью этого сказать нельзя, такъ какъ данный плодъ можетъ имѣть гораздо болѣе объемистый и твердый черепъ, такъ что, несмотря на тѣ же размѣры таза, условія могутъ быть совсѣмъ иными и гораздо менѣе благоприятными. Схватки должны были бы быть гораздо болѣе сильными для того, чтобы преодолѣть большее несоотвѣтствіе между тазомъ и головкой. Если потуги слабы, во всякомъ случаѣ слабѣе, чѣмъ при первыхъ родахъ, благодаря болшей дряблости брюшныхъ стѣнокъ, то головка не опускается ниже, она не конфигурируется, а остается подвижной надъ входомъ въ тазъ.

Въ этихъ случаяхъ рекомендуется быстрое окончаніе родовъ съ помощью поворота. Иначе пришлось бы часами, даже днями выжидать. Если наконецъ наступили бы сильныя потуги, то здѣсь именно усиленная родовая дѣятельность могла бы вызвать разрывъ матки. Поэтому правильнѣе произвести профилактический поворотъ, имѣя ввиду, что первые роды живымъ ребенкомъ указываютъ на возможность спасти и здѣсь жизнь младенца. Поворотъ въ этихъ случаяхъ на подвижномъ ребенкѣ—является мелкой операціей, комбинированнымъ способомъ, надавливая сверху на ягодицы легко удается захватить ножки.

Послѣдующая головка, какъ это доказано экспериментально, легче проходитъ черезъ суженіе таза, чѣмъ предлежащая. Въ то время, какъ нижній сегментъ еще не истонченъ патологически, когда разрывъ матки, слѣдовательно, еще не угрожаетъ, совершаютъ поворотъ ребенка въ маткѣ.—Ручки освобождаются по возможности выше, при сильномъ давленіи надъ лономъ по направленію назадъ и книзу головка протягивается въ полость таза. Роженица

укладывается въ Вальхеровскомъ положеніи. Въ зависимости отъ неизвѣстной и не могушей быть опредѣленной мягкости или твердости дѣтскаго черепа, извлеченіе ограничится безопаснымъ вдавленіемъ черепа или смертельнымъ переломомъ его. Въ послѣднемъ случаѣ врачъ не виноватъ, давленіе сверху должно произвести наибольшій эффектъ, оно безопасно, чѣмъ влеченіе за плечи и за ротъ ребенка. Влеченіе за плечи можетъ оторвать позвоночникъ, межпозвоночныя пластинки отъ позвонковъ. Можетъ разорвать *plexus brachialis* и сломать затылочную чешую. При сильномъ давленіи снаружи, черепъ тоже можетъ быть вдавленъ и сломанъ. Въ послѣднемъ случаѣ этого нельзя поставить въ вину неумѣнню акушера, такъ какъ оно является слѣдствіемъ узкаго таза.

Если во время манипуляціи надъ туловищемъ ребенка замѣтятъ, что онъ умеръ, слѣдуетъ немедленно прервать попытки извлеченія, головку ребенка перфорируютъ. Есть 2 мѣста, въ которыхъ можно проникнуть въ полость черепа—затылокъ и твердое небо. слѣдуетъ избирать то мѣсто, которое болѣе доступно. При прободеніи затылка ребенка поднимаютъ вверхъ, отыскиваютъ сзади въ тазу, гдѣ пространство наиболѣе обширно, боковую поверхность затылка, втыкаютъ здѣсь медленно и осторожно вверхъ ножницы Смелли, поворачивая и сверля сквозь кость, проводятъ ихъ разрушая *tentorium*, до черепной крышки. Ножницы много разъ поворачиваются вокругъ оси, чтобы разрушить мозгъ и увеличить отверстіе въ кости. При надавливаніи сверху ассистентомъ или акушеркой, потягиваютъ за ножки младенца и извлекаютъ уменьшенный черепъ. Операцию эту легко произвести и въ боковомъ положеніи. Если ротъ младенца легко доступенъ, то и прободеніе неба имѣетъ извѣстное преимущество. Конечно, основаніе черепа толще и плотнѣе, однако ножницы Смелли легко прободаютъ кость. Помогаютъ этому, отрывая и отдавливая свободные куски пальцемъ. Во рту ножницы хорошо защищены, такъ что окружающія части обезпечены отъ пораненій. Мозгъ вытекаетъ скорѣе и легче, чѣмъ черезъ щель затылочной кости, которая, закрываясь клапанообразно, мѣшаетъ оттоку мозга. Во все время манипуляцій необходимо сильно тянуть за ножки младенца для того, чтобы головка подъ вліяніемъ давленія ножницами не отходила вверхъ. Примѣненіе экстракціоннаго инструмента возможно, но не нужно, такъ какъ потягивая за ножки, мы имѣемъ превосходное средство для извлеченія младенца. При умѣренныхъ суженіяхъ таза, гдѣ величина конъюгаты равна 15—19 сант. профилактической поворотъ даетъ превосходные результаты. У первородящихъ его отнюдь не слѣдуетъ примѣнять, онъ является лишнимъ, такъ какъ родовая дѣятельность безъ риска выполнить то, что акушеръ можетъ сдѣлать съ извѣстной опасностью. Опасность заклю-

чается въ пораненіяхъ, которыя, при невозможности гарантировать въ акушерскихъ случаяхъ полную антисептику, всегда дѣлають прогнозъ сомнительнымъ.

Симфизеотомія.

Если лонное соединеніе разъединяется оперативнымъ путемъ, то входъ въ малый тазъ въ значительной степени увеличивается, конъюгаты въ собственномъ смыслѣ этого слова здѣсь не имѣются, т. е. передняя точка этой линіи будетъ лежать въ щели между концами лонныхъ костей, косые размѣры становятся на $1\frac{1}{2}$ —2 сант. меньше. Такъ что операція эта безспорно должна считаться рациональной, ввиду того, что она расширяетъ узкій тазъ. При разрѣзѣ мягкихъ частей по срединѣ бываетъ сильное кровотеченіе. Комбинированнымъ прижатіемъ снаружи и изнутри его, правда, можно тотчасъ остановить. Обколы и перевязки представляютъ плохія условія для заживленія первымъ натяженіемъ, такъ что многіе авторы, отказавшись отъ него на передъ, тампонируютъ рану или дренируютъ ее по направленію къ влагалищу. Нерѣдко наблюдаютъ разрывы влагалищныхъ стѣнокъ, а также пораненія пузыря съ образованіемъ свищей. Эти неблагоприятныя условія въ значительной степени улучшаются, если разрѣзъ мягкихъ частей ведется не по срединѣ, а отступивши пальца на 2 кнаружи. Не трудно затѣмъ отодвинуть кожу и жировую клѣтчатку на столько, чтобы ясно увидѣть лоно, его разсѣкають безъ пораненій въ области клитора. Тогда легко достигаютъ остановки кровотеченія и первичнаго сращенія.

Еще лучше hebotomia; прямо надъ лономъ производится нѣсколько въ сторону не большой разрѣзъ, черезъ него съ помощью спеціальнаго зонда или Дешамповской иглы проводятъ подъ контролемъ введеннаго въ влагалище пальца, по задней стѣнкѣ пилу Гигли книзу. Проводникъ выпираетъ нѣсколько мягкія части на нижнемъ краѣ нисходящей вѣтви между большой и малой губой. Здѣсь производится надрѣзъ, проводникъ проводятъ въ него, вытаскивають пилу Гигли, затѣмъ конецъ пилы опять вводятъ въ тоже отверстіе и по передней стѣнкѣ нисходящей кости проводятъ ее въ отверстіе, которое раньше было сдѣлано надъ костью. Кость распиливается такимъ образомъ, что распилъ приходится сбоку отъ лоннаго соединенія.

Костная рана заживаетъ крѣпче и лучше, чѣмъ суставная, кровотеченіе незначительно, рана лежитъ подкожно, расширение таза точно такое же, какъ при лонномъ сѣченіи.

По достиженіи, такимъ образомъ, расширенія таза роды приводятся немедленно къ концу. Если головка стоитъ уже глубоко, то наклады

ваются щипцы, если головка стоит подвижно надъ входомъ, то производится поворотъ, затѣмъ накладывается гипсовая повязка, защищенная на бедрахъ широкими полосами липкаго пластыря. Если при извлеченіи головки слышенъ трескъ, причеиъ лоно начинаетъ зѣять внезапно на 7—8 сант., то это доказываетъ разрывъ одного изъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій, этого нельзя избѣгать даже противодавленіемъ на вертлуги. Большая сила заднихъ связокъ (крестцово-подвздошной связки) достаточна для удержанія устойчивости таза. Мнѣ пришлось видѣть, что одна, изъ подобнымъ образомъ оперированныхъ, ночью сорвалась съ постели и была въ состояніи ходить.

Костный шовъ костной или суставной раны излишне усложняютъ операцію, я никогда не сшивалъ костей и всегда достигалъ полного восстановленія работоспособности.

При помощи симфизеотоміи можно извлекать живыхъ дѣтей, несмотря на суженіе таза до $16\frac{1}{2}$ сант. наружной конъюгаты. Если эта операція до сихъ поръ мало привилась, то это зависитъ главнымъ образомъ отъ хорошихъ результатовъ, которые даетъ кесарское сѣченіе.

Первичное срощеніе возможно, въ чемъ я убѣдился, какъ при старыхъ, такъ и при новыхъ методахъ. Конечно при нагноеніяхъ въ ранѣ послѣоперационный періодъ тянется значительно дольше и уходъ сопряженъ съ большими трудностями, чѣмъ при благополучно сошедшемъ кесарскомъ сѣченіи.

Работоспособность восстанавливается почти во всѣхъ случаяхъ, какъ при первичномъ, такъ и вторичномъ заживленіяхъ. Тазъ, повидимому остается шире. Техника не настолько трудна, чтобы быть недоступной силамъ хирургически образованнаго врача. Во всякомъ случаѣ вмѣшательство это менѣе серьезно, чѣмъ кесарское сѣченіе.

Такъ какъ рана не соединяется съ родовымъ каналомъ, то нѣтъ основанія принципиально избѣгать ее у лихородящихъ рожениць. Необходимо всегда внимательно выслушивать сердцебіеніе плода, такъ какъ рожденіе мертваго плода при лоносѣченіи указываетъ на неправильную оцѣнку случая.

Щ и п ц ы .

Щипцы являются несоотвѣтственнымъ инструментомъ для преодоленія сопротивленія суженнаго входа въ тазъ. Если головка стоитъ подвижно надъ входомъ въ тазъ, то щипцы вообще наложены быть не могутъ; если части затылка опустилась, то головка стоитъ въ поперечномъ размѣрѣ. Въ этомъ размѣрѣ она захватывается щипцами. Щипцы сжимаютъ ее при развитіи силы въ поперечномъ размѣрѣ; масса головки увеличиваются при этомъ въ прямомъ раз-

мѣрѣ. И такъ головка уменьшается въ томъ размѣрѣ, гдѣ пространство достаточно и увеличивается въ томъ, гдѣ его не хватаетъ.

Если при этихъ обстоятельствахъ форсируютъ извлеченіе щипцами, то ребенокъ обыкновенно умираетъ отъ слишкомъ большого сдавленія головки, отъ переломовъ кости и отъ кровотечения въ мозгъ. Мать подвергается большимъ пораненіямъ, заболѣваетъ и умираетъ, а акушеръ при этомъ часто говоритъ объ «осторожной» попыткѣ извлеченія щипцами.

Если при размѣрахъ конъюгаты въ 17—18 сант. хотягъ установить, достаточно-ли мала и мягка головка для того, чтобы при сильномъ развитіи извлекающей силы, она могла бы пройти входъ въ малый тазъ, то не слѣдуетъ сейчасъ же наложить щипцы, а испробовать это наружнымъ давленіемъ. При полномъ открытіи зѣва, роженица наркотизируется, если благодаря фиксаціи головки поворотъ болѣе невозможенъ. Готовится все для щипцовъ и перфорации. Въ Вальхеровскомъ положеніи стараются прямымъ давленіемъ на подбородокъ и затылокъ по Гофмейру, вдавить головку во входъ. Гдѣ это невозможно, несмотря на развитіе большой силы, тамъ и щипцы не спасутъ ребенка, но нанесутъ большія поврежденія матери.

Гдѣ это удастся, или гдѣ схватками головка низведена такъ низко, что она стоитъ въ косомъ размѣрѣ съ опущеннымъ маленькимъ родничкомъ, если при этомъ ребенокъ живъ, тамъ можно свободно наложить щипцы, такъ какъ наибольшій размѣръ головки уже прошелъ черезъ входъ въ малый тазъ. И такъ щипцы при узкихъ тазахъ противопоказаны. Этимъ убѣжденіемъ слѣдовало бы проникнуться всѣмъ врачамъ. До сихъ поръ ежегодно много бѣдъ приносится тѣмъ, что большія дѣти насильно извлекаются щипцами при узкомъ тазѣ. Распознаваніе, что головка слишкомъ велика, быстрое рѣшеніе произвести перфорацию спасли бы многимъ матерямъ жизнь.

Перфорация и краниоклазия.

Если при узкомъ тазѣ ребенокъ погибъ, то слѣдуетъ немедленно произвести прободеніе и извлеченіе младенца, какъ въ томъ случаѣ, когда смерть ребенка констатирована при первомъ осмотрѣ, такъ и тогда, когда смерть наступитъ во время наблюденія за родами или при попыткѣ произвести операцію съ цѣлью спасти ребенка. Если напр., при узкомъ тазѣ предлежитъ непупльсирующая пуповина, то выжиданіе является ошибкой. Каждая четверть часа, на которую напрасно откладываютъ родоразрѣшеніе можетъ повлечь за собою разрывъ матки и инфекцію. Щадить мертвый плодъ совершенно бесполезно для матери, сама же операція для нея безопасна.

Условієм для перфораціи считаютъ фиксировку головки и открытіе зѣва. И то и другое желательно, но не необходимо. Головку легко можно фиксировать снаружи при наркозѣ роженицы. Наркозъ необходимъ во всѣхъ случаяхъ, такъ какъ въ особенности начинающій врачъ могъ бы легко нанести пораненія при сопротивленіи и внезапныхъ движеніяхъ роженицы. Безъ наркоза плохо переносятся продолжительное и сильное давленіе снаружи, такъ какъ оно очень болѣзненно.

Если зѣвъ не вполнѣ открытъ, но мягокъ и растяжимъ, то можно приступить къ перфораціи, такъ какъ необходимые для извлеченія инструменты такъ малы, что не могутъ произвести пораненій или разминанія мягкихъ частей матери. При извлеченіи уменьшенной головки зѣвъ раскрывается такимъ же образомъ, какъ это происходитъ при естественномъ его раскрытіи.

Есть случаи, гдѣ показано немедленное окончаніе родовъ, въ другихъ возможно выжиданіе, но оно не приноситъ ни малѣйшей пользы, такъ какъ техническія условія остаются неизмѣнными. Контракціонное кольцо подымается часто все выше и выше, нижній сегментъ матки все болѣе истончается, такъ что надъ лономъ, даже во время схватки, сквозь брюшныя стѣнки и стѣнку матки ощущаются контуры ребенка. Опасность надвигается отъ промедленія въ особенности тогда, когда послѣ долгаго покоя наступаютъ постоянныя схватки безъ безболѣзненнаго промежутка, дающаго возможность роженицѣ отдохнуть.

Если головка все продолжаетъ стоять на той же высотѣ, сегментъ ея не опускается, размѣръ наружной конъюгаты меньше 19 сант., то роды должны быть кончены, если не желаютъ дать погибнуть больной отъ небрежности. Прежде всего нужно будетъ подумать о кесарскомъ сѣченіи и объ лоносѣченіи и предложить ихъ. Если больная отъ этихъ операций отказывается, на что она имѣетъ право, то остается произвести перфорацію. Часто рѣшеніе вопроса облегчается тѣмъ, что ребенокъ умираетъ или, какъ доказываетъ ослабѣвшее сердцебіеніе, значительно слабѣетъ. Если въ такихъ случаяхъ не перфорировать, а выжидать, то исходъ для младенца былъ бы настолько же неблагоприятенъ, въ одномъ случаѣ ребенокъ погибъ бы отъ активного вмѣшательства врача, въ другомъ отъ пассивнаго выжиданія. Что касается матери, то въ первомъ случаѣ она не потерпѣла бы никакого вреда, при ожиданіи же подвергается самой серіозной опасности. Относительно того, считать ли показаніемъ повышеніе температуры мнѣнія расходятся. Я считаю болѣе серіознымъ медленное и постепенное поднятіе температуры, чѣмъ быстрый скачокъ ея до

высокихъ цифръ, который обычно послѣ родовъ такъ же быстро исчезаетъ.

Въ общемъ случаи, гдѣ приходится перфорировать живого ребенка рѣдки, но разъ мы на это рѣшились, то не слѣдуетъ причинять матери горя, сообщая, что ребенокъ долженъ быть убитъ въ ея утробѣ, слѣдуетъ сказать ей, что въ сущности и правда, что ребенокъ погибъ, затѣмъ, запасаясь разрѣшеніемъ мужа, которое обыкновенно дается охотно, усыпляютъ больную и производятъ операцію.

Операція эта можетъ быть произведена какъ при спинномъ, такъ и при боковомъ положеніи и при недостаточной ассистенціи послѣднее болѣе удобно.

Фиксируютъ крѣпко снаружи головку и затѣмъ круговыми движеніями ножницъ Смелли пробуравливаютъ черепъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ наиболѣе доступенъ. Поворачивая инструментъ, увеличиваютъ отверстіе, затѣмъ вдвигаютъ въ него закрытую вѣтвь краниокласта и фиксируютъ этимъ черепъ. Окончатая вѣтвь вводится впереди крестцово-подвздошнаго сочлененія, гдѣ всегда находится достаточно мѣста. Изслѣдованіемъ убѣждаются, что краниокластъ захватилъ черепъ не только концомъ своимъ, но по всей поверхности. При свинчиваніи краниокласта и сильномъ надавливаніи сверху мозгъ изъ черепа вытекаетъ, а потягиваніе за краниокластъ вскорѣ низводитъ спавшуюся головку въ полость таза. Разъ головка находится подъ мысомъ, ее тянутъ прямо впередъ и кверху, чтобы защитить такимъ образомъ промежность. При помощи второй руки головка такимъ образомъ освобождается. Если краниокластъ срывается или соскальзываетъ, то это зависитъ отъ того, что черепъ былъ захваченъ не всей поверхностью головной части краниокласта, а только его концами. Но это не бѣда, инструментъ открываютъ и накладываютъ съ другой стороны черепа. Немножко къ тому времени черепъ все же опустился, такъ что краниокластъ можетъ быть наложенъ выше прежняго. Если онъ вновь сорвется, то стараются захватить личико плода и такимъ образомъ извлечь ребенка. Этимъ способомъ удается вытащить ребенка при суженіяхъ конъюгаты до 15 сант.

При перфорации въ боковомъ положеніи необходимо для прободенія головки и наложенія краниокласта отодвинуть переднюю губу къ лону. При этомъ плотная фиксація снаружи тѣмъ болѣе необходима, что матка отходитъ отъ входа въ тазъ. Влеченіе краниокластомъ направляютъ прямо кзади, прижимая его къ мягкимъ частямъ матери сбоку отъ копчика. Это представляетъ то преимущество, что направленіе влеченія соответствуетъ тазовой оси во входѣ въ тазъ. Когда головка опустилась въ полость, тогда захватываютъ инструментъ надъ животомъ между бедрами матери и тянутъ прямо кпереди. Операція эта при умѣ-

ренно суженныхъ тазахъ механически весьма легка, при болѣе рѣзкихъ измѣненіяхъ приходится изъ за повторнаго перекладыванія краниокласта терять много времени. Это свойство человеческой природы, что для уменьшенія черепа постоянно придумываются все новые инструменты. Я преднамѣренно не упоминаю о сложныхъ инструментахъ и убѣдительно совѣтую придерживаться наиболѣе простыхъ, какъ наилучшихъ. По извлеченіи младенца, если онъ проявляетъ признаки жизни, его оставляютъ лежать закрытымъ. Къ тому времени, когда выйдетъ послѣдъ и родильница будетъ убрана, ребенокъ во всякомъ случаѣ успѣетъ умереть. Послѣ перфорации всегда необходимо промыть матку и влагалище 6—10 литрами раствора лизола для удаленія мозговыхъ остатковъ, кровяныхъ сгустковъ и т. п. и для основательной дезинфекціи всѣхъ маленькихъ, а подчасъ и большихъ пораненій.

Кесарское сѣченіе.

По отношенію показаній разсматриваютъ кесарское сѣченіе при абсолютномъ и относительномъ показаніи. Относительно техники его раздѣляютъ на кесарское сѣченіе съ удаленіемъ матки и съ сохраненіемъ ея: операція Порро и консервативное кесарское сѣченіе.

Ясно, что при невозможности родоразрѣшенія черезъ естественные пути приходится удалить плодъ черезъ разрѣзь брюшныхъ стѣнокъ. Это бываетъ при тазахъ съ наружной конъюгатой ниже 15—16 сант., гдѣ черезъ входъ въ малый тазъ нельзя даже провести руки: абсолютное показаніе.

Гораздо труднѣе рѣшается вопросъ при тазахъ съ конъюгатой въ 15—19 сант., гдѣ ребенокъ, уменьшенный въ объемѣ, пройти черезъ тазъ можетъ, но для живого это невозможно. Въ то время, когда почти всѣ женщины, соглашавшіяся на кесарское сѣченіе погибали, предпочтеніе при подобныхъ тазахъ оказывалось расчлененію ребенка. Съ тѣхъ поръ однако, когда, благодаря антисептикѣ и улучшенной technikѣ, прогнозъ кесарскаго сѣченія приблизился къ прогнозу чревосѣченія вообще, его стали рекомендовать и какъ операцію выбора съ цѣлью спасти жизнь ребенка.

Операція здѣсь не имѣетъ, правда, абсолютнаго показанія, является однако единственнымъ возможнымъ способомъ родоразрѣшенія, при которомъ удовлетворяются страстныя желанія матери получить живого ребенка.

Такъ какъ при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ прогнозъ для слабаго ребенка всегда сомнителенъ, а при операціяхъ уменьшающихъ объемъ ребенка невозможно избѣжать опасныхъ пора-

нени и легко подверженныхъ инфекцій ранъ, то прогнозъ гладкой раны при кесарскомъ сѣченіи при возможности безупречной асептики будетъ почти такъ же хорошъ, какъ и при другихъ методахъ родоразрѣшенія.

Большая или меньшая величина ребенка, болѣе или менѣе значительная твердость его черепа при этомъ не играетъ роли. Поэтому можно и должно въ случаяхъ, гдѣ желательно получить живого ребенка, какъ наиболѣе вѣрный способъ родоразрѣшенія предложить кесарское сѣченіе, которое вѣрнѣе, чѣмъ искусственные преждевременные роды, лоносѣченіе или поворотъ. Это относительное показаніе ставится при узкихъ тазахъ съ конъюгатой въ 15—19 сант.

Само собой разумѣется, что роженица сама имѣетъ право распоряжаться своимъ тѣломъ. Если она согласна подвергнуться опасности, то врачъ не имѣетъ права отказаться исполнить ея желаніе, если она отклоняетъ операцію и предпочитаетъ пожертвовать жизнью ребенка, то и на это рѣшеніе она имѣетъ право. Врачъ можетъ и долженъ предложить кесарское сѣченіе, но произвести его безъ согласія больной онъ, безъ сомнѣнія, не въ правѣ.

Если роженица согласна на операцію, то ей необходимо предложить еще вопросъ, желаетъ ли она сохранить возможность дальнѣйшаго зачатія или же хочетъ быть гарантированной отъ нея.

Необходимо ей выяснить, что если бы ребенокъ погибъ, что конечно возможно, то въ первомъ случаѣ само собой разумѣется всякая надежда на дѣтей исключена, съ другой стороны, если произвести операцію съ сохраненіемъ родоспособности, то при новыхъ родахъ ей предстоятъ тѣже опасности, боли и мученія.

Послѣ того, какъ роженица, посоветовавшись съ людьми, совѣтомъ которыхъ она дорожитъ, пришла къ тому или другому рѣшенію, врачъ долженъ покориться ея желанію.

Врачъ конечно не долженъ отказываться отъ выраженія своего мнѣнія, и совѣтовать то, что онъ по совѣсти считаетъ правильнымъ. Но онъ никогда не долженъ слишкомъ много обѣщать, представлять прогнозъ слишкомъ благоприятнымъ и настаивать на операціи, въ особенности представляя условія въ невѣрномъ свѣтѣ. При консервативномъ кесарскомъ сѣченіи, операцію лучше всего производить въ тотъ моментъ, когда схватки нѣсколько расширили наружный зѣвъ. Я, какъ и другіе, указалъ правда на то, что до наступленія схватокъ, *геср.* до начала родовъ маточныя сокращенія послѣ опорожненія матки вполне достаточны для прекращенія кровотеченія и сохраненія матки на долгое время въ состояніи сокращенія. Однако если зѣвъ узокъ или совершенно закрытъ, то послѣродовыя отдѣленія не смогутъ хорошо вытекать, появляются застои, иной разъ разложеніе содер-

жимаго матки и лихорадка. Промываніе матки черезъ узкій зѣвъ затруднено.

Приготовленія къ операціи должны быть такъ сдѣланы, чтобы начиная съ наркоза все производилось чрезвычайно быстро, при слишкомъ продолжительномъ наркотизированіи, хлороформъ переходитъ на плодъ и такимъ образомъ для послѣдняго возникаетъ опасность.

При кесарскомъ сѣченіи очень желательно сильно выраженное Тренделенбургское положеніе. Субъективная и объективная дезинфекція должна быть проведена возможно совершенно. Дезинфекція хорошо подготавливается удаленіемъ жира съ живота эфиромъ. Въ теченіе 20-ти лѣтъ я употребляю для чистки живота мыльный спиртъ.

Животъ вскрывается по средней линіи настолько, чтобы матка могла быть вынута. Затѣмъ одинъ изъ ассистентовъ долженъ сжимать въ продолженіи всей операціи брюшныя стѣнки, чтобы предупредить выходненіе кишекъ, или же вмѣсто этого 1—2 временными швами брюшныя стѣнки сшиваются позади матки. Далѣе вскрывается стѣнка матки. Какъ и прежде я считаю поперечный разрѣзъ черезъ дно наиболѣе удобнымъ. Его преимущества слѣдующія: при рѣзко выраженномъ Тренделенбургскомъ положеніи въ полость живота не попадаетъ ни одной капли околоплодной жидкости или крови. Такимъ образомъ становится совершенно ненужнымъ во время операціи и послѣ нея вводить въ полость живота тампонъ. Кишки никогда не показываются въ брюшной ранѣ и впереди ея. Онѣ остаются теплыми и защищенными отъ всякаго соприкосновенія даже съ воздухомъ.

Если не предлежитъ послѣдъ, то кровотеченіе бываетъ минимальнымъ, такъ что сжиманіе шейки становится излишнимъ. Рана имѣетъ вездѣ плоскости одинаковой толщины, такъ что шовъ можетъ быть равномернo, хорошо и быстро наложенъ. Если въ началѣ накладываютъ одинъ шовъ справа, другой слѣва, то при этомъ крупные сосуды входящіе сбоку, сразу перевязываются. Извлеченіе младенца совершается при поперечномъ разрѣзѣ чрезвычайно легко, такъ какъ сверху очень быстро отыскиваются ножки. Если разрѣзъ недостаточно великъ для извлеченія головки, то ее выводятъ насильно. Рана при этомъ разрывается нѣсколько дальше, но это не бѣда.

Послѣдъ такъ же легко отдѣляется черезъ верхній поперечный разрѣзъ, оболочки слѣдуютъ за нимъ, матка хорошо сокращается, рана всегда остается легко доступной для шва. Для швовъ на маткѣ слѣдуетъ всегда выбирать кетгутъ. Его можно прокалывать сквозь отпадающую оболочку. При натяженіи швы ложатся, разможая отпадающую оболочку, на мускулатурѣ. Отверстіе выкола должно всегда быть очень близко отъ раневаго края, тогда какъ въ глубинѣ надо захва-

тывать по возможности побольше ткани. Кетгутовые нити всасываются безъ всякаго вреда.

Если употребляютъ шелкъ и нить ложится близъ полости матки или въ самой полости, и если рано или поздно дѣло доходить до нагноенія въ швѣ, то нагноеніе это по ходу шелковинки можетъ быть проведено вглубь. Въ особенности часто нагноеніе вдоль шелковой нити наблюдается при восходящей гонорреѣ. Я потерялъ больную отъ операціи на 4-й недѣлѣ послѣ операціи и исходной точкой нагноенія были каналы отъ шелковыхъ нитей. Если кетгутовые нити выкалываются вплотную на брюшинномъ краѣ раны матки и крѣпко стягиваются, то образуется желобокъ, надъ которымъ можно набухшую мускулатуру и брюшину матки соединить непрерывнымъ кетгутовымъ швомъ.

Если больная пожелала сдѣлаться безплодной, то обкалываютъ 2—3 раза плотной нитью, или шелковинкой трубу и стягиваютъ ее крѣпкимъ узломъ. Рана матки обтирается еще внѣ полости живота. Если гдѣ-либо сочится кровь, то на этихъ мѣстахъ производится еще нѣсколько обколовъ кетгутонъ, затѣмъ матка репонируется.

Большинство авторовъ продолжаетъ производить по прежнему разрѣзъ по длиннику матки; при этомъ способѣ едва-ли возможно уберечь брюшную полость отъ попаданія въ нее отдѣльныхъ капель крови или содержимаго матки настолько, чтобы не стало необходимымъ вытираніе брюшины и вычерпываніе тампонами. Края раны сверху толсты, снизу же, въ особенности если уже наступили схватки, гораздо тоньше, такъ что соединеніе не можетъ быть настолько плотнымъ, и равномернымъ, какъ то было бы желательно. Впрочемъ каждому предоставляется поступать, какъ онъ находитъ правильнымъ. Брюшная рана закрывается обыкновенно въ 4 этажа.

Брюшина закрывается непрерывнымъ швомъ благодаря чему рана становится уже значительно меньше. Прямая мышца должны быть приведены одна къ другой и соединены. Фасціи лучше всего обшиваются 4—5 швами, изъ неразсасываемаго силквормгута. Затѣмъ непрерывный кетгутовый шовъ приводитъ фасціи вплотную одну къ другой. Какъ зашивается наружная кожа довольно безразлично, такъ какъ она не играетъ никакой роли при возможномъ образованіи грыжи. Матка кладется въ нормальное положеніе послѣ—родовой антефлексии и плотная брюшная повязка изъ полосокъ липкаго пластыря накладывается такъ, что матка удерживается въ этомъ положеніи плотно прижатая къ тазу. Послѣ—операционный уходъ ни въ чемъ не разнится отъ обыкновеннаго, если наступаетъ лихорадка, то матку надо промыть, причемъ нерѣдко отходитъ цѣлый рядъ кровяныхъ сгустковъ. Назначается значительное количество эрготина; если родильница потеряла мало крови и не лихорадитъ, то они такъ

же хорошо может кормить ребенка, какъ каждая другая роженица. Удаленіе матки не имѣетъ сквернаго вліянія на отдѣленіе молока. При операціи Порро матку удаляютъ послѣ извлеченія младенца. Послѣдъ остается въ маткѣ, такъ какъ этимъ сохраняется нѣкоторое количество времени и много крови. Предварительно перевязываютъ съ обѣихъ сторонъ придатки, или же оставляютъ одинъ яичникъ для того, чтобы избѣжать явленій «выпаденія» (преждевременный climax); затѣмъ, спускаясь по краю матки, ведутъ перевязку ниже, пока не захватятъ маточную артерію; затѣмъ проводится выгнутый кверху разрѣзъ, которымъ отдѣляютъ большой лоскутъ брюшины, сдвигаемый затѣмъ книзу. Подъ этимъ лоскутомъ срѣзаютъ матку. За боковыя не обрѣзанныя лигатуры потягиваютъ культю кверху, вырѣзываютъ слизистую оболочку цервикальнаго канала, обшиваютъ узловыми швами изъ кетгута клиновидное отверстіе. Для избѣжанія послѣдующаго нагноенія цервикальный каналъ необходимо обшивать кетгутомъ. Закрытіе раны должно быть произведено такимъ образомъ, чтобы былъ захваченъ каждый брызжущій сосудъ. Наконецъ культя покрывается лоскутомъ брюшины при помощи непрерывнаго кетгутнаго шва, такъ что въ брюшную полость не вдается никакая рана, которая не была бы покрыта брюшиной.

Такимъ образомъ избѣгаютъ появленія сращеній, respective ileus'a и гарантируютъ себѣ нормальное выздоровленіе. Боковыя культы настолько подвижны и растяжимы, что также могутъ быть покрыты брюшиннымъ лоскутомъ, если онъ не слишкомъ малъ.

Операція Порро длится 5—6 минутъ дольше, чѣмъ консервативное кесарское сѣченіе, но, будучи хорошо исполнена, она даетъ лучшій прогнозъ, такъ какъ отпадаетъ полость матки, въ которой иной разъ все-таки наблюдаются явленія разложенія. Въ виду этого я предпочитаю операцію Порро во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда женщина желаетъ стать безплодной.

Абсолютнымъ показаніемъ для этого метода служить присутствіе въ маткѣ міомъ или разлагающагося содержимаго.

Если до кесарскаго сѣченія наблюдалась повышенная температура, и ребенокъ умеръ, то его не вынимаютъ изъ матки, а удаляютъ послѣднюю закрытой, низко ампутируя, какъ при міомотоміи. Въ этихъ случаяхъ до ампутаціи необходимо плотно окружить шейку марлевыми салфетками, чтобы предупредить малѣйшія попаданія разложившагося содержимаго въ полость брюшины. Шейка обмывается сулемой, слизистая оболочка по возможности полнѣе удаляется воронкообразнымъ разрѣзомъ. Брюшной лоскутъ которымъ она затѣмъ покрывается, является тоже дальнѣйшей гарантіей противъ зараженія брюшной полости.

Полное удаленіе матки даетъ худшій прогнозъ, такъ какъ оно длится гораздо дольше и открываетъ влагалище, которое невозможно съ увѣренностью очистить.

ДЕВЯТНАДЦАТАЯ ГЛАВА.

Аномаліи родовъ, зависящія отъ плода.

О гигантскомъ ростѣ младенца говорятъ въ томъ случаѣ, когда онъ вѣситъ болѣе 4 клгм. чаще всего рѣчь идетъ о дѣтяхъ очень большихъ родителей, гдѣ беременность продолжалась ненормально долго.

Если мать во время беременности мало двигается, много лежитъ и при томъ обильно питается, то ребенокъ становится очень большимъ.

Самый тяжелый младенецъ, котораго мнѣ пришлось извлечь вѣсилъ безъ малаго 5 $\frac{1}{2}$ клгр., наблюдался и болѣе высокій вѣсъ младенца до 8 килогр.

Тяжелые роды являются слѣдствіемъ не только величины ребенка, но толщины, крѣпости и полного объизвествленія его черепныхъ костей. Такъ какъ при узкомъ тазѣ роды ввиду отвислаго живота, вызывающаго отсутствіе давленія на нижній сегментъ матки, наступаютъ позже, чѣмъ черезъ 280 дней, то узкій тазъ матери часто осложняется гигантскимъ ростомъ младенца.

Если первые роды оканчиваются живымъ ребенкомъ, то при дальнѣйшихъ родахъ несоотвѣтствіе достигаетъ такой степени, что уменьшеніе черепа неизбѣжно. Механизмъ родовъ при головномъ предлежаніи при нормальномъ тазѣ и чрезмѣрной величинѣ ребенка не таковъ, какъ при общесуженномъ тазѣ, но какъ при плоскомъ, такъ какъ головка вставляется во входъ въ передне-темянномъ вставленіи.

Слишкомъ большія плечи также представляютъ препятствіе и они не рождаются при потягиваніи за головку. Если ребенокъ еще живъ, то необходимо головку оттянуть по возможности ниже, чтобы подвести подъ лоно верхнее плечико и имѣть возможность проникнуть въ подмышечную впадину пальцемъ.

Если ребенокъ погибъ, то прекраснымъ методомъ является освобожденіе задней ручки, это очень легко удается, но ручка при этомъ часто ломается. Потягивая за вынутую ручку очень легко извлечь младенца отчасти оттого, что объемъ плечиковъ уменьшается на толщину ручки, а отчасти оттого, что плечики ложатся косо и что объемъ ихъ при этомъ становится меньше. Сначала сильно тянуть внизъ и кзади для того, чтобы подвести подъ лоно переднее плечо.

Если затрудненіе еще не устранено, достаютъ и вторую ручку и тогда уже съ легкостью извлекаютъ за обѣ ручки ребенка. Если схватки слабы, а головка такъ велика и тверда, что остается подвижной надъ входомъ въ тазъ, то производятъ поворотъ на ножку. Поворотъ большого ребенка не труднѣе, чѣмъ малаго. Если послѣдующая головка не рождается, то стараются крѣпкимъ надавливаніемъ снаружи при Вальхеровскомъ положеніи вдавить ее во входъ въ тазъ. Если эта попытка не удастся и ребенокъ мертвъ, то обхватываютъ одной рукой спереди, другой рукой сзади плечики и сильно тянутъ книзу. При этомъ возможно сломать ключицу, именно заднюю, но, такъ какъ ребенокъ мертвъ, это не играетъ роли. Головка скорѣе сломается сама, чѣмъ сломаетъ тазъ. Если при всемъ томъ головка не рождается, то производятъ перфорацию.

Головная водянка (Hydrokephalus).

При головной водянкѣ головка младенца достигаетъ величины головы взрослога человѣка и даже превосходить ее. Если ребенокъ погибъ уже давно и размягчился, то сегментъ подлежащей головки часто опускается во входъ въ тазъ. Большая разница въ уровнѣ стоянія положенія отдѣльныхъ костей черепа, широкіе швы и неправильность костныхъ краевъ, а также наружное изслѣдованіе даютъ возможность установить діагнозъ головной водянки. Если ребенокъ живъ, или еще недавно погибъ и сегментъ его головки опускается во входъ въ тазъ, то одно то обстоятельство, что раньше роды протекали благополучно, даетъ поводъ искать причину промедленія родовъ въ формѣ головы ребенка, кромѣ тѣхъ случаевъ, гдѣ имѣется дѣло съ остеомалацией. Часто также наблюдается, что одна и та же женщина рождаетъ гидроцефаликовъ, такъ что анамнезъ чрезвычайно важенъ. При комбинированномъ изслѣдованіи діагнозъ сразу выясняется. Часто находятъ большіе промежутки между неправильными костями черепа, такъ что въ началѣ является впечатлѣніе, будто вставляется пузырь. Тонкія кости трещатъ, какъ сдавливаемая жестъ, изслѣдованіе полной рукой также выясняетъ картину. Если акушеръ вообще имѣетъ въ виду эту аномалію, то онъ легко установитъ діагнозъ.

При hydrokephalus'ѣ очень часто наблюдается предлежаніе тазовымъ концомъ.

Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ анамнезъ и измѣренія таза указываютъ на нормальный тазъ, головка же долго не поддается извлеченію, необходимо имѣть въ виду головную водянку. Достаточно бываетъ положить руку на животъ, чтобы установить причину ненормальности родовъ, одинъ трескъ костей не доказываетъ еще ничего, такъ какъ

подобное явление наблюдается и при мертвомъ ребенкѣ. Если діагнозъ своевременно не поставленъ, и роды чрезмѣрно затягиваются, то можетъ наступить разрывъ матки, именно тогда, когда рядомъ съ громадной головкой въ растянутый нижній сегментъ проводятъ руку. Повторныя попытки наложенія щипцовъ и соскальзываніе сильно растопыренныхъ концовъ ихъ также вызываютъ большія пораненія, разрывы и мочевины свищи.

Очень часто туловище отрывалось при попыткахъ извлечь послѣдующую головку въ состояніи водянки; если при этомъ происходилъ произвольный разрывъ матки, или же она была порвана при попыткахъ поворота и извлечения, то оторванная головка проскальзывала въ полость брюха.

Hydrokephalus безразлично, живъ ребенокъ или погибъ, долженъ быть прободенъ ножницами Смелли, лишь только это позволитъ открытіе зѣва. При предлежаніи головки вода тотчасъ истекаетъ. Захватываютъ головку за головную складку, иной разъ вводятъ въ отверстіе палецъ и легко извлекаютъ головку. Какіе-нибудь инструменты для этого излишни, щипцы противопоказаны, такъ какъ они соскальзываютъ.

Послѣ перфорации послѣдующей головки нужно производить надавливаніе снаружи, чтобы выжать воду въ длинный узкій каналъ. Здѣсь особенно умѣстна перфорация черезъ небо, такъ какъ при этомъ не образуется изъ стѣнокъ клапановъ, которые закрывали бы отверстіе.

Hemikephalus.

У hemikephalus скопленіе воды въ мозговыхъ полостяхъ въ началѣ беременности до того велико, что благодаря сильному растяженію мозговыхъ пузырей, черепная крышка не могла образоваться. Большой водяной пузырь раздвигаетъ основаніе черепа, а часто и верхній отрѣзокъ позвоночника къ периферіи. Дуги позвонковъ зіяютъ и ихъ половины рѣзко отстоятъ одна отъ другой на большомъ разстояніи. Головка опускается между плечами, шеи нѣтъ, туловище укорочено. Послѣ того, какъ пузырь лопнетъ, на основаніи черепа лежитъ бѣлая масса—рудиментарный мозгъ, окруженный неправильными зазубренными краями черепной крышки, которая иной разъ совершенно отсутствуетъ. Уши сидятъ прямо на плечахъ, языкъ выдается изъ полости рта, глаза рѣзко выкачены, оттуда названіе лягушечьей головы.

Околоплодныхъ водъ обыкновенно очень много, такъ какъ къ нимъ присоединяется жидкость изъ лопнувшего мозгового пузыря; такіа дѣти рождаются обыкновенно преждевременно, но иной разъ

донашиваются до конца и даже перенашиваются и тогда вызывается затруднение при родахъ, благодаря неимоверно развитымъ плечамъ.

Если черепная крышка повсюду закрылась исключая одного мѣста, откуда грыжевидно выдается мозгъ, то дѣло идетъ объ анкефалоцелѣ, который не представляетъ препятствій для родовъ. Происходятъ также осложненія со *Spina bifida* причеиъ не всегда какъ на рис. 71 позвоночника въ шейной части, но часто также и въ нижнемъ отдѣлѣ позвоночника. Законъ, осложненія однихъ уродствъ другими сохраняется и здѣсь, такъ что, наблюдая при извлеченіи изуродованной ножки синдактилію, можно заподозрить также гемикефалию.



71

Hemicephalus съ *Spina bifida* шейной части позвоночника и синдактиліей на лѣвой рукѣ.

Діагнозъ устанавливается, если при внутреннемъ изслѣдованіи прощупываютъ острые костные края и выступающія изъ нихъ мягкія мозговья массы. При тазовыхъ предлежаніяхъ, которые здѣсь встрѣчаются часто, діагнозъ устанавливается когда *hemicephalus* становится виднымъ. Осложненіе при родахъ вызывается рѣзкимъ увеличеніемъ объема плечиковъ. Такъ какъ съ жизнью младенца здѣсь не приходится считаться, то при задержкѣ въ родахъ въ ротъ младенца вдвигается сплошная вѣтвь краниокласта, а окончатая вѣтвь кладется на черепную крышку, краниокласть свинчивается и производится извлеченіе. Особенно удобнымъ здѣсь является методъ описанный на стр. 379, заключающійся въ низведеніи ручки и извлеченіи туловища за нее.

Ascites, Spina bifida.

Если въ періодѣ родовъ, гдѣ нельзя ожидать затрудненія при извлеченіи, оно вдругъ появляется, такъ напр., если при головномъ предлежаніи послѣ извлеченія плечиковъ, туловище не поддается или если оно застрѣваетъ до прорѣзыванія плечиковъ при ягодичномъ предлежаніи, то не слѣдуетъ развивать огромной силы, чтобы во что-бы то ни стало извлечь младенца, а нужно, войдя полурукою изслѣдовать, чтобы узнать причину препятствія.

Могло бы случиться, что младенецъ нормаленъ, но, что рядомъ съ нимъ опускается какая нибуть опухоль; если при этомъ находятъ животъ большого очень объема, то дѣло идетъ объ асцитѣ, о кистовидной почкѣ, гидронефрозѣ или расширеніи пузыря при закрытомъ отверстіи мочеиспускательнаго канала. Общій отекъ младенца препятствій при родахъ не представляетъ.

Сначала стараются сильнымъ надавливаніемъ пальца прободать стѣнку кистовиднаго пространства; если это не удается, то вкалываются ножницы Смелли. Мягкія, солидныя опухоли, напр. крестцовая опухоль также уменьшаются при накалываніи, т. к. при этомъ изъ нихъ вытекаютъ мягкія массы и кровь. Затѣмъ энергично натягиваютъ предлежащую часть младенца и, если извлеченіе все же не удается, то входятъ рукою въ полость, разрушаютъ ея содержимое, удаляютъ его и вытягиваютъ младенца съ помощью наружнаго давленія.

Пупочная грыжа не производитъ никакихъ затрудненій при родахъ, при ней печень, а иной разъ желудокъ и кишки лежатъ впереди живота покрытыя брюшиной. Если грыжа не велика, то органы репонируются и брюшныя стѣнки надъ ними могутъ быть зашиты, какъ это часто съ успѣхомъ производилось; при большихъ грыжахъ, не поддающихся вправленію, брюшина быстро засыхаетъ, поверхность внутренностей гангренизируется и ребенокъ погибаетъ черезъ 2—3 дня.

Akardiaci.

Если одинъ изъ двухъ близнецовъ, развившихся изъ одного яйца значительно крѣпче другого, то кровяное давленіе въ пуповинѣ болѣе сильнаго плода преодолеваетъ токъ крови болѣе слабого, у послѣдняго токъ крови идетъ обратно, тогда болѣе слабый ребенокъ не получаетъ уже достаточно питательнаго матеріала и кислорода, органы его, а именно сердце не развиваются. Правда находятъ рудиментарныя слѣды лица, конечности, волосы, уши, глаза, и т. п., но плодъ представляетъ только круглаго урода безъ головы и конечностей, а главное безъ сердца. Второй ребенокъ развитъ и рождается нормально,

такъ что въ началѣ не приходится думать о чемъ либо патологическомъ, но если вновь начинаются сильныя схватки, если оказывается, что матка еще чрезвычайно велика, изслѣдуютъ комбинировано цѣлой рукой и тотчасъ же находятъ въ полости матки опухоль; легкость, съ которой эта опухоль поворачивается по окружности и низводится, а также положенія ея между оболочками даетъ возможность установить діагнозъ.

Маленькій акардіакусъ легко выскальзываетъ при примѣненіи приема Credé, но много хлопотъ доставилъ мнѣ очень подвижный акардіакусъ, величиной съ дѣтскую головку, прежде чѣмъ мнѣ удалось его захватить и вытащить. Кровотеченіе при этомъ не наблюдается, т. к. послѣдъ еще не отдѣленъ. Дать опредѣленныя указанія невозможно. При сильномъ давленіи снаружи вкалываютъ острый крючекъ или большіе полипные щипцы, т. к. акардіаки имѣютъ чаще всего продолговато—овальную форму, то давленіемъ сверху удается обыкновенно низвести нижній полюсъ его до половой щели, захватить его здѣсь щипцами, какъ полипъ, и вытащить.

Двойные уроды.

Дѣло идетъ главнымъ образомъ о неспособныхъ къ внѣутробной жизни плодахъ diprosopus, dicephalus, janiceps и т. п., которые безъ затрудненія рождаются или извлекаются. Роды происходятъ обыкновенно нѣсколько преждевременно.

При родахъ имѣетъ значеніе thoracopagus, мостикъ между обоими сросшимися близнецами очень вытягивается при родахъ, такъ что онъ ощущается болѣе длиннымъ, чѣмъ есть на самомъ дѣлѣ. Оба плода предлежатъ обыкновенно одной и той же частью, если акушерскіе операціи не измѣнили взаимнаго положенія младенцевъ. Когда одна головка прорѣзывается сквозь щель, другая опускается въ полость таза, когда вторая головка лежитъ позади первой, то первая отталкивается вперед и шея ея прижимается къ лонной дугѣ. Это паразитическое положеніе головки вплотную въ углу лонной дуги, и также наступающее въ этотъ моментъ замедленіе родовъ, является очень важнымъ діагностическимъ признакомъ.

Если возможно, то необходимо освободить всѣ конечности, для того чтобы ягодицы второго плода не повисли бы на краю таза, часто однако діагнозъ устанавливается только тогда, когда поворотъ болѣе невозможенъ; тогда стараются помочь себѣ операціями уменьшающими объемъ плода; такъ въ одномъ случаѣ я отрѣзалъ головку перваго плода и извлекъ вторую щипцами, причемъ сейчасъ же послѣдовали оба туловища, въ другомъ случаѣ, я перфорировалъ вторую головку,

затѣмъ извлекъ первую, а только послѣ вторую. Если діагнозъ установленъ слишкомъ поздно, при многихъ отчаянныхъ попыткахъ родоразрѣшенія матери нанесены поврежденія, если появилась уже лихорадка, то прогнозъ можетъ стать неблагоприятнымъ.

Неправильное положеніе ребенка.

Если ручка лежитъ въ полости матки впереди головки при цѣломъ пузырьѣ, то имѣется предлежаніе ручки; если же она лежитъ послѣ отхода водъ во влагалищѣ, или половой щели, то говорятъ о выпаденіи ручки. Ручки лежатъ часто вытянутыми около лица (ср. рис. 40). При отклоненіи головки можно ощупать впереди ея конечность, которая однако произвольно отходитъ обратно. Если при наступленіи схватокъ головка занимаетъ самое глубокое мѣсто въ полости матки, то ручка исчезаетъ. Если при внутреннемъ изслѣдованіи находятъ предлежащую ручку, то ее не слѣдуетъ трогать, т. к. при этомъ можно порвать пузырь и изъ предлежанія сдѣлать выпаденіе ручки. Больной слѣдуетъ запретить всякую попытку тужиться и положить ее на бокъ при томъ такимъ образомъ, чтобы ручка лежала сверху, слѣдовательно при предлежаніи правой ручки на лѣвый бокъ и обратно. Послѣ отхода водъ больную изслѣдуютъ вновь и обыкновенно находятъ, что ручка отошла.

Если этого не случилось, если послѣ отхода водъ ручка опустилась ниже и лежитъ впереди головы, то имѣется выпаденіе ручки, оно указываетъ на то, что было косое положеніе плода, исправившееся во время схватокъ. Если головка стоитъ подвижно надъ входомъ въ тазъ, то ручку репонируютъ, т. к. она мѣшала бы вставленію головки во входъ. Часто все затрудненіе родовъ состоитъ въ выпаденіе ручки, разъ она репонирована, головка опускается и роды протекаютъ дальше нормально. Входятъ половиной руки во влагалище, при обширномъ влагалищѣ можно ввести и всю руку, и отводятъ ручку какъ можно выше мимо наибольшей окружности головки вверхъ. Въ то же время стараются вдавить снаружи головку во входъ въ тазъ и если это удается, то заставляютъ больную тужиться, рука акушера продолжаетъ оставаться на мѣстѣ, пока не наступитъ схватка, которая ввиду раздраженія матки не заставляетъ себя ждать. Во время схватки потихоньку убираютъ пальцы и затѣмъ еще нѣсколько разъ провѣряютъ не выпала ли вновь ручка. Если тазъ суженъ, то немедленно производятъ поворотъ на ножку, надѣвши предварительно на выпавшую ручку петлю. При извлеченіи петля натягивается, такъ что ручка остается внизу. Такимъ образомъ при извлеченіи придется низвести только одну ручку, что значительно облегчаетъ роды при узкомъ тазѣ.

Если ручку находятъ рядомъ съ плотно стоящей головкой, что бываетъ очень рѣдко, тогда не хватаетъ мѣста для водворенія ручки. При употребленіи силы можно было бы нанести поврежденія матери и сломать ручку; ручку никогда не слѣдуютъ отрѣзать, ни даже надрѣзать. Нужно заставить женщину по возможности сильнѣе тужиться и если роды не подвигаются, то наложить щипцы. Ручку нельзя захватывать въ щипцы, а нужно проводить ложку ихъ между нею и головкой. Препятствіе представляемое ручкой бываетъ очень значительно, такъ что наложеніе щипцовъ при этомъ очень трудно.

Выпаденіе пуповины.

Если сквозь оболочки можно прощупать пуповину, то она предлежитъ, если же оболочки порваны и пуповина выпадаетъ во влагалище и въ половую щель, то это называется выпаденіемъ пуповины.

Если при узкомъ тазѣ головка не прилежитъ равномѣрно вплотную къ нижнему сегменту, если во время схватки воды внезапно отходятъ и необвитая пуповина свободно виситъ на пупкѣ ребенка, то она легко можетъ выскользнуть, respective выпасть. Бываетъ также, что она мало помалу выскользаетъ по болѣе узкой части головки—лицу, причѣмъ сначала маленькая петля ея, такъ что непосредственно послѣ прорыва пузыря ее трудно прощупать, затѣмъ подъ вліяніемъ схватокъ она выпадаетъ все больше. Въ особенности при тщательномъ изслѣдованіи, когда головка слегка приподымается, а сопротивляющаяся роженица тужится, легко можетъ выпасть пуповина.

Маточный зѣвъ въ этомъ въ большинствѣ случаевъ расширенъ или, во всякомъ случаѣ, проходимъ для 2-хъ пальцевъ. При болѣе узкомъ зѣвѣ выпаденіе пуповины встрѣчаются очень рѣдко, иной разъ она всетаки наблюдается. У одной первородящей при головкѣ плотно прилегающей къ нижнему сегменту мнѣ пришлось наблюдать, что все влагалище выполнено было выпавшей пуповиной. При поперечномъ и ножномъ положеніи пуповина легко выпадаетъ, если только она не обвита вокругъ шеи или верхней части туловища. При ягодичныхъ она также иной разъ выжимается между бедрами. Въ общемъ признается, что при низкомъ прикрѣпленіи пуповины выпаденіе становится болѣе легкимъ, однако трудно допустить, чтобы при длинѣ пуповины въ 50 сант. разница въ 10—15 сант. имѣла значеніе. При выпаденіи пуповины жизнь младенца подвергается опасности, такъ какъ они прижимается между стѣнкой таза и проходящимъ сквозь родовой каналъ младенцемъ. Какъ легко убѣдиться на выпавшей пульсирующей пуповинѣ достаточно даже незначительнаго давленія пальца, чтобы прервать кровообращеніе. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ при чрезвычайно быстрыхъ, произвольныхъ

родахъ, ребенокъ рождается живымъ, обыкновенно однако роды продолжаютъ долго хоть бы потому, что тазъ бываетъ при этомъ узокъ.

Діагнозъ.

Предлежаніе пуповины легко можетъ ускользнуть отъ вниманія акушера, потому что, болтаясь взадъ и впередъ въ околоплодныхъ водахъ, она легко ускользаетъ отъ изслѣдующаго пальца, если предлежаніе распознано, то женщину кладутъ на тотъ бокъ, гдѣ пуповина не предлежитъ, запрещаютъ ей тужиться съ тѣмъ, чтобы размягченіе и раскрытіе маточнаго зѣва произошло до отхода водъ. Часто изслѣдуютъ больную и во многихъ случаяхъ можно будетъ убѣдиться, что послѣ отхода водъ пуповина отошла кверху, что слѣдовательно, предлежаніе пуповины не перешло въ ея выпаденіе.

Выпаденіе пуповины никогда не должно быть просмотрѣно, частыя изслѣдованія послѣ отхода водъ именно тѣмъ и вызываются, чтобы своевременно замѣтить выпаденіе пуповины. Обыкновенно она лежитъ сбоку и кзади около лица младенца.

Если она не пульсируетъ, то слѣдуетъ немедленно выслушать сердцебіеніе плода, такъ какъ, если пульсація только что прекратилась, то онъ можетъ быть еще живъ, если при этомъ не наблюдается отхожденіе меконія, то жизнь становится вѣроятной. Въ случаяхъ быстрого вмѣшательства можетъ спасти ребенка.

Лечение.

При леченіи прежде всего имѣетъ значеніе, живъ ли ребенокъ, затѣмъ узокъ ли зѣвъ или уже раскрытъ. Если ребенокъ мертвъ, то все вниманіе слѣдуетъ отдать матери; нужно по возможности избавить ее отъ тяжелой работы продолжительныхъ родовъ въ особенности ввиду узкаго таза и немедленно перфорировать и извлечь ребенка, какъ только это позволитъ открытіе зѣва. Если же ребенокъ живъ и маточный зѣвъ достаточно широкъ, то каково бы ни было положеніе ребенка, немедленно слѣдуетъ низвести обѣ ножки, или одну изъ нихъ и извлечь тотчасъ ребенка. При головномъ предлежаніи часто бываетъ трудно рѣшить, дозволенъ ли еще поворотъ, т. е. достаточно ли подвижна головка, чтобы безъ опасности разрыва рука могла бы быть проведена въ матку. Ужъ одно то обстоятельство, что пуповина пульсируетъ, доказываетъ, что головка достаточно подвижна, такъ какъ, если бы головка долго и плотно стояла въ полости таза пуповина была бы сжата. Въ этихъ случаяхъ поворотъ производится при боковомъ положеніи

больной, потому что головка при этомъ положеніи легче отходить отъ входа въ малый тазъ. Операцию производятъ быстро, не обращая вниманія на пуповину.

Возиться долго у зѣва и шейки для того, чтобы отодвинуть въ сторону пуповину совершенно неправильно, этимъ можно было бы вызвать схватку, которая сдѣлала бы невозможнымъ введеніе руки въ полость матки. Пришлось бы выжидать, а въ это время умеръ бы ребенокъ. Скорость дѣйствій является здѣсь самымъ существеннымъ. Если при этомъ пуповина навѣрняка и сдавливается, такъ что кровообращеніе прерывается, то давленіе прекращается, какъ только ножки низведены и поворотъ совершился. Извлеченіе младенца такъ же должно быть произведено по возможности быстро.

При узкомъ зѣвѣ рѣшеніе опять затруднено, достаточно ли онъ растяжимъ для того, чтобы можно было рѣшиться произвести поворотъ, безъ риска сдѣлать разрывъ. Если это невозможно, то пуповину репонируютъ. Это правда не легко, но часто ведетъ къ цѣли. Больную кладутъ лучше всего въ колѣно—локтевое или въ боковое Симсовское положеніе и вводятъ цѣлую руку во влагалище, захватываютъ 2-мя пальцами или полурукой петли пуповины и проталкиваютъ ее по большей окружности головки въ матку, когда съ полной увѣренностью могли убѣдиться въ томъ, что пуповина репонирована, слѣдуетъ обвести пальцемъ вокругъ всей головки, чтобы убѣдиться въ томъ, не выпала ли петля ея гдѣ либо въ другомъ мѣстѣ.

Затѣмъ рука остается во влагалищѣ, роженица опять ложится на спину другою рукою стараются вызвать схватку и во время ея потихоньку вытягиваютъ руку изъ шейки, но продолжаютъ держать руку около головки для того чтобы имѣть увѣренность, что пуповина во время схватки не выскользнула вновь. Затѣмъ выслушиваютъ сердцебиеніе плода; хорошее сердцебиеніе плода служитъ лучшимъ доказательствомъ удавшейся репонировки. Затѣмъ необходимо все таки почаще изслѣдовать и вызывать, потирая матку, возможно болѣе частыя схватки, чтобы головка возможно хорошо вставилась и прижалась вплотную къ нижнему сегменту. Если сердцебиенія остаются и дольше хорошими, больную кладутъ опять въ боковое положеніе, причемъ, какъ выше было указано, на тотъ бокъ, гдѣ не выпадала пуповина. Отъ времени до времени выслушиваютъ сердцебиеніе плода и въ общемъ стараются закончить роды. Если сердцебиенія плода глухи, послѣдней возможностью спасти ребенка является быстрое расширеніе зѣва. Оно достигается тѣмъ, что ~~въ матку ввигаютъ коллейринтеръ, быстро наполняютъ его и вытягиваютъ обратно.~~ Какъ только зѣвъ отъ этого расширится, то немедленно производятъ поворотъ и извлеченіе. Мнѣ часто приходилось этимъ путемъ спасать дѣтей.

Случается также, что при попытках репонировать пуповину, или ввести руку для поворота, очень раздражительный uterus реагирует чрезвычайно сильными схватками, благодаря которым, головка опускается низко въ тазъ и такъ плотно стоитъ, что безъ риска произвести разрывъ нельзя рѣшиться на поворотъ. Тогда иногда удается спасти младенца, быстро извлекая его щипцами.

При поперечномъ положеніи репонировать пуповину ошибочно и безцѣльно. Водворенная высоко пуповина выпала бы обратно, при манипуляціяхъ надъ ней она была бы сдавлена, зѣвъ былъ бы раздраженъ, схватки усилились бы, плечико ребенка опустилось бы ниже, поворотъ былъ бы затруднителенъ.

Если пуповина при ягодичныхъ предлежаніяхъ лежитъ между бедрами, то при высоко стоящихъ ягодицахъ, низводятъ одну ножку, если же ягодицы установились плотно, то наблюдаютъ все время оставивъ палецъ на пуповинѣ. Если въ промежуткахъ между схватками пульсація становится медленнѣе и слабѣе, то необходимо немедленно произвести извлеченіе. Наименѣе опаснымъ является извлеченіе при помощи петли, продѣтой черезъ боковой сгибъ.

Слишкомъ короткая пуповина можетъ при родахъ разорваться; я видѣлъ это правда только два раза, но въ этихъ случаяхъ пуповина навѣрняка порвалась въ тотъ моментъ, когда ребенокъ проходилъ сквозь щель. Безъ того, чтобы акушеръ производилъ какое бы то ни было влеченіе.

Описаны также случаи, гдѣ при потягиваніи за короткую пуповину, вытягивается также послѣдъ, а съ нимъ и стѣнка матки, къ которой онъ былъ прикрѣпленъ и такимъ образомъ производится выворотъ матки.

Неправильности родовъ отъ слишкомъ плотныхъ оболочекъ.

Плодовая оболочка, благодаря слишкомъ плотнымъ сращеніямъ въ окружности маточнаго зѣва, могутъ мѣшать ему раскрыться. Описаны случаи у первородящихъ, гдѣ зѣвъ оставался узкимъ, несмотря на сильныя схватки. Послѣ вхожденія пальцемъ и круговой отсепаровки плотно сидящихъ оболочекъ, узкій зѣвъ очень скоро раскрывался.

Плодная оболочка бываютъ иногда до того плотны, что пузырь выпячивается вплоть до половой щели. Тогда онѣ должны быть разорваны, чтобы избѣжать отдѣленія края послѣда и возможнаго кровотеченія изъ краевыхъ сосудовъ.

Однако очень ошибочно рвать пузырь безъ точныхъ показаній только для того, чтобы ускорить роды или усилить схватки. Пока пузырь стоитъ, обыкновенно не предстоитъ опасности ни матери ни ребенку. Выжиданіе здѣсь возможно, если даже въ теченіе цѣлыхъ часовъ схватки прекращаются. При родахъ, гдѣ воды отошли преждевременно, головка стоитъ высоко и зѣвъ остается узкимъ, схватки ухудшаются и останавливаются иной разъ на нѣсколько часовъ, такъ какъ при этомъ на мѣсто раздражающаго маточный зѣвъ пузыря не становится предлежащая часть. При очень плотныхъ яйцевыхъ оболочкахъ въ маточномъ зѣвѣ на ворсистой оболочкѣ находятъ иной разъ запустѣвшій котиледонъ, слѣдовательно запустѣвшую placenta praevia.

Слишкомъ тонкія оболочки также иной разъ встрѣчаются, на страницѣ 276 мы указали, что въ зависимости отъ этого, respective отъ отверстія въ верхнемъ отрѣзкѣ оболочекъ происходитъ hydrorrhoea gravidarum. Если воды истекаютъ изъ верхняго отверстія, такъ что и послѣ родовъ оболочка плотно прилегаетъ къ головкѣ, то, по выраженію старыхъ повитухъ, ребенокъ родился «въ сорочкѣ».

Поперечное положеніе.

О происхожденіи поперечныхъ положеній необходимое было сказано на стр. 348. Они чаще всего являются послѣдствіемъ отвислаго живота, а такъ какъ послѣдній особенно часто встрѣчается у много-родящихъ съ узкимъ тазомъ, то и наибольшее число поперечныхъ положеній наблюдается у много-родящихъ съ узкимъ тазомъ.

При болѣе обширныхъ тазахъ въ особенности у болѣе бѣднаго класса, гдѣ послѣ беременности и послѣродоваго періода гигиѣна мало распространена, поперечныя положенія часто встрѣчаются какъ слѣдствіе отвислага живота. Очень рѣдко встрѣчаются они у первородящихъ. Предполагали что причиной этого служитъ врожденная ширина тѣла матки. Однако матка настолько мягка, что она легко подчиняется всякой формѣ младенца. Быть можетъ здѣсь играетъ роль случайность.

Мы различаемъ четыре отдѣльныхъ вида:

Ia Головка слѣва, спина впередъ.

Ib Головка слѣва, спина назадъ.

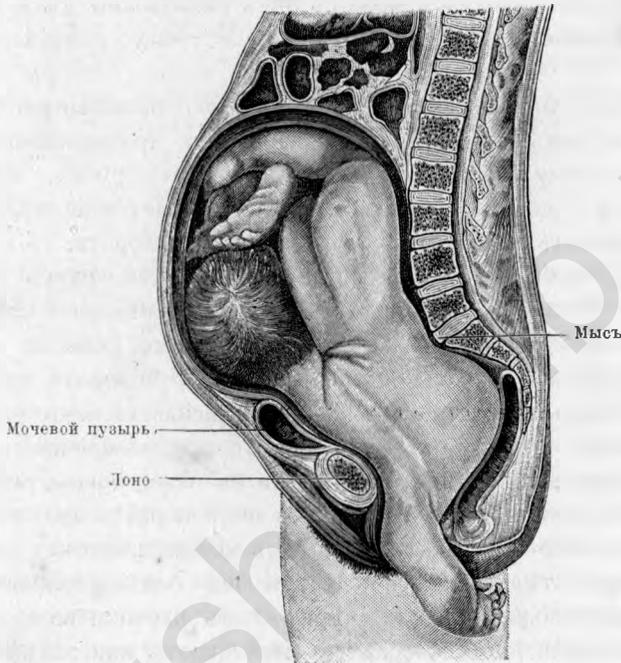
IIa Головка справа, спина впередъ.

IIb Головка справа, спина назадъ.

Переднеспинныя положенія встрѣчаются въ 3 раза чаще, чѣмъ заднеспинныя. Очень часто въ поперечномъ положеніи лежитъ 2-ой изъ близнецовъ, такъ какъ первый изъ нихъ при рожденіи выпол-

няетъ родовоу каналъ, а послѣ его рожденія сокращающаяся матка не низводитъ 2-го ребенка въ томъ положеніи, въ которомъ онъ раньше лежалъ.

Во время беременности при наружномъ изслѣдованіи находятъ низкостоящей вытянутой въ поперечномъ направленіи матку. Обѣ крупныя части лежатъ справа и слѣва, а пространство надъ входомъ



72

Поперечное положеніе по Chiari.

въ тазъ ощущается пустымъ. При внутреннемъ изслѣдованіи входъ въ тазъ также ощущается пустымъ и только на периферіи его ощущается тѣло болѣе мягкое на ощупь, чѣмъ головка.

Во время родовъ послѣ отхода водъ діагнозъ чаще всего устанавливается выпавшей ручкой. Слѣдуетъ изслѣдовать также во время схватки; она сближаетъ оба конца ребенка и приближаетъ къ выходу предлежащую часть, при этомъ нужно нащупать плечики; ощущаютъ подмышечную впадину и благодаря этому опредѣляютъ положеніе головки. Затѣмъ спереди и сзади проводятъ пальцы около ребенка по возможности выше, найдя ребра и ключицу опредѣляютъ положеніе живота, а по лопаткѣ *respect. spinae scapulae*, иной разъ по остистымъ отросткамъ позвоночника положеніе спинки. Если выпала ручка, то по ней тотчасъ можно узнать, какой бокъ ребенка предлежитъ.

Остается слѣдовательно установить лишь дифференціальный діагнозъ между двумя положеніями, такъ напр., если выпала правая ручка, то дѣло идетъ объ положеніи Ia и IIb. Если кромѣ того наружнымъ или внутреннимъ изслѣдованіемъ удалось опредѣлить, что головка лежитъ слѣва, то положеніе будетъ Ia. При выпаденіи лѣвой ручки положеніе можетъ быть IIa и Ib.

Итакъ положеніе тотчасъ можетъ быть распознано, какъ только снаружи установлено положеніе головки, а снизу узнана выпавшая ручка.

Очень рѣдко выпадаетъ верхняя ручка, это встрѣчается только при очень отвисломъ животѣ, распознать это чрезвычайно легко стоитъ только натянуть и затѣмъ опять отпустить ручку. Верхняя ручка при этомъ ускользаетъ вверхъ, нижняя остается на мѣстѣ.

Точный діагнозъ необходимъ для техники поворота. Къ сожалѣнію акушеры, часто не находя подлежащей части, рвутъ пузырь для того, чтобы установить діагнозъ. Если послѣ отхода водъ врачъ не тотчасъ же пріѣзжаетъ, то наступаютъ сильныя схватки и плечики опускаются ниже, тогда введеніе руки и поворотъ младенца становится опаснымъ вслѣдствіе возможности насильственнаго разрыва. Если зрѣлый плодъ не былъ бы повернутъ, то при поперечномъ положеніи роды черезъ естественные пути стали бы невозможны, ребенокъ погибъ бы, такъ какъ по истеченіи всѣхъ водъ полость матки рѣзко сократилась бы и нарушился бы газообмѣнъ между матерью и младенцемъ. Постепенно усиливающіяся схватки все болѣе приближаютъ голову и ягодицы плода, низводятъ при этомъ плечики во входъ въ малый тазъ, который они совершенно выполняютъ или закрываютъ. Матка обхватываетъ ребенка и неподвижно удерживаетъ его, такъ что матка остается подвижной вмѣстѣ съ плодомъ, но плодъ въ ней неподвиженъ.

Маточная мышца оттягивается кверху, см. стр. 349, ребенокъ сжимается въ истонченномъ нижнемъ сегментѣ, resp. вытянутомъ кверху влагалищѣ, истонченіе этой пассивной части родовой трубки ведетъ въ концѣ концовъ къ разрыву ея: разрывъ матки или же разрывъ шейки происходитъ въ тотъ моментъ, когда акушеръ вводитъ руку для поворота при слишкомъ большой тѣснотѣ или производитъ поворотъ въ слишкомъ узкомъ мѣстѣ.

Если женщина не погибаетъ отъ кровотечения или сепсиса, то по заживленіи большихъ пораненій, послѣ продолжительныхъ нагноеній остаются непріятныя свищи, такъ напр. между маткою, толстой и тонкой кишкой, между влагалищемъ и кишкой, между влагалищемъ и пузыремъ, а также большіе разрывы промежностей, происходящія при давленіи руки на нее. Если роды продолжаются долго, то содержи-

мое матки начинаетъ загнивать и проростаніе микро-организмовъ ведетъ къ инфекціи, многіе малые, большія пораненія происходящія во время поворота, всасываютъ. Сепсисъ и смерть являются слѣдствіемъ.

Мягкіе мертвые плоды, а также и не доношенные рождаются при поперечномъ положеніи *conduplicato corpore*, т. е. головка глубоко вдавливается въ грудную клѣтку, при сильныхъ схваткахъ голова и грудь одновременно изгоняются или же тазовой конецъ, проскальзывая около головки, выпадаетъ рядомъ съ нимъ, такъ что въ половой щели прежде всего показываются ножки, «самоизворотъ». Головка поддается давленію брюшного пресса, или же легко извлекается.

Терапія.

Всѣми признается, что хорошо пригнанный бинтъ, который носятъ съ половины беременности, предотвращаетъ поперечное положеніе младенца; поэтому женщинамъ, у которыхъ разъ былъ произведенъ поворотъ необходимо совѣтовать высоко потягивать и подвязывать свой отвислый животъ съ середины беременности. Если въ послѣднія недѣли беременности замѣчается поперечное положеніе, то слѣдуетъ произвести наружный поворотъ. Правда часто ребенокъ опять ложится въ поперечное направленіе, однако, такъ какъ мы часто замѣчали, что эти плоды, лежавшіе въ поперечномъ положеніи произвольно поворачиваются въ продольное ко времени родовъ, то содѣйствіе этому повороту безспорно слѣдуетъ считать раціональнымъ тѣмъ болѣе, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ искусственно произведенный поворотъ остается стойкимъ. Женщину нужно положить на тотъ бокъ, гдѣ лежитъ спинка и и держать въ этомъ положеніи 3—4 дня. Хорошо наложенный бинтъ иной разъ способствуетъ удержанію продольнаго положенія. Точно также наружный поворотъ иногда удается при началѣ родовъ. Если имѣютъ дѣло, какъ то чаще всего бываетъ, съ много-родящей гдѣ раскрытіе зѣва обыкновенно не представляетъ препятствія то можно фиксировать продольное положеніе разорвавъ пузырь. Въ промежутки между схватками, асептическимъ маточнымъ зондомъ прокалываютъ пузырь и надавливая на дно матки, выжимаютъ нѣкоторое количество жидкости. Разрывая пузырь во время схватки и произведя при этомъ большую дыру, можно рисковать выпаденіемъ пуповины.

Надавливаніемъ снаружи головка вводится во входъ въ тазъ. Ближайшая схватка фиксируетъ обыкновенно головку окончательно. И теперь еще, хотя введеніе руки въ полость матки, благодаря принимаемой антисептикѣ далеко не такъ опасно какъ прежде, очень

выгодно, добиться головного предлежания съ помощью наружнаго поворота и такимъ образомъ дать возможность пройти родамъ произвольно. Къ сожалѣнiю въ частной практикѣ врачъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ приходитъ къ родамъ при поперечномъ положенiи только послѣ отхода водъ. Тогда принципиально не слѣдуетъ дѣлать попытокъ къ наружному повороту.

Надавливанiе на животъ вызываетъ болѣе частыя и сильныя схватки, онѣ мѣшаютъ воздѣйствию на плодъ и заставляютъ дѣлать перерывы. Новыя попытки способствуютъ изгнанiю водъ и низводятъ глубже плечико. Наружный поворотъ становится невозможнымъ, внутреннiй труднымъ и опаснымъ. Прежде чѣмъ приступить къ внутреннему повороту, устанавливаютъ, живъ ли еще ребенокъ или же отходъ меконiя, а иной разъ выпавшая, непульсирующая пуповина и отсутствiе сердцебиенiя доказываетъ, что ребенокъ погибъ.

При предлежанiи ручки вытягиваютъ пальчики и щекочутъ ладонь, по присутствию или отсутствию рефлекса можно судить о жизни или смерти плода. При мертвомъ плодѣ безразлично скоро ли или медленно совершается поворотъ, сломана при этомъ ручка или нѣтъ, здѣсь приходится обращать вниманiе исключительно на мать.

Субъективная и объективная антисептика должна быть проведена при внутреннемъ поворотѣ безукоризненно. При этомъ необходимо тщательно обмыть мыломъ и ополоскать половую щель, такъ какъ срамныя губы при введенiи руки заворачиваются во влагалище и поверхность ихъ стирается. Если на нихъ еще находятся сапрофиты или кокки, то они могли бы быть прямо перенесены вверхъ. Кромѣ того введенiю руки должно предшествовать спринцеванiе не прижигающимъ и не сворачивающимъ бѣлка антисептическимъ средствомъ. Лучше всего для этого примѣнить растворъ лизола. Наружная часть руки и тщательно продезинфицированное предплечiе смазывается борной мазью (Burgolin). На нижнюю часть живота роженицы кладутъ смоченное въ сулемѣ полотенце.

Прежде чѣмъ приступить къ внутреннему повороту необходимо убѣдиться, что на лицо имѣются нужныя условiя, т. е. что зѣвъ растянутъ или растяжимъ, и что ребенокъ или предлежащая часть подвижны. Если зѣвъ еще не совершененъ, то онъ во всякомъ случаѣ долженъ быть на столько мягкимъ, чтобы головка при извлеченiи не разорвала бы его или шейку. Если можно ожидать разрыва, то поворотъ слѣдуетъ дѣлать тогда, когда опасность отъ выжиданiя больше опасности разрывовъ.

Такъ напр. при тяжелой эклампсiи, при угрожающемъ кровотеченiи при *placenta praevia*, опасность отъ разрывовъ менѣе страшна, чѣмъ долгiя колебанiя.

Всегда необходимо на первый планъ ставить мать, такъ какъ ребенокъ при всѣхъ тяжелыхъ родахъ подвергается опасности.

Бываютъ однако отдѣльные случаи, гдѣ принимая во вниманіе индивидуальныя особенности приходится прежде всего думать о жизни плода.

Такъ мнѣ, напр., пришлось разрѣшать женщину, первый ребенокъ которой погибъ при ягодичномъ предлежаніи, второй при извлеченіи щипцами. Въ данныхъ родахъ имѣлось поперечное положеніе съ выпаденіемъ пуповины. Воды отошли, зѣвъ величиной съ ладонь. Мать стремилась получить живого ребенка. При такихъ обстоятельствахъ, въ виду того, что выжиданіе навѣрняка повело бы къ смерти ребенка, едвали способствуя расширенію зѣва, что болѣе значительное внѣдреніе плечика затруднило бы введеніе руки, я немедленно произвелъ поворотъ и извлеченіе. Здѣсь какъ и вообще въ акушерствѣ необходимо индивидуализировать случаи и взвѣшивать всѣ выгоды и невыгоды того или другого образа дѣйствій. Затѣмъ, опредѣливъ, что лучше всего не въ принципѣ, а для данного случая, нужно принять рѣшеніе и быстро привести его въ исполненіе.

Роженицу хлороформируютъ, молодой врачъ можетъ сосредоточить все свое вниманіе на случаѣ и не отвлекается ни психическимъ ни физическимъ безпокойствомъ больной. Онъ можетъ наружными приѣмами удобно воздѣйствовать самъ и просить отъ этомъ ассистента, такъ какъ при наркозѣ исключается дѣйствіе пресса, мѣшающее наружнымъ приѣмамъ при сопротивленіи больной.

Поперечная кровать на практикѣ является наиболѣе удобнымъ ложемъ. Прежде всего легко слѣдить за наркозомъ, взглядывая отъ времени до времени въ лице больной, во вторыхъ при спинномъ положеніи легче всего дѣйствовать комбинировано, *resp.* обѣими руками, въ третьихъ при этомъ легче всего вслѣдъ за поворотомъ приступить и выполнить извлеченіе.

Наконецъ сзади и больше мѣста для введенія руки, растяженіе задней длинной влагалищной стѣнки менѣе опасно чѣмъ передней. При введеніи руки спереди легче наступаютъ поперечные разрывы, *resp.* отрывы матки отъ влагалища. Поэтому руку принципиально вводятъ сзади въ области *Synchondrosis sacroiliaca* кверху.

Избираютъ ту руку, которой легче всего добраться до ножекъ ребенка, слѣдовательно при первомъ положеніи лѣвую, при второмъ правую.

Если пузырь еще стоитъ, то его разрываютъ сбоку, гдѣ онъ плотно прилежитъ къ стѣнкѣ матки и внутри оболочекъ продвигаютъ руку кверху. Такимъ образомъ поверхности матки оставляется ея природная защита противъ внѣдренія влагалищнаго секрета въ *decidua*.

Немедленно послѣ разрыва пузыря ребенокъ еще не теряетъ своей подвижности, это случается только послѣ нѣсколькихъ схватокъ.

Когда рука продвинута кверху, нужно слѣдить время отъ времени и за тѣмъ, что происходитъ внизу, подъ рукой. Въ это время часто выжимаются испражненія, и нужно позаботиться, чтобы рука къ нимъ не прикасалась. Какъ только будутъ обнаружены испражненія, слѣдуетъ, поднявъ руку, держать ее спокойно и основательно очистить область задняго прохода кускомъ ваты, смоченнымъ растворомъ лизола. Рука тоже еще разъ орошается растворомъ лизола.

Если головка или плечики стоятъ, повидимому, неподвижно, то женщину укладываютъ въ боковое Симсовское положеніе, причемъ матка отклоняется отъ таза. Наружной рукой и предплечьемъ обхватываютъ животъ и надавливаютъ на него по направленію къ внутренней рукѣ, чтобы избѣжать разрыва матки, при отодвиганіи ея вмѣстѣ съ ребенкомъ высоко вверхъ.

При наступленіи схватки рука лежитъ въ маткѣ спокойно, пока не пройдетъ схватка.

Если ребенокъ живъ, то можно съ увѣренностью разсчитывать при выжиданіи на скорое появленіе паузы въ родовой дѣятельности. Но при продолжительномъ сокращеніи—*tetanus uteri*, нужно думать, что ребенокъ давно умеръ. Для быстрого и успѣшнаго окончанія поворота, необходимо слѣдующее:

1. Одна рука лежитъ у роженицы на животѣ, покрытомъ дезинфицированнымъ мокрымъ полотенцемъ. Движенія наружной руки должны согласоваться съ внутренней рукой. Когда внутренняя рука продвигается впередъ, наружной рукой надавливаютъ на содержимое матки на встрѣчу внутренней руки. Наружная рука прижимаетъ матку къ тазовому входу, препятствуетъ растяженію нижняго сегмента матки и фиксируетъ ребенка, что даетъ возможность продвинуть внутреннюю руку къ ребенку, не измѣняя его положенія.

2. Нужно точно знать положеніе ребенка. Если было невозможно опредѣлить его раньше, напр. вслѣдствіе сопротивленія со стороны не наркотизированной больной, то проходятъ немедленно въ матку и, ощупывая всей рукой ребенка, ставятъ діагнозъ. Нельзя идти быстро кверху, не зная навѣрное, гдѣ лежатъ ноги.

3. Ладонная сторона руки должна всегда соотвѣтствовать животу ребенка. При положеніяхъ спинкой впередъ, это и происходитъ *eo ipso*. При положеніяхъ спинкой назадъ высоко продвинутое кзади предплечье должно быть опущено и повернуто такъ, чтобы рука легла правильно.

4. Никогда не слѣдуетъ тянуть за колѣно, но тогда только опускать руку книзу, когда навѣрное захвачена одна или обѣ ножки. Такъ какъ ножки, по большей части, лежатъ совсѣмъ рядомъ, то

требуется немного времени для отыскиванія второй ножки и эта потеря времени вполне вознаграждается тѣмъ, что при потягиваніи за обѣ ножки легче происходитъ поворотъ и извлеченіе ребенка, чѣмъ при потягиваніи за одну ножку.

Конечно, можно сдѣлать поворотъ и на одну ножку.

5. Какъ только захвачены ножки, нужно тянуть ихъ по направленію къ срединѣ съ тою цѣлью, чтобы ягодицы ребенка отошли отъ стѣнки матки и продвинулись къ срединѣ.

Поворотъ законченъ, если колѣно ребенка вышло изъ наружныхъ половыхъ частей. Во всякомъ случаѣ теперь слѣдуетъ сдѣлать паузу. Убѣждаются посредствомъ щекотанія подошвъ, реагируетъ ли ребенокъ на раздраженіе, т. е. живъ ли онъ. Судорожныя движенія ногъ указываютъ на dyspное, преждевременныя дыхательныя движенія, опасность для жизни ребенка. Слѣдовательно онѣ настоятельно требуютъ не медлить съ извлеченіемъ.

Если, что чаще случается, выпала пуповина, то изслѣдуютъ, пульсируетъ ли она. Если пульсаціи нѣтъ, и слѣдовательно, ребенокъ умеръ, то нѣтъ нужды спѣшить.

Поворотъ заканчиваютъ тотчасъ извлеченіемъ, какъ только опредѣленъ видъ предлежанія тазовымъ концомъ. Газообмѣнъ между матерью и плодомъ можетъ нарушиться вслѣдствіе случайныхъ осложнений со стороны пуповины. Лучше также пользоваться наркозомъ. Ждать нѣтъ цѣли. Чѣмъ раньше появится на свѣтъ живой ребенокъ, тѣмъ лучше.

· Извлеченіе при положеніяхъ тазовымъ концомъ.

На стр. 103 описаны положенія тазовымъ концомъ, какъ развивающіяся самопроизвольно, такъ и искусственно произведенныя путемъ поворота. Методъ извлеченія при обоихъ одинаковъ, нужно изложить только еще операцію при полныхъ ягодичныхъ положеніяхъ.

Извлеченіе за ягодицы.

При ягодичномъ положеніи нужно выжидать до тѣхъ поръ, пока не представится возможность удобно захватить за ягодицу, лежащую передъ vulva. Недостатокъ терпѣнья у акушеровъ даль поводъ къ изобрѣтенію цѣлаго ряда методовъ для извлеченія ягодицъ, находящихся еще въ тазу.

Хотя нельзя отрицать, что при ягодичныхъ, какъ и при всякихъ положеніяхъ, опасность для матери или плода служитъ показаніемъ къ скорѣйшему окончанію родовъ, но это представляется большимъ исключеніемъ. Опасность для жизни ребенка при продолжительномъ

стояніи ягодиць въ тазу такъ же мала, какъ при головномъ предлежаніи. Конечно, тогда часто происходитъ замедленіе родовъ, потому что мягкія ягодицы не такъ раздражаютъ тазовое дно, какъ большая голова и поэтому часто сильныя потуги заставляютъ себя ждать. Тогда нужно выжимать сверху, но не извлекать тотчасъ же.

Что ни употреблять для излеченія высоко стоящихъ ягодиць крючекъ, петлю, пальцы или щипцы, все это опасно! Крючкомъ легко нанести поврежденія ребенку, также какъ и петлей, которая дѣлается мокрой, вытягивается и тогда уже не остается мягкой, а принимаетъ видъ плотнаго шнурка, которымъ легко раздавить и перерѣзать мягкія части. Какъ правило, нужно спокойно и терпѣливо ждать, пока не родятся ягодицы. Но затѣмъ нужно скорѣе положить роженицу на поперечную кровать, захватить крючкообразно за передній и задній пахъ, такъ, чтобы большіе пальцы лежали на самой нижней части спинки, повернуть послѣднюю совсѣмъ кпереди и сильно тянуть кверху. Сильное поднятіе кверху ягодиць при влеченіи заставляетъ выпасть ножки. Во всякомъ случаѣ нѣтъ необходимости ихъ освобождать, такъ какъ не слѣдуетъ вытаскивать съ трудомъ то, что навѣрное родится и самопроизвольно.

Но если наступили показанія для вмѣшательства, напр. при эклампсіи, выпаденіи пуповины, коллапсѣ матери, то предварительно нужно установить окончательно, живъ ли еще ребенокъ.

Если со времени смерти ребенка прошло болѣе продолжительное время, даже уже черезъ два дня у мертвыхъ плодовъ начинаютъ отходить кусочки кожи. Отхожденія меконія не можетъ служить признакомъ опасности для ребенка, такъ какъ меконій отходитъ постоянно вълѣдствіе сжатія тазового конца плода.

Если ребенокъ мертвъ, то примѣняютъ тупой крючекъ, который легко ввести въ переднюю, но цѣлесобразнѣе ввести въ заднюю паховую складку. Если и случится нанести поврежденія мертвому ребенку, то это не имѣетъ значенія.

Но если ребенокъ живъ и его нужно извлечь, то примѣняется сильное давленіе снаружи обѣими руками, положенными плашмя. Къ сожалѣнію, это вызываетъ часто противодѣйствіе со стороны матери, такъ какъ давленіе очень болѣзненно.

Теперь не остается ничего другого, какъ извлекать за ягодицы. Нельзя развить достаточной силы при влеченіи пальцемъ, который при высоко стоящихъ ягодицахъ можно ввести крючкообразно только спереди, по требуемому направленію,—прямо вверхъ. Поэтому нужно наложить петлю. Но такъ какъ при проведеніи мокрой плотной петли можно повредить мягкія части ребенка, то петлю нужно провести черезъ паховой сгибъ въ скатанномъ видѣ. Свернутую тесьму до-

стають пальцемъ внутренней руки между ножками и раскатываютъ. Теперь же при сильной помощи потугъ и при выжиманіи снаружи, ягодицы быстро опускаются такъ глубоко, что появляются передъ щелью. Какъ только это произойдетъ, извлекають ягодицы указательными пальцами, введенными сзади и спереди.

Извлеченіе при ножныхъ положеніяхъ.

Если ножное положеніе существуетъ съ самаго начала родовъ, то нужно опредѣлить прежде всего, есть ли раскрытіе маточнаго зѣва или онъ размягченъ, по крайней мѣрѣ, настолько, что не представитъ, повидимому, сколько нибудь серьезнаго затрудненія для прохожденія ребенка.

При узкомъ и плотномъ маточномъ зѣвѣ, какъ это обыкновенно бываетъ при преждевременномъ излитіи водъ, слѣдовательно, при отсутствіи вліянія плоднаго пузыря, ждуть и не совѣтуютъ роженицѣ натуживаться. Конечно, ножки не расширяютъ механически маточнаго зѣва, но съ теченіемъ времени зѣвъ становится, вѣдь, мягче, такъ что спустя нѣкоторое время, можно приступить къ извлеченію, причемъ уменьшится опасность разрыва шейки.

Если же приходится дѣлать извлеченіе при узкомъ маточномъ зѣвѣ для спасенія ребенка или, благодаря схваткамъ, ребенокъ опустился настолько глубоко, что выжиданіе можетъ повести къ прижатію пуповины, нарушенію газообмѣна и смерти ребенка, то стараются расширить маточный зѣвъ полурукой. Проводятъ руку плашмя между ребенкомъ и шейкой и крючкообразно согнутымъ пальцемъ продвигаютъ маточный зѣвъ по головкѣ вверхъ. Если же при этомъ и происходятъ разрывы, то это зависитъ скорѣе отъ индивидуальной легкой разрываемости шейки, чѣмъ отъ способа извлеченія. И въ этомъ періодѣ давленіе снаружи чрезвычайно важно.

И при полныхъ ножныхъ положеніяхъ всегда нужно опредѣлить, какъ лежитъ ребенокъ. Предлежащія ножки захватываютъ такъ, что большіе пальцы врача ложатся на икры ребенка, а остальными пальцами крѣпко обхватываютъ голени.

Если икры обращены сзади, то поворачиваютъ такъ, чтобы спинка ребенка была обращена кпереди.

Если предлежитъ только одна ножка и спинка обращена впередъ, то извлекають за одну ножку, захвативъ ее обѣими руками. Если спинку не удастся сразу повернуть кпереди, то заставляютъ акушерку сильно нажать снаружи и слѣдятъ при этомъ, какъ будетъ повертываться ребенокъ. Способствуютъ этому повороту, такъ чтобы спинка повернулась кпереди.

Если запрокинулась одна ножка, (L) неполное ножное положение, то ее не слѣдуетъ низводить, а только завести за нее крючкообразно руку, создавъ себѣ такимъ образомъ хорошую опору для извлечения. Ножка выпадаетъ сама при дальнѣйшемъ извлеченіи. Выхожденію запрокинувшейся задней ножки способствуютъ, приподнимая родившуюся часть плода, выхожденіе передней ножки—опусканіемъ плода. Слѣдить въ это время за пуповиной, чтобы убѣдиться, живъ ли ребенокъ, является лишь потерей времени, во всякомъ случаѣ нужно извлекать какъ можно скорѣе, и вмѣстѣ съ тѣмъ настолько медленно, чтобы избѣжать поврежденій. Если ребенокъ навѣрное былъ живъ до того, то и теперь онъ останется живъ, еслибы даже и получалъ мало кислорода при извлеченіи вслѣдствіе прижатія пуповины.

Если видна или прощупывается *spina scapulae*, то приступаютъ къ освобожденію ручекъ. Одна рука захватываетъ обѣ ножки ребенка и отводитъ ихъ высоко въ сторону, противоположную обращенному къзади плечу ребенка. Затѣмъ врачъ проводитъ полруки кверху по спинкѣ ребенка, причѣмъ указательный палецъ лежитъ параллельно позвоночнику. Какъ только пальцы дошли до плечика, усиливаютъ влеченіе за ножки и выжимаютъ предплечье ребенка въ другую сторону. Тотчасъ захватываютъ предплечье и пригибаютъ его къ ребенку подъ прямымъ угломъ. Одной рукой приподнимаютъ заднее плечико кверху, тогда какъ другой рукой одновременно сильно опускаютъ ножки. Затѣмъ перемѣняютъ руки, снова поднимаютъ кверху ножки и другой рукой освобождаютъ вторую ручку. Какъ только она выпадетъ или будетъ выжата, перебрасываютъ ребенка на предплечье и отыскиваютъ ротикъ, проводя впередъ свою руку. Въ полости рта надавливаютъ на нижнюю челюсть и корень языка, вслѣдствіе чего головка дѣлаетъ такой поворотъ вокругъ поперечной оси, что личико обращается внизъ, а затылокъ вверхъ.

Слѣдовательно подбородокъ выдвигается сильно впередъ. Вслѣдъ за тѣмъ, разведя пальцы, кладутъ руку на плечики ребенка, такъ что шейка ложится между указательнымъ и среднимъ пальцами. Затѣмъ акушерка сильно надавливаетъ снаружи на головку, а врачъ такъ приподнимаетъ ребенка вверхъ, чтобы онъ по возможности больше вышелъ изъ подъ промежности. Въ концѣ концовъ ребенокъ почти ложится спинкой на нижнюю часть живота матери. При помощи этого метода часто удается сохранить промежность даже у первородящихъ.

Родившагося ребенка быстро перевертываютъ, чтобы было видно личико и грудь. Если въ области сердца есть пульсація, и если онъ реагируетъ сокращеніемъ лицевыхъ мышцъ, когда ему дунуть въ лице, то онъ внѣ опасности. Если нѣтъ этой реакціи и нѣтъ пульсаціи въ

области сердца, то ребенокъ умеръ. Но если есть сердцебіеніе, а нѣтъ реакціи, когда дуютъ въ лице, то ребенокъ мнимоумершій—асфитичный. Если есть реакція при нормальномъ сердцебіеніи и отсутствіи дыханія, то онъ находится въ безопасномъ состояніи арное. Скорѣе отрѣзають пуповину. Удаляють слизь, скопившуюся за надгортанникомъ, вытирая ротъ пальцемъ, качая ребенка за ноги и высасывая слизь изъ глотки катетеромъ.

Затѣмъ кладуть ребенка на подушку, подводятъ по 4 пальца обѣихъ рукъ подъ спинку и производять многократно и эластично надавливанія на грудь, быстро слѣдующія одно за другимъ. Если не появится отъ этого дыханіе, то дѣлають качанія по Schultze. Ребенка берутъ двумя руками такъ, чтобы спинка была обращена къ врачу. Четыре пальца обѣихъ рукъ ложатся на спинку ребенка, большими пальцами обхватываютъ ключичную область, возвышеніями большихъ пальцевъ удерживаютъ головку. Опускають ребенка глубоко внизъ и затѣмъ быстро подбрасываютъ его кверху, такъ что тѣло ребенка, перегибаясь, сильно сдавливаетъ грудь. Затѣмъ снова сильнымъ движеніемъ отбрасываютъ ребенка книзу. Если это производится правильно, то, во первыхъ, когда ребенокъ втянулъ слизь, удастся выдавить ее изъ грудной полости въ полость рта, во вторыхъ, даже у мертваго ребенка удастся вогнать воздухъ въ легкія, что сопровождается часто ясно слышнымъ вдыхательнымъ движеніемъ. Повторивъ это 3—4 раза, согрѣваютъ снова ребенка въ ваннѣ и кладуть на спину. Затѣмъ описаннымъ уже способомъ вызываютъ выдыханіе посредствомъ надавливанія большихъ пальцевъ и вдыханіе, которое происходитъ, благодаря собственной эластичности поднявшихся реберъ.

Появляющееся дыханіе при осмотрѣ груди часто замѣчается въ видѣ быстрыхъ колебательныхъ движеній. По большей части довольно скоро появляется и глубокое вдыханіе. Ребенокъ начинаетъ громко кричать, онъ спасенъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда не удалось вполнѣ оживить ребенка, сердцебіеніе продолжается, тѣмъ не менѣе, въ теченіе еще долгаго времени, угасая постепенно. Часто можно услышать даже крикъ или глубокое вдыханіе со стономъ, хотя только маленькая часть легкихъ наполнена воздухомъ. Въ такихъ случаяхъ оживленный съ трудомъ ребенокъ умираетъ въ ближайшіе сутки.

Не разбирая здѣсь всѣхъ подробностей техники, излагаемой въ курсахъ оперативнаго акушерства, скажемъ о нѣкоторыхъ затрудненіяхъ при извлеченіи.

Освобожденіе ручекъ не представляетъ затрудненія въ тѣхъ случаяхъ, когда производять извлеченіе ребенка, подражая естественному процессу, только во время схватки или при сильномъ наружномъ

давленіи, замѣняющемъ ее; когда способствуютъ по возможности естественнымъ поворотомъ, роженица помогаетъ потугами, если она не подъ наркозомъ, и когда не торопятся излишне, а дѣлаютъ извлеченіе медленно.

Нужно замѣтить, что если освобожденіе ручекъ затруднительно при положеніи тазовымъ концомъ, если ручки приняли ненормальное положеніе, напр. были запрокинуты на затылокъ, то часто оказывается, что извлеченіе было сдѣлано неправильно. И положеніе спинкой взадъ, если она такъ и осталась сзади, часто является слѣдствіемъ неправильныхъ манипуляцій: т. е. слишкомъ сильнаго и равномернаго влеченія, не принимая во вниманіе естественныхъ поворотовъ.

Но при поворотахъ въ узкой маткѣ и при извлеченіи при узкомъ тазѣ нѣтъ возможности достигнуть удобнаго расположенія ручекъ на груди ребенка. Иногда та или другая ручка лежитъ совершенно вытянутой кверху, или сзади уха или на затылкѣ. Тогда освобожденіе ручекъ производится не иначе, какъ вышеописаннымъ способомъ. Только продвинуть руку кпереди является часто очень труднымъ. Даже если, по ошибкѣ, туловище опущено слишкомъ глубоко, то иногда совсѣмъ нельзя будетъ провести ручку между головкой и мысомъ. Тогда легко сломать ручку или извлеченіе затянется такъ, что ребенокъ умретъ.

Если не удалось освободить ручку такимъ путемъ, то часто оказывается возможнымъ вытащить ее снизу. Проводятъ *vola manus* снизу по груди ребенка такъ высоко вверхъ, чтобы зацѣпить крючкообразно пальцемъ за локтевой сгибъ. Потомъ выводятъ ручку по лицу и груди: освобожденіе ручки противоположной рукой.

Если же, несмотря на всѣ усилія, спинка остается сзади, то освобожденіе ручекъ производятъ, какъ описано выше. Идутъ также по спинкѣ къ плечу и выводятъ ручку по лицу и груди.

Головка принимаетъ тогда неблагоприятное положеніе, потому что затылокъ стоитъ ниже мыса, а подбородокъ задерживается симфизомъ, такъ что нельзя войти пальцемъ въ ротъ. Если не удалось быстро извлечь головку, примѣняя давленіе снаружи и сильно потягивая ее кверху, зацѣпивъ крючкообразно согнутымъ пальцемъ за плечо, то примѣняютъ скорѣе щипцы. Какъ разъ въ этихъ случаяхъ извлеченіе щипцами представляетъ самую бережную и наиболѣе сохраняющую плодъ операцію.

Переломъ ручки имѣетъ мало значенія. Въ теченіе 14 дней ручка, неприкрытая одеждой и согнутая въ локтѣ подъ прямымъ угломъ, прибинтовывается къ груди. Всякій разъ послѣ ванны возобновляютъ повязку, сохраняя какъ можно болѣе покойное положеніе ручки. Давленіе переносится безъ вредныхъ послѣдствій.

Такая же повязка примѣняется при переломахъ ключицы и отдѣленіи эпифизовъ.

Въ прогностическомъ отношеніи очень неблагоприятны разрывы или растяженія нервовъ. Если отвисаніе ручки указываетъ на поврежденіе нервовъ, то остаются по большей части длительные параличи и атрофія.

Переломъ бедра происходитъ какъ вслѣдствіе прямого, такъ и посредственнаго давленія.

О поврежденіяхъ черепа говорилось на стр. 368.

Образъ дѣйствія при невозможности поворота.

Если по излитіи околоплодныхъ водъ были многочисленныя сильныя схватки, если происходитъ такъ называемое «запущенное поперечное положеніе» то плечико лежитъ уже глубоко въ тазу, иногда даже въ половой щели. Vulva зияетъ и изъ нея свѣшивается толстая темнокрасная отечная ручка. Такое глубокое положеніе плечика доказываетъ, что тазъ или совсѣмъ не суженъ или только немного.

И въ этомъ случаѣ прежде всего узнаютъ, живъ или умеръ ребенокъ. Почти во всѣхъ случаяхъ онъ оказывается мертвымъ. Затѣмъ для опредѣленія положенія спинки отыскиваютъ, гдѣ находятся *processi spinosi*, легко достигаемые въ этомъ случаѣ. Резистентность позвоночника служитъ причиной, почему ребенокъ не складывается въ видѣ складнаго ножа. Позвоночникъ перерѣзываютъ: *spondilotomia*. Я дѣлалъ ее и ножницами Smellie и ножемъ. Schultze совѣтуетъ примѣнять острый ножъ, искривленный по краю, изображенный уже у Maugiseau, подъ кожей проводятъ его надъ позвоночникомъ, поворачиваютъ и извлекая внизъ, перерѣзываютъ позвоночникъ. Когда позвоночникъ раздѣленъ въ одномъ или двухъ мѣстахъ, то ребенка захватываютъ и извлекаютъ за тазовой конецъ. Часто удается поразительно легко низвести тазовой конецъ, если ввести тупой крючекъ въ задній проходъ или половую щель или выше ягодицъ между ножками. Если ножки извлечены, то легко освободить ручки, причемъ безразлично, переломятся онѣ или нѣтъ. Головка выводится.

Но если плечики стоятъ высоко при узкомъ тазѣ, то очень сильно отводятъ кпереди лежащую ручку и именно по направленію къ тазовому концу ребенка. При этомъ рѣзко натягивается кожа на шеѣ, потому что головка задерживается вверху на *linea innominata*. Тогда передаютъ ручку акушеркѣ, которая, крѣпко держа ее, сильно оттягиваетъ въ сторону.

Затѣмъ 2 пальца располагаются на шейкѣ ребенка, такъ, чтобы одинъ лежалъ спереди, другой сзади. Каждый палецъ контролируетъ

движенія одного лезвія ножницъ, высоко поднятыхъ другой рукой. Берутъ или ножницы Smellie или большія изогнутыя. Прорѣзавъ отверстіе въ кожѣ, вводятъ въ него палець и проводятъ его подъ ней спереди и сзади настолько высоко, чтобы отслоить кожу и изолировать позвоночникъ. Потомъ вводятъ ножницы въ отверстіе. Перебрѣзываютъ ими напрягающіяся мягкія части до позвоночника. Замѣтно, какъ съ каждымъ ударомъ ножницъ, все больше можно вытянуть ручку. Наконецъ, однимъ сильнымъ ударомъ ножницъ разрѣзаютъ позвоночникъ. Если онъ сначала и выскользнетъ, то, все таки, его можно перерѣзать постепенно. Материнскія мягкія части при этомъ вполне защищены, такъ какъ ножницы рѣжутъ подкожно. По отдѣленіи позвоночника плечики сразу опускаются очень глубоко. Кожа такъ сильно натягивается, что ее легко отличить отъ мягкаго влагалища. Ее постепенно перерѣзаютъ ножницами, что снова облегчается тѣмъ, что при каждомъ новомъ разрѣзѣ остатокъ кожи еще больше вытягивается и его тѣмъ легче можно отличить отъ бархатисто-мягкой стѣнки влагалища. Наконецъ отрывается послѣдній кожный мостикъ и ребенокъ легко выскальзываетъ. По удаленіи туловища входятъ пальцами, отыскиваютъ, съ помощью наружной руки, ротъ ребенка, вводятъ въ него крючкообразно палець и выводятъ головку. Если не удалось легко войти въ ротъ, то поворачиваютъ двумя пальцами головку, примѣняя одновременно противодавленіе снаружи. Я извлекалъ также головку тупымъ и острымъ крючкомъ, а также и краниокластомъ. Такъ какъ головка уменьшилась вслѣдствіе потери крови, то она удаляется легко и при узкомъ тазѣ. Если тазъ очень узокъ, то накладывается краниокласть черезъ *foramen magnum*. При завинчиваніи мозгъ вытекаетъ и головка легко выходитъ.

Для отдѣленія головки употребляютъ еще такъ наз. Брауновскій крючекъ, улучшенный Zweifel'емъ, благодаря устройству двухъ входящихъ другъ въ друга крючковъ. Головку отрываютъ отъ позвоночника, поворачивая крючекъ. Не подлежитъ сомнѣнію, что при этомъ скорѣе получается разможженіе и поврежденія мягкихъ частей, чѣмъ при декапитациі посредствомъ ножницъ, когда къ мягкимъ частямъ только прикасаются.

Съ другой стороны такіе случаи рѣдки. Кто привыкъ примѣнять извѣстный способъ и пользовался при немъ успѣхомъ, тотъ не сочтетъ нужнымъ изучать и примѣнять чужіе способы, которые онъ считаетъ неправильными.

ДВАДЦАТАЯ ГЛАВА.

Чрезмѣрно сильныя и чрезмѣрно слабыя боли.

Абсолютную силу болей много разъ пытались опредѣлить математически. Въ практическомъ отношеніи эти изслѣдованія имѣютъ мало значенія, такъ какъ слабыя въ абсолютномъ смыслѣ боли могутъ при маломъ препятствіи оказаться достаточно сильными для скорого и благополучнаго окончанія родовъ, абсолютно сильныя могутъ быть слишкомъ слабыми для окончанія родовъ при существованіи большихъ препятствій.

Съ другой стороны можно назвать относительно чрезмѣрно сильными боли, при которыхъ роды оканчиваются для даннаго случая чрезмѣрно быстро, бурно, и относительно слабыми болями такія, которыя остаются безуспѣшными для поступательнаго движенія родового процесса, сопровождаясь слишкомъ продолжительными паузами.

Чрезмѣрно сильныя схватки.

У женщинъ, которыя разрѣшаются тайно и стараются по возможности ускорить родовой актъ часто при большомъ психическомъ возбужденіи и при благоприятныхъ условіяхъ со стороны родовыхъ путей, роды протекаютъ настолько быстро, что роженица, придя почти въ состояніе невмѣняемости, не находитъ, или не можетъ найти мѣста для родоразрѣшенія или даже постели. Она разрѣшается внезапно въ какомъ бы то ни было мѣстѣ при случайномъ положеніи тѣла, стоя или на корточкахъ или на колѣняхъ, такъ что ребенокъ какъ бы выпадаетъ или вылетаетъ изъ половыхъ органовъ. Въ такомъ случаѣ возможны поврежденія ребенка, если напр. онъ упадетъ головкой на камень или скатится по лѣстницѣ. Тогда, при бурныхъ родахъ можетъ произойти переломъ черепа, а также и большой разрывъ промежности.

Если женщина первородящая и, не зная родовыхъ болей, сочтетъ ихъ за кишечныя колики, то она можетъ разрѣшиться въ клозетѣ, такъ что ребенокъ можетъ упасть внизъ и получить при этомъ переломъ черепа или утонуть въ жидкихъ испражненіяхъ.

Слѣдовательно въ такомъ случаѣ въ судебномъ медицинскомъ отношеніи можно было бы снять всякую вину въ смерти ребенка съ первородящей, тогда какъ многородящую, которая уже знакома съ характеромъ родовыхъ болей и съ ходомъ родовъ, было бы гораздо труднѣе оправдать. Ей нельзя повѣрить, что она сочла родовыя боли за позывъ къ испражненію.

Но бывають и случаи родовъ подъ наблюденіемъ акушерки или врача, гдѣ схватки идутъ другъ за другомъ непрерывно, и гдѣ можетъ получиться большой разрывъ промежности вслѣдствіе того, что роженица, въ полномъ отчаяніи, не слушая никакихъ совѣтовъ, неразумно натуживается изо всей силы.

Врачъ кладетъ въ такихъ случаяхъ роженицу на бокъ и лишаетъ ее возможности создать опору рукамъ и ногамъ. Онъ приказываетъ ускоренно дышать, причемъ напряженіе брюшнаго пресса становится невозможнымъ.

При очень сильныхъ боляхъ наблюдались переломы грудины. Интересны тѣ случаи, гдѣ происходитъ нарушеніе цѣлости въ гортани и въ рыхлую клѣтчатку поступаетъ воздухъ: подкожная эмфизема. Воздухъ по соединительно-тканнымъ промежуткамъ можетъ дойти до шеи, даже пройти въ руку, такъ что при ощупываніи или давленіи рукой слышится хрустъ. Благоприятнымъ условіемъ для этого служитъ нарывъ гортани. При туберкулезномъ пораженіи гортани часто наблюдалась такая кожная эмфизема. Воздухъ исчезаетъ медленно, не принося вреда.

Чрезмѣрно слабыя боли.

Нужно а ригорі принять, что при маленькой, такъ называемой, дѣвственной маткѣ, т. е. отставшей въ развитіи, родовая дѣятельность можетъ быть слабой. Такъ напр. въ концѣ беременности въ рудиментарномъ рогѣ, съ тонкой мышечной стѣнкой, хотя и появляются боли, но онѣ скоро прекращаются. Подобнымъ же образомъ часто отмѣчаютъ слабыя боли при равномѣрно-суженномъ тазѣ, при *habitus infantilis* съ маленькой маткой.

Что дѣйствительно существуютъ вялыя, мало раздражимыя матки, какъ и матки съ повышенной раздражимостью, лучше всего доказываетъ различное теченіе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Не рѣдко получается такое состояніе, которое въ старыя времена называли *Inertia uteri*. Матка чрезвычайно медленно реагируетъ на

всѣ раздраженія, обыкновенно вызывающія или улучшающія схватки. Въ другихъ случаяхъ напротивъ тотчасъ же наступаютъ сильныя и продолжительныя боли. Въ то время какъ въ одномъ случаѣ раздраженіе и расширение маточнаго зѣва еле еле вызываетъ схватку, въ другомъ наступаетъ сильное продолжительное сокращеніе тотчасъ вслѣдъ за изслѣдованіемъ, или введеніемъ руки въ матку. Наблюдается, что раздражимость матки повышается до извѣстнаго момента родовъ и затѣмъ снова уменьшается. Къ сожалѣнію, до сихъ поръ по этому вопросу нѣтъ еще никакихъ научныхъ работъ, которыя могли бы оказаться очень цѣнными для практики.

Иногда хотя и есть возможность опредѣлить начало родовъ, но дальнѣйшаго поступательнаго движенія родовъ не происходитъ. Даже проходимый прежде маточный зѣвъ снова закрывается, боли, resp. схватки, прекращаются и роды начинаются снова только черезъ нѣсколько дней. Бываютъ также и длинныя паузы, такъ что роженица спитъ по цѣлымъ часамъ. Послѣ желательнаго покоя, дѣйствующаго хорошо на психику больной, родовая дѣятельность становится удивительно хорошей. У истеричныхъ, нервныхъ лицъ боли бываютъ чаще совершенно неправильными.

Такъ какъ въ общемъ сила болей повышается съ сопротивленіемъ, то боли часто бываютъ слабыми въ томъ случаѣ, когда не происходитъ раздраженія нижняго сегмента или оно слишкомъ незначительно. Такимъ образомъ происходитъ вторичная слабость болей, напр. при карциноматозномъ разрушеніи нижняго отрѣзка матки, или при *placenta praevia centralis*, при которой мускулатура уступила мѣсто сильно развитымъ сосудамъ въ *decidua basalis*.

Отсутствіе давленія на шейку при высоко стоящей головкѣ надъ суженнымъ входомъ, при поперечномъ положеніи, особенно при отвисломъ животѣ, при которомъ нижній сегментъ матки остается пустымъ, — все это вызываетъ слабость болей. И выпаденіе ручки около головки, дѣлающее невозможнымъ вступленіе отклонившейся головки, задерживаетъ болѣе сильныя схватки, а вмѣстѣ съ тѣмъ и роды.

При слишкомъ сильномъ механическомъ растяженіи матки, напр. при *Hydrarnion*, двойняхъ и при переносенныхъ плодахъ — гигантахъ боли часто бываютъ слабыми.

Истощеніе также ведетъ къ слабости родовыхъ болей. Такъ напр. наблюдается полное прекращеніе изгоняющей дѣятельности, напр. у старыхъ многородящихъ, послѣ многодневной бесплодной родовой дѣятельности. Матка становится тогда чувствительной къ давленію, у роженицы нѣтъ уже больше правильныхъ схватокъ, но она постоянно жалуется на боли. Если дѣло доходитъ до лихорадки, какъ это

часто бываетъ при долго продолжающихся родахъ, то получается картина *tetanus uteri inflammatorius* старыхъ авторовъ.

Дѣйствию брюшнаго пресса нерѣдко бываетъ въ высшей степени недостаточнымъ. Если прямая мышца сильно разошлась, и происходитъ *hernia lineae albae*, то во время сокращенія онѣ напрягаясь, расходятся еще больше въ стороны, матка лежитъ въ самомъ мѣстѣ расхожденія и осевое плодное давленіе почти совершенно отсутствуетъ. Роженица не можетъ вырабатывать потугъ, не можетъ натуживаться.

Такъ какъ въ брюшномъ прессѣ участвуютъ мышцы, подчиненныя волѣ, то если желаніе тужиться со стороны роженицы незначительно, то и дѣйствию брюшнаго пресса незначительно. Такъ нерѣдко наблюдаютъ, что, когда болевья ощущенія отъ прохожденія головки черезъ половую щель заставляютъ роженицу постоянно громко кричать, это мѣшаетъ сильному натуживанію. Роженица не поддерживаетъ произвольныхъ маточныхъ сокращеній произвольнымъ сокращеніемъ мышцъ брюшнаго пресса.

Сильное наполненіе мочеваго пузыря, или боли причиняемая паховой или бедренной грыжей, ведутъ также къ слабости родовыхъ болей. Правда по большей части во время беременности грыжа вправляется сама собою, но если грыжевыя ворота очень широки, то при напряженіи брюшнаго пресса внутренности такъ сильно выпираютъ грыжевой мѣшокъ, что онѣ набухаютъ и прикрываютъ половыя части въ видѣ плотной опухоли. Тогда нужно наложить щипцы.

Леченіе.

При леченіи слѣдуетъ различать слабость болей при началѣ родовъ, слабость болей въ періодѣ открытія, въ періодѣ изгнанія и въ послѣдовомъ періодѣ, о чемъ будетъ сказано при послѣродовыхъ кровотеченіяхъ.

При узкомъ маточномъ зѣвѣ и цѣломъ пузырьѣ ребенокъ находится въ тѣхъ же самыхъ условіяхъ, какъ во время беременности, слѣдовательно, внѣ всякой опасности. Было бы ошибкой предпринимать что либо, только изъ за желанія роженицы ускорить дѣло. Горячія и лекарственныя спринцеванія повреждаютъ поверхностный эпителий влагалища и шейки и поэтому вредны. Еще болѣе неправильнымъ было бы прибѣгать къ тѣмъ же манипуляціямъ, какъ при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ. слѣдуетъ ограничиться психическимъ воздѣйствіемъ, къ которому принадлежатъ также внутреннія индифферентныя средства. Такъ, даютъ маленькія дозы хинина, *Natr. biboracicum* и т. д. *Polypragmasia* въ это время можетъ причинить много бѣдъ. Конечно, лихорадка, эклампсія, *dyspnoe*, пороки

сердца и т. д. могут составить известныя показанія къ вмѣшательству.

Также пассивно дѣйствуютъ и въ періодъ раскрытія. Заставляютъ роженицу принять положеніе на томъ боку, гдѣ лежитъ часть плода, которая должна спуститься внизъ, слѣдовательно, напримѣръ, при первомъ черепномъ положеніи роженица ложится на лѣвый бокъ.

Большой ошибкой было бы преждевременно вскрыть пузырь. Этимъ достигаютъ какъ разъ противоположнаго. Схватки прекращаются, потому что пузырь уже больше не раздражаетъ ганглий въ шейкѣ, а головка еще не начала раздражать ихъ. Пузырь не слѣдуетъ разрывать до полного открытія маточнаго зѣва.

Если имѣется отвислый животъ, то во время внутренняго изслѣдованія тазоваго входа, акушерка должна высоко приподнять животъ и отодвигать въ ту и другую сторону. Положеніе живота, при которомъ головка прощупывается надъ входомъ въ тазъ, фиксируется брюшнымъ бинтомъ. Часто, если головка лежитъ правильно, тотчасъ же наступаютъ схватки и роды совершаются въ теченіе нѣсколькихъ минутъ, тогда какъ раньше, пока головка была отклонена, въ теченіе цѣлыхъ часовъ не замѣчалось успѣха.

Можно допустить во всякомъ случаѣ растираніе дна матки и выжиманіе, т. е. искусственное подражаніе естественному плодно-осевому давленію. Производится это такимъ образомъ: врачъ повертывается лицомъ къ ногамъ роженицы и, обхвативъ обѣими руками плодъ съ боковъ, надавливаетъ по направленію книзу. Благодаря этому, головка прижимается къ нижнему сегменту матки, resp. раздражаются цервикальныя ганглии. Если сперва и получается незначительный эффектъ отъ наступающихъ тогда схватокъ, то, въ общемъ, все таки, слабыя схватки вызываютъ болѣе сильныя и родовая дѣятельность усиливается.

Въ періодѣ изгнанія, по излитіи околоплодныхъ водъ, часто наступаетъ опасность для ребенка, если роды слишкомъ долго продолжаются. При каждой схваткѣ матка становится немного меньше, вмѣстѣ съ тѣмъ уменьшается просвѣтъ всѣхъ сосудовъ въ ней, циркулируетъ меньше крови, захватывается меньше кислорода ребенкомъ, въ немъ остается больше углекислоты: ребенокъ обмираетъ. Слѣдовательно, послѣ отхожденія околоплодныхъ водъ, очень важно тщательное выслушиваніе. Если ребенокъ безпокоенъ, если онъ сильно двигается, что можно опредѣлить какъ снаружи, такъ и при внутреннемъ изслѣдованіи, когда головка отодвигается отъ пальца, если сердцебиеніе дѣлается то чрезвычайно скорымъ, то ясно и продолжительно замедляется, если отходить меконіумъ, то жизнь ребенка въ опасности. Онъ не получаетъ уже отъ матери достаточнаго количества кислорода. Если

не дать ребенку доступа кислорода изъ атмосфернаго воздуха, то онъ задышается, впадаетъ въ «асфиксію», умираетъ отъ отравленія углекислотой.

Очень характерны данныя вскрытія такихъ дѣтей, умершихъ внутриутробно. Трупъ по большей части замаранъ меконіумомъ, перешедшимъ въ яйцевую полость, гесп. растворившимся въ оставшихся околоплодныхъ водахъ. Такой ребенокъ представляется блѣднымъ и бѣлымъ. Онъ во всякомъ случаѣ сдѣлалъ преждевременныя дыхательныя движенія и при такомъ безрезультатномъ дыханіи всосалъ въ ротъ и легкія все, что находилось передъ ртомъ. Такъ, въ бронхахъ находятъ массы, окрашенныя меконіумомъ. На плеврѣ, сердечной сумкѣ и на самомъ сердцѣ видны такъ называемыя субплевральныя экхимозы, маленькія величиною съ чечевичное зерно темнокрасныя кровоизліянія, похожія на укусы блохи, развивающіеся при сосательныхъ движеніяхъ.

Слѣдовательно, эта опасность для ребенка является слѣдствіемъ чрезмѣрно слабыхъ для даннаго случая, безрезультатныхъ схватокъ. Если удастся вѣрно опредѣлить такую опасность, то не слѣдуетъ ждать, пока она достигнетъ высшей степени, но нужно принять профилактическія мѣры, чтобы не развилась ни въ какомъ случаѣ неминуемая опасность для жизни ребенка. Слѣдовательно при всякомъ замедленіи въ періодѣ изгнанія принимаютъ мѣры противъ слабости болей. Прежде всего мѣры, дѣйствующія психически.

Заставляютъ роженицу помогать натуживаніемъ, заставляютъ ее вырабатывать потуги, произвольно напрягать брюшной прессъ. Объясняютъ роженицѣ, что ея ребенокъ умретъ, если она не будетъ тужиться и что она сама можетъ и должна помочь, чтобы избѣжать этой опасности. Совѣтуютъ натуживаться какъ разъ во время схватки, вызванной растираніемъ и нажиманіемъ.

Уже съ древнихъ временъ въ этомъ періодѣ родовъ назначали маточныя рожки (*Secale*). За правило можно принять: такъ какъ *secale* не вызываетъ правильныхъ схватокъ, а только сокращаетъ матку, то для жизни ребенка наступитъ опасность, какъ было описано выше. Слѣдовательно, можно дать *secale* только тогда, когда есть возможность немедленнаго окончанія родовъ. При головномъ предлежаніи, если можно наложить щипцы, при предлежаніяхъ ягодичными тазовымъ концомъ,—если маточный зѣвъ раскрытъ настолько широко, что можно сдѣлать немедленно извлеченіе; но никогда—при поперечныхъ положеніяхъ, потому что вслѣдствіе сокращенія полость матки сдѣлается узкой, поворотъ затрудняется и является опасность насильственнаго разрыва.

Secale даютъ дозами по 1 грамму 2—3 раза съ промежутками въ 10 минутъ. Если это не помогаетъ, то новыя дозы бесполезны. Онѣ часто вызываютъ только тошноту и рвоту.

Выходные щипцы.

Если роженица слишком слаба и истощена для сильныхъ потугъ, слѣдовательно, плохо вырабатываетъ потуги, если опредѣлено, что жизнь ребенка въ опасности, то замѣняютъ недостающую силу по направленію сверху — силой, — влекущей снизу, т. е. накладываютъ безвредные полостные щипцы.

Роды должны подвинуться до такого періода, при которомъ становится безопаснымъ наложеніе щипцовъ т. е. должны быть выполнены показанія къ щипцамъ: маточный зѣвъ долженъ быть открытъ или растяжимъ, пузырь вскрытъ, головка должна стоять «zangenrecht», т. е. своей наибольшей окружностью пройти тазовой входъ или совершенно стоять въ полости таза. Головка должна быть хорошо сформирована, не мала, — такъ какъ тогда щипцы не нужны (hemikerphalus) и не слишкомъ велика, ибо тогда щипцы невозможны (hydrokerphalus). Тазъ не долженъ быть слишкомъ узкимъ (стр. 371).

Если маточный зѣвъ узокъ, то онъ разорвется и женщина можетъ истечь кровью изъ мѣста разрыва. И здѣсь опять таки нужно взвѣснить съ одной стороны опасность выжиданія, — съ другой — опасность вмѣшательства. Выжиданіе, напр. при лихорадкѣ, эклампсіи или dyspnoe при легочныхъ и сердечныхъ заболѣваніяхъ можетъ угрожать такой опасностью для жизни, что разрывъ шейки будетъ менѣе опаснымъ. слѣдовательно, возможны такія обстоятельства, которыя заставляютъ дѣлать извлеченіе щипцами даже при неполнѣ открытомъ зѣвѣ. слѣдовательно, прежде всего должно принять во вниманіе жизнь и здоровье матери. Жизнь ребенка никогда не цѣнится такъ высоко, какъ жизнь матери. Беременность можетъ наступить еще не разъ; можетъ случиться, что послѣдующія беременности окончатся счастливо тѣмъ или другимъ путемъ. Со смертью матери наступаетъ всему конецъ, а слѣдствіемъ тяжелыхъ послѣродовыхъ заболѣваній часто является бесплодіе.

Если головка не опустилась въ тазъ, то какъ правило, нельзя накладывать щипцовъ. Скорѣе слѣдуетъ вдавить головку въ тазъ (см. стр. 371) и только тогда наложить щипцы. Есть только очень мало исключеній изъ этого правила. Такъ при отвисломъ животѣ и выпаденіи пуповины можно было бы сдѣлать, пожалуй, поворотъ. Но не удастся проникнуть въ матку, потому что при дотрогиваніи до шейки тотчасъ же наступаютъ сильныя боли и головка вколачивается. Въ такомъ случаѣ, принявшись скорѣе за щипцы, удастся иногда при широкомъ тазѣ захватить хорошо головку и извлечь живого ребенка. Эту попытку не слѣдуетъ форсировать, она удастся при маленькой и мягкой дѣтской головкѣ и не слишкомъ узкомъ тазѣ.

Также при placenta praevia лучше скорѣе окончить роды щипцами.

Такимъ образомъ, если появились показанія, женщину кладутъ на поперечную кровать, готовятъ все для принятія ребенка (воду для ванны, катетеръ и т. д.) еще разъ обследуютъ, опорожнены ли пузырь и прямая кишка, производятъ дезинфекцію какъ самого себя, такъ и влагалища и накладываютъ щипцы. Захватываютъ лѣвой рукой ложку и, отыскавъ путь къ шейкѣ пальцами другой руки, проводятъ ложку по ладонной поверхности этихъ пальцевъ кверху, въ лѣвую половину таза. Послѣ перемѣны рукъ, — правую ложку проводятъ въ право.

Ложки замыкаютъ. Въ то время какъ производится первая тракція, изслѣдуютъ, плотно ли лежатъ щипцы на головкѣ и каково взаимное отношеніе родничковъ, швовъ и щипцовъ. Подражаютъ извѣстному механизму, слѣдовательно, при первомъ положеніи повертываютъ малый родничекъ вправо къ серединѣ, а при второмъ лѣво.

Когда головка становится видной, то производятъ влеченіе головки по направленію вверхъ, и производятъ поворотъ около arcus pubis, подражая снова естественному механизму выхожденія. Одной рукой тянутъ за щипцы, четырьмя пальцами другой руки спускаютъ спереди мягкія части за затылокъ ребенка. Какъ только затылокъ освобожденъ, то производятъ давленіе на переднюю часть промежности, отодвигаютъ кверху лобикъ. Если промежность чрезмѣрно растянулась, то дѣлаютъ глубокой надрѣзъ ножницами со стороны затылка по направленію къ tuber ischii; разрѣзъ зашиваютъ послѣ родовъ.

Если во время тракціи щипцы расходятся, то это значитъ, что головка захвачена неблагопріятно, въ продольномъ размѣрѣ. Тогда поворачиваютъ ложки такимъ образомъ, чтобы онѣ пришли на поперечный размѣръ головки. Иначе онѣ соскользнутъ. О томъ, что грозитъ такая опасность, узнаютъ по увеличенію разстоянія между замкомъ щипцовъ и головкой. Это разстояніе должно быть равнымъ длинѣ указательнаго пальца. Если разстояніе больше, то щипцы размыкаютъ, но не вынимаютъ ихъ, а продвигаютъ отдѣльно каждую ложку, одну за другой, опять кверху.

Промежность защищаютъ точно также, какъ при произвольныхъ родахъ, что описано на стр. 136. Здѣсь нельзя привести in extenso всѣхъ подробностей техники. Я могу сослаться на свою книгу: «Клиника акушерскихъ операций».

Всегда передъ извлеченіемъ щипцами слѣдуетъ убѣдиться, живъ ли умеръ ребенокъ. Если онъ навѣрное умеръ и если можно опасаться разрыва промежности, то нужно уменьшить черепъ, если благодаря этому сохранится промежность, то достигается большая выгода.

ДВАДЦАТЬ ПЕРВАЯ ГЛАВА.

Поврежденія матери во время родовъ.

Разрывъ костнаго таза случается чрезвычайно рѣдко и то, по большей части, именно при трудныхъ щипцахъ. Онъ встрѣчается при мужской формѣ, лонной дуги образующей острый уголъ и при воронкообразныхъ тазахъ. Если акушеръ съ силой подниметь ручки щипцовъ раньше, чѣмъ затылочекъ подойдетъ подъ лонную дугу, то происходитъ насильственное разъединеніе лонной дуги и лоннаго сочлененія. При этомъ влагалище можетъ быть разможжено, такъ что получится поперечный разрывъ его, идущій черезъ мочеиспускательный каналъ. Можетъ также разорваться и крестцово-подвздошное сочлененіе.

Какъ только поврежденіе будетъ замѣчено, накладывается тугая тазовая поясъ. Прогнозъ хорошъ, если только въ разошедшееся сочлененіе не проникнетъ инфекция изъ нагноившейся разможженной раны влагалища. Тогда въ лучшемъ случаѣ происходитъ продолжительное нагноеніе. Но могутъ образоваться и некрозы, секвестры въ открытомъ суставѣ, гесп. въ костяхъ.

При дифференціальномъ діагнозѣ между первородящими и много-родящими особенное значеніе придается свойствамъ *portio vaginalis*. Почти у каждой рожавшей женщины на шейкѣ есть разрывы или многочисленные рубцы отъ плохо заживленныхъ разрывовъ. Наружный маточный зѣвъ часто раздѣленъ на 2 «губы»; по большей части одинъ изъ боковыхъ разрывовъ больше, именно на сторонѣ, соотвѣтствующей положенію затылка при первыхъ родахъ.

Боковые разрывы часто бываютъ очень большими при чрезмѣрно раннемъ наложеніи щипцовъ, т. е. до совершеннаго открытія зѣва, или при извлеченіи при предлежаніи тазовымъ концомъ. Разрывы могутъ совершенно разсѣчь шейку, достигнуть *parametrium*, а также расщепить верхнюю треть или половину влагалищной стѣнки. Тогда находятъ типичные рубцы, идущіе прямо внизъ и соединяющіе влага-

лице, parametrium и тазовую стѣнку; рубцы эти фиксируютъ матку, затрудняютъ фізіологическія измѣненія положенія ея и поэтому вызываютъ нѣкоторыя припадки. Именно, если разрывъ проникаль въ брюшину и заживленіе его не совершилось *per primam*, то воспалительная реакція распространяется на брюшину, ея складки и придатки. Образуются стягивающія сращения, какъ слѣдствіе хроническихъ параметритовъ, которые являются причиной продолжительныхъ болей и приобрѣтеннаго безплодія.

О кровотеченіяхъ при образованіи этихъ разрывовъ я буду говорить при послѣдовательныхъ кровотеченіяхъ.

При произвольныхъ родахъ большіе боковые разрывы происходятъ рѣдко. Въ такихъ случаяхъ причиной можно одинаково считать, какъ индивидуальную наклонность къ разрывамъ, такъ и бурную родовую дѣятельность.

Иногда маточный зѣвъ является необычайно узкимъ и малымъ, настолько малымъ, что пальцемъ нельзя ощупать отверстія. Этотъ малый маточный зѣвъ можетъ даже совсѣмъ слипнуться во время беременности: *conglutinatio orificii externi*. Если же въ томъ мѣстѣ, гдѣ углубленіе обозначаетъ маточный зѣвъ, побуравить пальцемъ, то его всегда удастся отыскать и раскрыть.

Характерно, что въ томъ случаѣ, когда этотъ узкій маточный зѣвъ лежитъ очень далеко кзади, головка сильно растягиваетъ шейку и нижній отрѣзокъ матки. Только тогда расширеніе пойдетъ быстро, если предварительно нѣсколько растянуть зѣвъ пальцемъ или надрѣзать его ножницами.

Ненормальная ригидность маточнаго зѣва встрѣчается у старыхъ первородящихъ. Наружный маточный зѣвъ образуетъ плотное, толстое, валикообразное неподатливое кольцо, спускающееся отъ головки вплоть до наружныхъ половыхъ органовъ, или выходящее изъ нихъ. Иногда получается впечатлѣніе, что маточный зѣвъ во время схватокъ не расширяется, а скорѣе суживается.

Если не разрѣзать во время это плотное кольцо, если схватки очень сильны, то истонченная стѣнка шейки не выдерживаетъ: происходитъ разрывъ выше наружнаго маточнаго зѣва. Черезъ разрывъ можетъ пройти головка. Въ такомъ случаѣ послѣ родовъ кольцо маточнаго зѣва свѣшивается во влагалище, соединяясь съ маткой посредствомъ мостика по большей части, сзади. Кольцо можетъ и совершенно оторваться; во время родовъ оно задерживается выступающей изъ него головной опухолью, а по рожденіи ребенка остается на головкѣ.

Иногда и самое кольцо разрывается или его разорветъ акушеръ, такъ что клочки его свѣшиваются во влагалище. Если половина

кольца маточнаго зѣва случайно попадетъ во влагалищную рану, то оно здѣсь и приживается. Тогда во влагалищѣ получается нѣчто въ родѣ уха, въ которое можно просунуть палець.

Даже при выкидышѣ неподатливость маточнаго зѣва ведетъ къ разрыву, такъ что все яйцо можетъ выйти изъ бокового разрыва шейки.

Ригидность находится также въ связи съ привычнымъ выпаденіемъ матки. Шейка при этомъ гипертрофирована, въ небеременномъ состояніи выходитъ изъ наружныхъ половыхъ частей, становится поэтому твердой, похожей на кожу, гипертрофированной, но уходитъ снова вверхъ, во влагалище, благодаря перегибу матки впередъ, получающемуся въ болѣе позднемъ періодѣ беременности. Во влагалищѣ находятъ совершенно неподатливую шейку, цервикальный каналъ представляется трубкообразнымъ и не расширяется, несмотря на сильныя схватки. Если извлекать ребенка, напр. за тазовой конецъ, то плотный маточный зѣвъ низводится при этомъ до самой щели. Когда зѣвъ выйдетъ за наружныя половыя части, то его разрѣзаютъ или разрываютъ; тогда разрывъ легко подается лѣченію, остановить кровотеченіе легко такъ какъ кровоточащія сосуды видны и могутъ быть наложены швы на разрывъ.

Ригидность маточнаго зѣва бываетъ иногда и рубцоваго происхожденія. Если при тяжелыхъ родахъ вслѣдствіе размноженія и многочисленныхъ разрывовъ шейка гангренизируется и разрушается, то верхній отдѣлъ влагалища представляетъ тогда плотную рубцовую массу; черезъ нее идетъ узкій каналъ, менструальная кровь и сперматозоиды сквозь него пройти могутъ, но при родахъ размягченія и расширенія не происходитъ. Такіе случаи неоднократно служили показаніемъ къ кесарскому сѣченію. Съ нимъ нельзя въ такихъ случаяхъ медлить, такъ какъ прогнозъ становится чрезвычайно неблагоприятнымъ, если наступить уже лихорадка.

Насильственный разрывъ такихъ плотныхъ рубцовыхъ массъ рукой при поворотѣ, или ребенкомъ при извлеченіи за ножки или щипцами, или краниокластомъ причиняетъ самыя тяжкія поврежденія.

Тогда какъ при нормальныхъ отношеніяхъ разрыва мочеоточника и *art. uterina*, обыкновенно не наблюдается, они отходятъ въ сторону, въ случаѣ, гдѣ они фиксированы рубцами, обѣ трубки не могутъ отходить и растягиваться, а разрываются. Разрывы же маточной артеріи при фиксациі околосматочной клѣтчатки у стѣнки таза, грозить большою смертельнымъ кровотеченіемъ, такъ какъ шейка не можетъ быть низведена, а тампонація и примѣненіе кровеостанавливающихъ средствъ оказывается безплоднымъ. Препятствіе для родовъ можетъ находиться и во влагалищѣ. Встрѣчаются частичныя зарос-

женія влагалища серповидной формы, которыя при разрывѣ даютъ поводъ къ большимъ кровотечениямъ.

Встрѣчаются нерѣдко мясистые шнуры, идущіе съ одной стороны влагалища къ другой и мѣшающіе опусканію головки. Ихъ просто перерѣзаютъ. При позднѣйшемъ изслѣдованіи часто не оказывается и слѣда шнура, который прощупывался раньше, потому что «шнура» и не было; это вытянувшееся сращеніе влагалища прощупывалось въ видѣ шнура. Эти сращения часто рассматриваются какъ послѣдствіе рудиментарнаго двойнаго влагалища.

При настоящемъ двойномъ влагалищѣ роды происходятъ большею частью безпрепятственно, черезъ одно изъ двухъ влагалищъ. Въ такомъ случаѣ эта ненормальность обнаруживается случайно во время родовъ или только позже въ послѣродовомъ періодѣ.

Нупен при нормальныхъ условіяхъ не образуетъ никакого препятствія для родовъ, но онъ можетъ быть такимъ мясистымъ и толстымъ, что послѣ разрыва начинаетъ сильно кровоточить. Я даже принужденъ былъ перевязать кровоточащую маленькую артерію въ ранѣ дѣвственной плевы.

При рѣшетчатой дѣвственной плевѣ, — *hymen cribriformis*, — сперматозоиды попадаютъ во влагалище и матку черезъ маленькія отверстія плевы, впяченной внутрь при *coitus*, такъ что наступаетъ беременность. Но при родахъ нупен не разрывается, а выпячивается головкой, представляясь краснымъ, гладкимъ и растянутымъ. Въ концѣ концовъ ребенокъ въ такомъ случаѣ умираетъ; если не сдѣлать своевременнаго извлеченія его, нарушивъ предварительно нупен оперативнымъ путемъ, то бактеріи гніенія попадутъ во влагалище и наступитъ разложеніе мертваго плода.

Ножомъ или ножницами дѣлаютъ крестообразный разрѣзъ *hymen'a*, вслѣдъ за чѣмъ обыкновенно очень быстро расширяются и наружныя половыя части. Если ребенокъ мертвъ, а наружныя половыя части такъ ригидны, что можно опасаться разрыва, то производятъ еще и перфорацию, чтобы избѣжать большихъ ранъ наружныхъ частей, подвергнувшихся мѣстной инфекціи.

Все необходимое о разрывахъ промежности и леченіи ихъ изложено на стр. 136—141.

Бываютъ разрывы еще въ передней части наружныхъ половыхъ частей, когда разрываются обильно снабженныя кровью мягкія части по близости отверстія мочеиспускательнаго канала и клитора. Это большею частью идущія продольно небольшія, одностороннія и поверхностныя нарушенія цѣлости, но дающія колоссальное кровотеченіе. Кровь ярко красная, такъ какъ къ ней примѣшивается артеріальная. Кровь струится непрерывно, несмотря на хорошее сокращеніе матки, несмо-

тря на отсутствіе разрывовъ шейки или поврежденій влагалища. Въ такихъ случаяхъ нужно обслѣдовать наружныя половыя части при хорошемъ освѣщеніи. Если при этомъ обнаружится маленькая сильно кровоточащая ранка, то ее нужно закрыть двумя—тремя швами. Прижатіе, соединенное даже съ примѣненіемъ кровоостанавливающихъ средствъ, не всегда оказывается достаточнымъ, хотя бы оно и примѣнялось въ теченіе довольно продолжительнаго времени.

Thrombus vulvae называютъ такой случай, когда въ глубинѣ въ одной изъ губъ разорвется большой сосудъ и подъ наружной кожей въ мягкія податливыя ткани изольется значительное количество крови. По большей части опухоль замѣчаютъ только черезъ нѣсколько дней послѣ родовъ, такъ какъ она растетъ медленно. Она достигаетъ величины дѣтской головки, распространяется до *anus'a* и часто бываетъ совершенно неправильной формы.

Кожа надъ нею можетъ быть совершенно черной, такъ какъ кровяной пигментъ проникаетъ въ ткани. Иногда бываютъ поврежденія въ верхнемъ отдѣлѣ слизистой оболочки влагалища, такъ что сверху влагалища образуется маленькое отверстіе, изъ котораго истекаетъ темная кровь. Въ такомъ случаѣ возможно и разложеніе. Но обыкновенно кровяная опухоль не сообщается съ наружной кожей. Тогда она остается асептической и медленно всасывается.

Лечатъ антисептическими компрессами, наприм. изъ *liquor. alumin. acetic.* Если кровяную опухоль необходимо вскрыть, то производятъ большой разрѣзъ такъ, чтобы выдавивъ содержимое и промывъ полость, можно было потомъ ее осмотрѣть. Еще въ теченіе многихъ дней разорвавшійся сосудъ не тромбозуется, а продолжаетъ кровоточить. Тогда обкалываютъ его въ глубинѣ въ нѣсколькихъ мѣстахъ, полость плотно тампонируютъ іодоформенной марлей и фиксируютъ повязку Т—образнымъ бинтомъ. Маленькія, неимѣющія значенія кровяныя опухоли являются часто слѣдствіемъ зашиванія промежности, образуясь изъ укола, который случайно поранилъ въ глубинѣ сосудъ.

Разрывъ матки.

Уже много разъ приходилось упоминать о разрывѣ матки при узкихъ тазахъ, *hydrocephalus* и поперечныхъ положеніяхъ. Когда послѣ продолжительной безплодной родовой дѣятельности мускулатура матки все больше и больше передвигается вверхъ по ребенку, а нижній сегментъ матки, цервикальный каналъ и верхняя часть влагалища чрезмѣрно растягиваются, то происходитъ произвольный разрывъ матки.

При этихъ условіяхъ толщина растянutoй стѣнки матки въ нижнемъ сегментѣ бываетъ не больше 1—3 миллиметровъ.

Ктому же нижній сегментъ растягивается неравномѣрно. При боковомъ перегибѣ матки, а существуетъ, вѣдь, физиологическое *dextro-versio uteri*, одна сторона матки растягивается больше другой. Истонченіе всегда больше тамъ, гдѣ, какъ напр. при лобныхъ положеніяхъ, лежитъ надъ входомъ въ тазъ толстый затылокъ. Если схватки сильны, а слишкомъ объемистая головка не можетъ пройти черезъ входъ, то мышечные пучки раздвигаются, и въ нижнемъ сегментѣ сбоку образуется какъ бы новый маточный зѣвъ, въ который внѣдряется наиболѣе выдающаяся часть головки или плода.

Получающаяся рана можетъ вызвать внезапный разрывъ стѣнки матки, такъ что ребенокъ черезъ образовавшееся большое отверстіе попадаетъ прямо въ брюшную полость: полный разрывъ матки. Это въ высшей степени рѣдкій случай.

Чаще ребенокъ остается въ маткѣ, полость которой увеличилась вслѣдствіе образованія отверстія; изгоняющая сила матки послѣ раненія ея, гесп. разрыва, совершенно истощается. Тогда возможно, что разрывъ проникнетъ въ полость брюшины, или же, что разрывъ не дойдетъ до брюшины, а ограничится только маткой: неполный разрывъ матки. Такое нарушеніе цѣлости матки, при которомъ лишь мускулатура между головкой и мысомъ или передней стѣнкой таза оказывается какъ бы раздавленной, разможенной, называется «узурой отъ давленія». При ней опасно не кровотеченіе, а то, что сдавленное, обезкровленное мѣсто можетъ омертвѣть, подвергнуться некротическому размягченію и выпасть. Тогда происходятъ прободенія: сзади, — около пузыря: пузырно влагалищныя фистулы.

Такъ какъ при разрывѣ матки повреждаются ткани, богатая кровью, то кровотеченіе бываетъ сильнымъ. Но встрѣчаются различные виды кровотеченій. При внезапномъ полномъ разрывѣ отношенія такія же, какъ при кесарскомъ сѣченіи. Матка сокращается тотчасъ же по удаленіи ребенка. Здѣсь кровотеченія совсѣмъ можетъ не быть, вмѣстѣ съ тѣмъ отсутствуютъ и всякіе симптомы внутренняго кровотечения, гесп. остраго малокровія. Смертельно раненая больная производитъ благоприятное впечатлѣніе первое время, пока не развился сепсисъ. Но въ другихъ случаяхъ тотчасъ брюшная полость наполняется кровью, кровь течетъ и наружу, и быстро наступаетъ смерть отъ потери крови.

Если при полномъ разрывѣ шейка закрыта головкой, то кровотеченіе происходитъ вверху, кровь стекаетъ въ брюшную полость и появляются симптомы внутренняго кровотечения. Если разрывъ неполный, если брюшина цѣла, то кровь пролагаетъ себѣ путь подъ брюшиной въ подбрюшинномъ слоѣ, сбоку и спереди образуется кровяная опухоль. Если произвести изслѣдованіе и ввести при этомъ воздухъ

во влагалище, то кровь смѣшается съ воздухомъ. При комбинируванномъ давленіи на кровяную опухоль получается тогда эмфизематозный трескъ.

Большую роль при образованіи разрыва и въ формѣ его играютъ прежніе воспалительные процессы. При старыхъ пара- и периметритическихъ рубцахъ брюшина фиксирована. Въ такомъ случаѣ не происходитъ сдвиганія ея, а полный разрывъ.

Отверстіе въ брюшинѣ большею частью невелико. Разрывъ матки можетъ быть въ 10 сант. длины, а отверстіе въ брюшинѣ только пропускаетъ палець. Но *perimetrium* при этомъ разрывается до стѣнки таза. Иногда бываетъ въ такихъ случаяхъ настолько значительное кровотеченіе, что наступаетъ смерть отъ потери крови уже черезъ нѣсколько часовъ, даже черезъ нѣсколько минутъ.

Произвольно возникающіе разрывы идутъ, какъ въ продольномъ, такъ и въ горизонтальномъ направленіи и лежатъ обыкновенно сбоку.

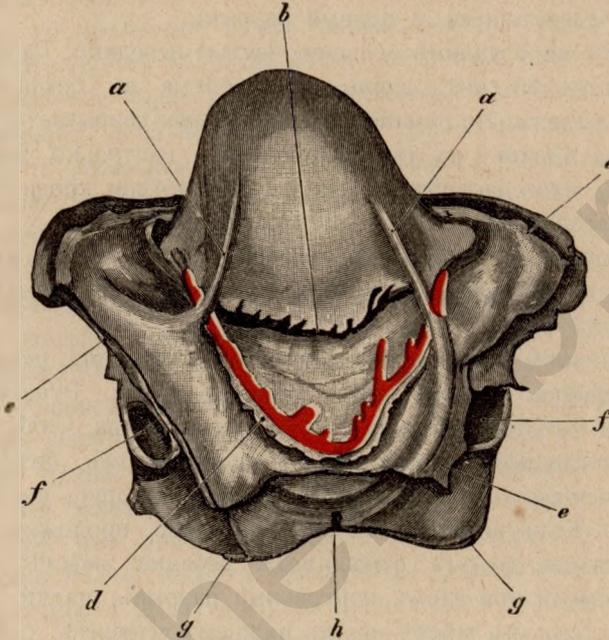
Если разрывъ матки происходитъ послѣ введенія руки акушера, то это называютъ: насильственный разрывъ матки. Рука проникаетъ въ матку, въ которой слишкомъ мало пространства, чтобы рука, *resp.* предплечье могло помѣститься вмѣстѣ съ ребенкомъ, безъ того уже тѣсно обхваченнымъ маткой. Матка чрезмѣрно вдругъ растянувшаяся, разрывается. Если акушеръ хочетъ насильно проложить путь къ ножкамъ ребенка, то онъ отодвигаетъ ребенка вмѣстѣ съ маткой кверху, производя при этомъ поперечный разрывъ матки какъ разъ въ наиболѣе тонкомъ мѣстѣ ея: въ нижнемъ сегментѣ, т. е. въ растянутой шейкѣ. Особенно опасно насильственное проведеніе руки вверхъ, если спереди рука проводится позади *ramus horizontalis* лобковой кости. Въ этомъ случаѣ можно такъ оторвать матку, что она будетъ удерживаться спереди только на *ligamenta rotunda*, а сзади только маленькимъ мостикомъ (фиг. 73).

Разрывъ матки на препаратѣ представляется иной формы и величины, чѣмъ при своемъ образованіи. При поворачиваніи ребенка во время поворота, при извлеченіи, при движеніяхъ руки акушера въ маткѣ увеличивается разрывъ. По опорожненіи матки, ткани сокращаются и разрывъ снова уменьшается.

Разрывъ часто продолжается и во влагалище. Но оно можетъ разорваться и само по себѣ, именно при поперечныхъ положеніяхъ.

Наблюдались также разрывы у дна матки. Даже и во время беременности матка можетъ разорваться подъ вліяніемъ насильственныхъ воздѣйствій. Матка разрывается напримѣръ, если на животъ наступилъ кто нибудь, если больная упадетъ на животъ, даже при сильномъ натуживаніи во время испражненія.

Въ подобныхъ случаяхъ нельзя упускать изъ виду предрасположенія къ разрывамъ. Подобно тому, какъ лопается рана послѣ кесарскаго сѣченія, такъ разрывается и матка, если ея мышцы были слишкомъ тонкими, являясь симптомомъ инфантилизма, или если мышцы ея превратилась мѣстами въ неподатливую, неэластичную, рубцовую, плотную ткань, благодаря прежнимъ воспалительнымъ процессамъ.



73

Насильственный разрывъ матки.

aa Ligamenta rotunda. b Край разорванной брюшины. cee Брюшина. ff Вертлужныя впадины. d Разрывъ матки; красный. gg Tubera ischii. h Лобное сочленіе. Въ центрѣ фигуры виденъ разрывъ брюшины. Брюшина отогнута кверху, b другой край разрыва брюшины d лежитъ надъ тазомъ, между ними обнаженный нижній сегментъ съ разрывомъ, обозначеннымъ красной краской.

Симптомы и теченіе.

Еще до полного разрыва роженица начинаетъ реагировать на начинающееся нарушеніе цѣлости. Пульсъ дѣлается чрезвычайно скорымъ, а общее состояніе плохимъ. Болѣзненные ощущенія появляются не только во время схватокъ, но продолжаютъ непрерывно, такъ что акушеру и даже мало опытнымъ лицамъ бросается въ глаза поразительное ухудшеніе состоянія роженицы. Часто температура повышается на нѣсколько десятыхъ градуса.

При изслѣдованіи круглая свика оказывается, при смѣщеніи матки въ сторону, сильно натянутой, въ видѣ сильно напряженнаго чувствительнаго шнура, въ палецъ толщиною.

Дно матки представляется утолщеннымъ и твердымъ, части плода сверху не прощупываются, но внизу поразительно легко прощупывается какъ внѣ схватки, такъ и во время ея, головка, лежащая въ сильно растянутомъ нижнемъ сегментѣ, ниже плотнаго толстаго рѣзко выраженного контракціоннаго кольца, идущаго въ косомъ направленіи; особенно ясно прощупывается головка со стороны наиболѣе выдающейся ея части, со стороны затылка.

Если при внутреннемъ изслѣдованіи находятъ головную опухоль, а головка, между тѣмъ, подвижна, то это значитъ, что произошло нарушение цѣлости маточной стѣнки, увеличившее внутреннюю полость матки. Вѣдь, если бы было все нормально, то при значительной головной опухоли головка должна была стоять неподвижно. Или если головка была бы еще подвижной, то схватки не могли быть очень сильными, слѣдовательно, не могло произойти значительной головной опухоли.

Схватки прекращаются тотчасъ же послѣ полного опорожненія матки, когда ребенокъ вышелъ въ брюшную полость. Но и при неполныхъ разрывахъ, даже при узурахъ отъ давленія, хотя и бываютъ сильныя боли, но не правильныя продуктивныя родовыя схватки. Это настолько вѣрный признакъ разрыва матки, что врачъ можетъ на разстояніи поставить діагнозъ разрыва матки, если окружающіе больную рассказываютъ, что схватки были очень сильными, потомъ внезапно прекратились, что роженица очень слаба, плохо себя чувствуетъ, у нея были обмороки или она была безъ сознанія.

Дальнѣйшій симптомъ—кровотеченіе. Тамъ, гдѣ образовалась рана, происходитъ кровотеченіе. Слѣдовательно, если во время трудныхъ родовъ, при которыхъ слѣдуетъ думать о возможности разрыва матки, внезапно появится сильное кровотеченіе, то это служитъ доказательствомъ, что произошло раненіе; и если эта рана, это нарушеніе цѣлости находится въ нижнемъ отдѣлѣ матки, то есть начинающійся разрывъ матки.

Такъ какъ большею частью это случается при долго продолжающихся родахъ, то роженица часто оказывается, къ сожалѣнію, уже инфицированной, она лихорадитъ, что чрезвычайно ухудшаетъ прогнозъ.

Въ такихъ случаяхъ при чрезвычайномъ ускореніи пульса матери, слѣдовательно, при пониженіи кровяного давленія, ребенокъ обыкновенно умираетъ.

При насильственномъ разрывѣ, который причинилъ врачъ, ребенокъ часто извлекается живымъ, если онъ былъ живъ передъ тѣмъ и если размѣры таза допускаютъ быстрое извлеченіе.

Весь процессъ совершается слишкомъ быстро, чтобы причинить вредъ ребенку.

Акушеръ чувствуетъ, когда разрывъ матки происходитъ подъ рукой или скорѣе, надъ рукой. Тогда какъ раньше можно было лишь съ трудомъ шевелить рукой, движенія ея сразу становятся свободными и поворотъ удается поразительно легко. Разрывъ матки можно опредѣлить также непосредственно при поворотѣ или при низведеніи ножки. Разрывъ матки всегда является опаснымъ для жизни осложненіемъ и многія женщины умираютъ отъ него.

Существуетъ при этомъ двоякаго рода опасность; опасность истеченія кровью и инфекции. Если кровотеченіе остановилось и разрыву подверглась асептическая матка, то брюшина въ такомъ случаѣ заживаетъ очень скоро. Уже черезъ 2—3 дня можетъ исчезнуть всякая опасность. Но если женщина лихорадила еще до разрыва, то, она инфицирована и по большей части она тогда погибаетъ несмотря на леченіе.

Леченіе.

Профилактика.

Профилактика состоитъ вообще въ правильномъ веденіи родовъ при узкомъ тазѣ. Слѣдовательно, у многородящихъ здѣсь нужно имѣть въ виду искусственные роды.

Роженица съ узкимъ тазомъ должна немедленно лечь въ постель, она должна избѣгать натуживанія, хотя часто она испытываетъ желаніе тужиться уже при вхожденіи головки во входъ въ тазъ. Она должна лежать спокойно.

Преждевременное отхожденіе околоплодныхъ водъ опасно, поэтому до излитія водъ изслѣдованіе должно производиться осторожно и только въ промежуткахъ между схватками.

Предписывается боковое положеніе, на томъ именно боку, гдѣ лежитъ затылокъ ребенка. Матка опускается тогда въ ту сторону, вслѣдствіе чего является противодѣйствіе чрезмѣрному растяженію и затылокъ направляется книзу.

Наилучшая профилактика есть своевременное родоразрѣшеніе. Я указывалъ очень часто въ этой книгѣ, что при всѣхъ тяжелыхъ родахъ нужно всегда удостовѣриться, живъ ли ребенокъ и что всякое промедленіе родоразрѣшенія въ случаи смерти ребенка было бы ошибочнымъ. Послѣ смерти ребенка нужно тотчасъ же перфорировать головку или уменьшить объемъ ребенка и сдѣлать немедленно извлеченіе, какъ только состояніе маточнаго зѣва позволитъ оперировать. Къ сожалѣнію, это простое само по себѣ понятное правило часто не исполняется!

Примѣняется ли насильственный поворотъ при мертвомъ ребенкѣ или его продолжаютъ совершать, когда ребенокъ уже умеръ во время

манипуляцій. Сколько врачей, желая спасти ребенка, теряли и мать и ребенка!

Расширение маточного зѣва должно совершаться головкой, которая медленно извлекается краниокластомъ.

Было бы ошибочнымъ послѣ излитія водъ при угрожающемъ разрывѣ матки вводить впереди головки объемистый кольпейринтеръ.

Если головка и подвижна, то, все таки, удерживая ее плотно снаружи, легко удастся пробуровать черепъ ножницами Smellie и ввести черезъ отверстіе краниокласть. Какъ разъ здѣсь и пригоденъ краниокласть, который совершенно не требуетъ свободнаго пространства.

При высокомъ стояніи контракціоннаго кольца, при чрезмѣрномъ растяженіи нижняго сегмента матки или влагалища и при внезапно наступившихъ бурныхъ схваткахъ, которыя могутъ скоро вызвать разрывъ, — не бойтесь перфорировать живого ребенка. При разрывѣ матки, все равно, ребенокъ погибъ бы, если и не тотчасъ, то вслѣдствіе узкаго таза — при освобожденіи ручекъ или при извлеченіи головки. Гораздо больше цѣны имѣетъ жизнь матери. Если спустя нѣсколько дней она возвратится къ своимъ обязанностямъ, къ своей семьѣ, то, конечно, это лучше, чѣмъ если съ большой опасностью для нея извлечете живого или вѣрнѣе умирающаго, асфиктичнаго ребенка со сломанными конечностями, поврежденіями нервныхъ стволовъ и вдавленіями на черепѣ. Мать можетъ немедленно изойти кровью вслѣдствіе разрыва только что появившагося или продолженія уже бывшаго раньше. Этого не всегда можно избѣжать даже при большой техникѣ, потому что нельзя всегда точно знать, нѣтъ ли рубцовъ въ parametrium.

Если при узкомъ тазѣ и при поперечномъ положеніи приходится дѣлать профилактической поворотъ, чтобы избѣжать разрыва матки, то онъ долженъ быть, по возможности, комбинированнымъ. Вводится въ матку только полъ руки и ее стараются по возможности продвинуть кверху къ ребенку. Наружной рукой надавливаютъ на тазовой конецъ ребенка по направленію къ внутренней рукѣ. Не нужно стараться во что бы то ни стало захватить обѣ ножки, можно удовлетвориться захватываніемъ одной ножки, ближайшей. Если за нее сильно тянуть, то тазовой конецъ во всякомъ случаѣ приблизится къ внутренней рукѣ, хотя бы и не удалось совершить немедленно поворота; такимъ образомъ, становится легче достать вторую ножку, чѣмъ раньше, когда она лежала высоко вверху. Если обѣ ножки низведены, то поворотъ всегда удается.

Если ребенокъ плотно охваченъ маткой, то онъ уже мертвъ, такъ какъ для появленія такой степени сокращенія матки tetanus uteri необходима большая продолжительность схватокъ, которые настолько

нарушаютъ кровообращеніе въ маткѣ, что газообмѣнъ между матерью и ребенкомъ прерывается надолго. Самымъ лучшимъ для матери методомъ будетъ въ данномъ случаѣ декапитация ножницами при очень сильномъ потягиваніи за ручку.

При діагностицированномъ разрывѣ матки, также нужно стремиться къ возможно скорому опорожненію ея. Именно нужно такъ вести роды, чтобы не увеличивать содержимаго матки введеніемъ руки или инструментовъ. Способъ дѣйствія такой же, какъ при угрожающемъ разрывѣ матки.

Если же замѣчаютъ разрывъ матки во время труднаго поворота, слѣдовательно если врачъ самъ сдѣлалъ насильственный разрывъ матки, то нельзя прерывать поворота или извлеченія даже при опасности увеличить разрывъ дальнѣйшими манипуляціями. Нужно какъ можно скорѣе окончить извлеченіе, такъ какъ большая рана по опорожненіи матки становится маленькой. Выжимаютъ какъ можно скорѣе послѣдъ, который въ этихъ случаяхъ выходитъ по большей части легко.

Если ребенокъ весь вышелъ черезъ разрывъ, то все зависитъ отъ того, гдѣ онъ лежитъ. Ощупываніемъ и двойнымъ изслѣдованіемъ точно устанавливаютъ, лежитъ ли ребенокъ около самой матки или далеко отъ нея. Если черезъ разрывъ ощупываются ножки ребенка, то при неполномъ разрывѣ ребенокъ можетъ лежать подбрюшинно, какъ я однажды наблюдалъ. Онъ быстро извлекается въ этомъ случаѣ черезъ разрывъ *per vias naturales*.

Но если матка совершенно сократилась, такъ что ясно прощупывается плотное тѣло матки, сдвинутое кпереди или въ сторону, если ребенокъ лежитъ далеко отъ тазоваго входа, если прошло нѣсколько часовъ со времени разрыва — было бы ошибкой стараться пройти черезъ сократившійся уже разрывъ въ брюшную полость и, извлекая ребенка, еще болѣе увеличить разрывъ.

Тогда предлагается лапаротомія, какъ единственное вѣрное средство для спасенія жизни матери. Не сдѣлать ее было бы оплошностью. Конечно, если мать была раньше инфицирована, то при неблагоприятныхъ условіяхъ она почти всегда погибаетъ. При такихъ обстоятельствахъ у меня былъ только одинъ разъ хорошій исходъ въ клиникѣ.

Если ребенокъ и послѣдъ удалены, то является вопросъ о дальнѣйшемъ леченіи, *resp.* о леченіи раны матки.

Здѣсь являются двѣ опасности: истеченіе кровью и сепсисъ. Въ смыслѣ ближайшей опасности истеченія кровью, часто теорія и практика совершенно расходятся. Теоретически нужно допустить, что единственно вѣрнымъ способомъ прекращенія кровотеченія здѣсь, какъ

и вездѣ—это дать доступъ къ кровоточащей поверхности и возможность ее осмотрѣть. Теоретически представляется логичнымъ сдѣлать въ каждомъ случаѣ чревосѣченіе и перевязать кровоточащія сосуды. Потому что сильнѣе всего кровоточить не матка и не шейка, но разорвавшаяся около маточная клѣтчатка. Ее нельзя вытянуть книзу или снизу такъ осмотрѣть, чтобы съ увѣренностью имѣть возможность остановить кровотеченіе.

Но для врача было бы очень трудно, даже невозможно примѣнять на практикѣ теорію, которая считается правильной. Прогнозъ можетъ быть хорошимъ здѣсь, какъ при всякомъ другомъ тяжеломъ чревосѣченіи только при слѣдующихъ условіяхъ: если больная доставлена въ клинику тотчасъ же, если всѣ приготовления сдѣланы скоро и хорошо, при хорошемъ соблюденіи асептики и антисептики; если есть достаточное количество ассистентовъ и матерьяла, и если немедленно можно сдѣлать вливаніе солеваго раствора. Но все это достать можно только въ немногихъ случаяхъ! Сколько драгоценнаго времени теряется при этомъ на выясненіе родственникамъ положенія больной, на полученіе согласія на операцію, на устройство ассистенціи и приспособленій къ операціи. Часто встрѣчаются при этомъ почти непреодолимые затрудненія, объясняющія, почему въ частной практикѣ рѣдко дѣлается въ такихъ случаяхъ чревосѣченіе.

Теоретически менѣе правильная тампонація влагалища и тугая давящая повязка будутъ и впредь находить себѣ примѣненіе. Я намѣренно говорю «тампонація влагалища», такъ какъ плотная тампонація матки растягиваетъ брюшинную рану, разрываетъ ее дальше, мѣшаетъ образованію быстрыхъ склеекъ брюшины и уничтожаетъ уже образовавшіяся склейки.

Конечно, передъ тампонаціей нельзя дѣлать промываній, такъ какъ стекающая въ брюшную полость жидкость вызоветъ отравленіе больной. Влагалище рыхло набивается большимъ кускомъ сухой іодоформенной марли. Ноги связываются. На половыя части кладутъ смоченный въ лизолѣ компрессъ, и затѣмъ гигроскопическую вату. Затѣмъ приводятъ матку въ *anteflexio*, прижимаетъ ее къ тампону и удерживаютъ въ такомъ положеніи помощью очень тугой давящей повязки, къ которой можно прибавить еще мѣшокъ съ пескомъ или дробью въ 2 кило вѣсомъ. Потомъ стараются назначеніемъ опія и морфія успокоить больную, уменьшить боли, дать покой кишкамъ и вмѣстѣ съ тѣмъ противодѣйствовать развитію перитонита.

Если же врачъ опредѣлитъ разрывъ матки только черезъ 5—6 часовъ послѣ родовъ, когда миновала непосредственная опасность истеченія кровью, когда послѣдъ уже вышелъ, то въ такомъ случаѣ нужно отказаться отъ всякаго активного вмѣшательства. Назначаютъ

приемы опийной настойки по 8 капель черезъ 2 часа, абсолютно покойное положеніе на спинѣ, кладутъ пузырь со льдомъ или мѣшокъ съ пескомъ; совѣтуютъ чтобы больная не двигалась при испражненіи и мочеиспусканіи; мочу нужно осторожно выпускать катетромъ, компрессы изъ лизола на половыхъ частяхъ мѣняютъ черезъ 3 часа. Ноги крѣпко связываютъ.

Если лихорадка не появится, то прогнозъ хорошъ; если больная лихорадитъ и развился перитонитъ, то большею частью получается смертельный исходъ вслѣдствіе сепсиса. Врачебное искусство здѣсь мало можетъ помочь.

Но иногда и эти родильницы, съ тяжелыми поврежденіями, остаются въ живыхъ. Брюшина быстро склеивается, воспалительный процессъ на ней отграничивается демаркаціонной линіей. Ниже нагноеніе можетъ длиться еще въ теченіе цѣлыхъ недѣль. Въ результатѣ могутъ развиваться продолжительные внѣбрюшинные экссудаты съ послѣдующими рубцовыми перерожденіями, а также флебитъ, венозный тромбозъ суставовъ или піэмія.

ДВАДЦАТЬ ВТОРАЯ ГЛАВА.

Послѣдовательныя кровотеченія.

Мы уже говорили объ образованіи и предупрежденіи кровотеченій, излагая физиологію и веденіе послѣдоваго періода (см. стр. 77 и 144).

Если послѣдъ еще крѣпко сидитъ у мѣста своего прикрѣпленія, то кровотеченіе невозможно. Но часто послѣдъ отдѣляется центрально уже тотчасъ же по выходѣ ребенка: происходитъ ретроплацентарная кровяная опухоль. Если затѣмъ отдѣлится край послѣда съ какой либо стороны, то кровь начнетъ вытекать наружу. Это кровотеченіе должно продолжаться, пока не закроются послѣ отхожденія послѣда вслѣдствіе уменьшенія матки сосуда *serotina*.

Благоприятствующимъ условіемъ для частичнаго отдѣленія служатъ неумѣлыя, преждевременныя попытки къ выжиманію послѣда. Послѣродовыя кровотеченія въ то время, пока послѣдъ еще въ маткѣ, по большей части являются слѣдствіемъ неправильнаго слишкомъ активнаго веденія послѣдоваго періода.

Выхожденіе послѣда затрудняется также и прикрѣпленіемъ его въ одномъ изъ угловъ матки у трубъ, или на боковой поверхности матки. Тогда на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда сбоку матки прощу-

пывается мягкая опухоль, а матка плотно сокращена. Можетъ даже случиться, что отдѣлится и выйдетъ главная масса послѣда, а въ углу задержится еще отдѣлившійся кусокъ, величиною съ кулакъ или меньше.

Предположеніе, что послѣдъ развивается въ этомъ случаѣ въ интерстиціальной части трубы, основано на заблужденіи. Дѣйствительно, при извлеченіи задержавшагося въ углу матки куска послѣда, получалось ощущение, какъ будто нужно было проникнуть черезъ какое то кольцо или складку въ обособленное отъ полости матки пространство.

Если производились безуспѣшныя попытки для внѣ- или внутриматочнаго отдѣленія послѣда, то мускулатура матки очень сильно сокращается ниже мѣста нахождения послѣда или задержавшейся его части. Сокращеніе бываетъ настолько сильно, что безъ наркоза нельзя пройти рукой черезъ плотное кольцо ниже послѣда и расширить его: *placenta incarcerata*, стриктура матки.

Повивальныя бабки часто говорятъ о приросшемъ послѣдѣ. Въ теченіе своей болѣе чѣмъ тридцатилѣтней практики я только чрезвычайно рѣдко видѣлъ отдѣльные случаи крѣпко приросшеннаго, неотдѣляющагося послѣда. Хотя иногда и приходится отдѣлять послѣдъ отъ *serotina*, но обыкновенно не требуется при этомъ большаго усилія, какъ напр. при кесарскомъ сѣченіи. Когда идетъ рѣчь о срошеніяхъ, которыя приходится разрывать, то это можно хорошо объяснить слѣдующимъ образомъ: врачъ, производя ручное отдѣленіе послѣда, причеиъ рука обращена тыломъ къ внутренней поверхности матки, нечаянно попалъ верхушками крючкообразно согнутыхъ пальцевъ въ самую ткань послѣда, нащупалъ здѣсь тяжи и началъ ихъ разрывать. Дважды только я видѣлъ препаратъ крѣпко сидѣвшаго послѣда, дѣйствительно, приросшаго къ маткѣ.

Гораздо чаще, когда меня приглашали черезъ нѣсколько часовъ послѣ родовъ, случалось, что нельзя было войти въ матку или примѣнить способъ *Credé*, благодаря слишкомъ сильному сокращенію матки.

Много разъ приходилось слышать, что у больной бывали повторныя послѣродовыя кровотеченія. Этотъ фактъ слѣдуетъ признать. Но часто въ подобныхъ случаяхъ я наблюдалъ совершенно благоприятный исходъ, при правильномъ веденіи послѣдоваго періода, именно при выжиданіи и воздержаніи отъ всякаго вмѣшательства безъ какихъ бы то ни было наружныхъ и внутреннихъ мѣропріятій.

Кровотеченія, возникающія по удаленіи послѣда, суть атоническія кровотеченія. Они встрѣчаются у многородящихъ при очень быстрыхъ и легкихъ родахъ, при чрезмѣрномъ растяженіи матки двойнями, при большихъ плодахъ (*hydramnion*), но бываютъ также послѣ труднаго

долго продолжающагося поворота у рожениць съ высокой температурой, у которыхъ наблюдалось раньше судорожное сокращеніе матки, слѣдовательно, главнымъ образомъ при неправильномъ теченіи родовъ.

При сильномъ загибѣ матки впередъ можетъ существовать препятствіе въ мѣстѣ перегиба и матка наполняется кровью. Она поднимается тогда до пупка и даже выше; на ошупь она оказывается плотной, такъ какъ на новое растяженіе реагируетъ сокращеніемъ. Но не смотря на плотность, величина ея указываетъ на внутреннее кровотеченіе.

Или же кровотеченіе постоянно продолжается, тогда какъ матка настолько мягка, что снаружи она не прощупывается совсѣмъ какъ ясное отдѣльное тѣло въ брюшной полости.

Затѣмъ кровотеченія появляются въ концѣ первой недѣли въ томъ случаѣ, если задержался кусокъ послѣда. Этотъ кусокъ можетъ лежать въ маткѣ асептичнымъ. Но онъ можетъ также и разложиться, и тогда при лихорадочномъ состояніи родильницы выдѣляется разложившаяся кровь съ запахомъ.

Наконецъ, повторныя послѣродовыя кровотеченія являются симптомомъ флебита, тромбофлебита *spermatica* при высокой лихорадкѣ. Это піэмическое послѣродовое кровотеченіе, при которомъ отсутствуютъ потрясающіе ознобы въ томъ случаѣ, когда растворимыя частицы размягченнаго тромба попадаютъ постоянно въ сосуды; лихорадка поэтому остается тоже постоянно высокой.

При разложеніи содержимаго матки разлагаются также и тромбы на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда. Появляется кровотеченіе, приче́мъ при легкомъ отхожденіи разложившихся массъ лихорадка можетъ и не быть.

Мы упоминали уже о кровотеченіяхъ изъ разрывовъ, которыя представляютъ опасность для жизни непосредственно послѣ образованія разрыва.

Леченіе.

Если произошло послѣродовое кровотеченіе, то леченіе бываетъ различнымъ, смотря по тому, находится ли послѣдъ еще въ маткѣ или онъ уже вышелъ.

Если послѣдъ еще въ маткѣ, то прежде всего примѣняется способъ *Credé* (стр. 144). Онъ удается всегда, хотя бы прошло уже много времени и наступило рѣзкое, почти судорожное сокращеніе матки. Но даже и въ этихъ случаяхъ при умѣнши можно достигнуть цѣли, тогда такъ неумѣлое лицо, напр. повивальная бабка, не будетъ въ состояніи выжать послѣдъ даже при употребленіи большой силы.

Если послѣдъ ущемленъ, то хлороформируютъ больную. Безъ наркоза невозможно безусловно необходимое воздѣйствіе снаружи.

Черезъ сѣуженное отверстіе продвигаютъ конически сложенную руку, а другой рукой крѣпко держать матку и стараются нахлобучить ее на внутреннюю руку.

При глубокомъ наркозѣ и при медленномъ проведеніи руки съ достаточной силой мнѣ всегда удавалось пройти черезъ стриктуру въ полость. Пока вся рука не пройдетъ въ матку, до тѣхъ поръ нельзя трогать послѣда. Отрывать отдѣльные куски, какъ это часто дѣлаютъ неправильно повивальныя бабки, представляется большой ошибкой. Матка еще сильнѣе будетъ обхватывать остатки послѣда. В. S. Schultze, несомнѣнно очень опытный акушеръ, долженъ былъ удалить въ одномъ случаѣ матку вмѣстѣ съ послѣдомъ, такъ какъ не могъ пройти черезъ стриктуру,—изъ этого ясно, какія громадныя затрудненія могутъ представиться въ подобныхъ случаяхъ. Дѣйствительно, матка при сокращеніи дѣлается плотной, какъ камень; отдѣлившійся послѣдъ можно повертывать въ ней въ разныя стороны. Главная суть въ открытіи матки, а не въ отдѣленіи послѣда отъ мѣста его прикрѣпленія. Если удалось провести руку, то послѣдъ выходитъ легко, если манипулировать обѣими руками.

Если послѣдъ разорванъ повивальной бабкой или другимъ врачомъ, а также если при осмотрѣ послѣда видно, что остался или можно предположить, что остался кусокъ послѣда въ маткѣ, то нужно немедленно обслѣдовать матку. Особенно тщательно должны быть обслѣдованы углы матки, у трубъ.

Нужно быть совершенно увѣреннымъ, что матка пуста и раньше этого нельзя кончить операцію. При этомъ нужно всегда помнить, что мѣсто прикрѣпленія послѣда представляется на ощупь шероховатымъ, не ровнымъ, поверхность его неправильная, нѣсколько выдающаяся, покрытая возвышеніями.

Когда навѣрное удаленъ весь послѣдъ и матка пуста, то послѣ окончанія операціи обыкновенно дѣлаютъ обильное промываніе матки 5—10 литр. дезинфицирующихъ растворовъ. При проведеніи руки черезъ половую щель и влагалище легко занести находящихся тамъ сапрофитовъ и другихъ кокковъ въ полость матки.

Обильное спринцеваніе почти непосредственно послѣ операціи довольно вѣрно удаляетъ этихъ возбудителей инфекціи, тогда какъ безъ спринцеванія можетъ возникнуть инфекція вслѣдствіе размноженія и роста кокковъ. Въ смыслѣ инфекціи операціи внутриматочнаго удаленія послѣда являются наиболѣе опасными.

Легко сдѣлать асептической руку, но не путь въ матку, откуда снимаются рукой кокки и переносятся въ матку.

Если, несмотря на эти манипуляціи, возбуждающія сокращенія, несмотря на эрготинъ и массажъ, матка остается вялой, то лучше всего тотчасъ же наложить давящую повязку.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда врачъ застанетъ родильницу безъ пульса, съ плохимъ сознаниемъ, истекающей кровью, скорѣе умирающей, чѣмъ живой, слѣдовательно при высшей степени агоніи нужно примѣнить слѣдующее: непосредственно послѣ родовъ матку легко захватить и сдавить даже при толстыхъ брюшныхъ покровахъ, именно, если отодвигать гесті въ сторону, массируя. Конечно, та кровь, которая излилась въ матку, для больной уже потеряна. Ее нужно скорѣе удалить выдавливаніемъ. Затѣмъ матку высоко приподнимаютъ и переводятъ руки на заднюю ея поверхность. Матку прижимаютъ въ положеніи рѣзкой ante-flexio къ лонному сочлененію и надъ нимъ. Слѣдовательно, сильно антепонируютъ матку. Внутренній маточный зѣвъ лежитъ приблизительно тотчасъ же надъ гребешками лонной кости. Сильно вдавливаютъ брюшные покровы вглубь сзади матки въ тазовой входъ. Воронкообразное пространство, образовавшееся сзади матки, выполняется сложенными полотенцами, бѣльемъ, большими кусками ваты, что попадетъ подъ руку, такъ чтобы матка была прижата къ брюшнымъ покровамъ совершенно кпереди. Затѣмъ съ помощью тугой повязки кругомъ живота все, что находится кзади отъ матки оттѣсняется глубоко внизъ, такъ что брюшные покровы образуютъ воронку почти до самаго входа въ тазъ. Тѣло матки лежитъ слѣдовательно на лонномъ сочлененіи и впереди отъ него.

Если нѣтъ готоваго бинта для повязки, то скорѣе сшиваютъ или скалываютъ 2 полотенца въ ширину. Завязывая какъ можно крѣпче узелъ, оттѣсняютъ всю массу сзади отъ матки во входъ въ тазъ, а матку кпереди. Стѣнки перегнутой впередъ матки крѣпко стягиваются нѣсколькими турами бинта, идущими по дну матки ниже другихъ рядовъ крѣпко сжимаютъ стѣнки антефлексированной матки.

Если же находящаяся сзади матки масса стянута сколотыми полотенцами, то нуженъ еще второй такой же бандажъ для наложенія на дно матки. Слѣдовательно, кровь не можетъ теперь накопляться въ маткѣ, такъ какъ нѣтъ полости матки.

Повязка остается на 12 часовъ. Она переносится поразительно хорошо. Потому ли что націентка не можетъ оказать сопротивленія, въ страхѣ передъ смертью или вслѣдствіе пониженія чувствительности къ боли, благодаря омраченію сознания,—но во всякомъ случаѣ на другое утро на прямой вопросъ я часто получалъ отвѣтъ, что повязка не беспокоила.

Если при положеніи повязки пузырь наполненъ мочою, то большею частью при сильномъ стягиваніи повязки выходитъ и моча. Когда

есть большая потеря крови, то и мочи вырабатывается немного. Если есть позывъ къ мочеиспусканію, то ничто не помѣшаетъ катетризации.

Когда повязка окончена, тогда низко опускають голову больной, ставятъ ножной конецъ кровати на стуль, въ постель кладутъ бутылки съ горячей водой, даютъ въ обильномъ количествѣ горячіе напитки; если же пульсъ не поднимается, то нужно дѣлать впрыскиванія камфорнаго масла, эрготина, эфира, вливанія солеваго раствора.

Такимъ леченіемъ достигается слѣдующее:

1) Сдавливается брюшная полость. Слѣдовательно, весь незначительный остатокъ крови задерживается въ верхней половинѣ тѣла еще лучше, чѣмъ при временномъ непосредственномъ прижатіи *aorta descendens*, или при обертываніи ногъ.

2) Не можетъ быть дальнѣйшаго кровотеченія изъ матки, потому что стѣнки ея тѣсно прижаты другъ къ другу и совсѣмъ нѣтъ теперь внутриматочнаго пространства — полости, — въ которую изливалась бы кровь.

3) Точно также не теряется и то количество крови, которое вытекаетъ при тампонаціи, и впитывается большимъ тампономъ. Хотя тампонація полости матки и имѣетъ значеніе, однако я видѣлъ смертельные исходы именно при высшихъ степеняхъ атоніи, и при тампонаціи. Кромѣ того, неопытный врачъ, предоставленный только самому себѣ, не сумѣетъ скоро затампонировать.

Ему требуется много времени уже на то, чтобы обнажить маточный зѣвъ.

Я видѣлъ много случаевъ, гдѣ, несмотря на вливанія солеваго раствора etc. родильница оказывалась мертвой по окончаніи тампонаціи. Во время тампонаціи было потеряно слишкомъ много крови.

4) Преимущество моего метода въ томъ, что его можетъ примѣнить всякій немедленно, что не только не нужно дезинфицироваться въ то время, когда есть непосредственная опасность, но, не теряя ни секунды времени, можно наложить давящую повязку, не причиняя боли и не теряя времени на изслѣдованіе.

5) Второе преимущество въ томъ, что послѣ наложенія повязки родильница остается въ покоѣ. Затѣмъ, легко примѣнить всѣ другіе способы общаго леченія, не мѣшая покою больной.

6) Въ заключеніе нужно прибавить, что слѣдуетъ предпочитать всякое внѣматочное леченіе внутриматочному, особенно, когда необходимо торопиться.

Черезъ 12 часовъ, — приблизительно, — снимають повязку. Матка, сосуды которой давно затромбозировались, медленно возвращается въ нормальное положеніе. Понятно, что всякое послѣдовательное леченіе, особенно внутриматочное, здѣсь не нужно. Еще одно преимущество!

Уже спустя 8 часовъ я удалялъ иногда повязку. Въ одномъ случаѣ, гдѣ повязка лежала въ теченіе сутокъ, получился пролежень на гребешкѣ. Это легко объяснить при анэміи.

Я постоянно обходился указаннымъ методомъ. Въ настоящее время любимымъ средствомъ считается тампонація матки. Она рекомендована Dührssen'омъ и, дѣйствительно, удобопримѣнима и ведетъ къ цѣли во многихъ случаяхъ.

При этомъ, при помощи пары Мюзеевскихъ щипцовъ, захватываются передняя и задняя губа и низводится шейка такъ, что обѣ губы становятся видными.

Хотя зеркало и можетъ облегчить эту манипуляцію, но въ немъ нѣтъ необходимости вслѣдствіе легкой подвижности только что опорожненной матки. Передаютъ щипцы повивальной бабкѣ и кладутъ руку сверху матки. Другой рукой вынимаютъ изъ приготовленной банки полосы іодоформенной марли и корнцангомъ проводятъ ихъ въ матку. Нужно контролировать снаружи, чтобы марля прошла до самаго дна матки, приблизительно на 12 сант.

Снаружи ясно прощупывается продвинутый вверхъ комокъ марли. Затѣмъ набиваютъ матку марлей, настолько насколько она входитъ. Потомъ выполняютъ также влагалище и въ заключеніе накладываютъ, какъ описано выше, давящую повязку. Внутренняя поверхность матки, слѣдовательно и вся матка крѣпко зажата между давящей повязкой и тампономъ, лежащимъ въ маткѣ и во влагалищѣ.

И этотъ методъ даетъ хорошіе результаты. Часто только кровь просачивается черезъ наружные слои марли, тогда какъ внутренняя часть тампона не пропитана кровью.

Слѣдовательно, если имѣются подъ рукой іодоформенная марля, корнцангъ и ассистенты, то я абсолютно ничего не имѣю противъ примѣненія этого метода; я его такъ часто примѣнялъ самъ и заставлялъ примѣнять, что могу назвать результаты хорошими. Замѣчу только, что съ одной стороны такіе же прекрасные результаты получаются и при одной давящей повязкѣ безъ тампонаціи, а съ другой стороны смертельные исходы отъ кровотеченій встрѣчаются и при тампонаціи.

Я не совѣтую примѣнять спринцеваній ледяной или горячей водой, впрыскивать *t-ra jodi* и *liquor. ferri sesquichlorat.* Простыя спринцеванія можно поставить на ряду съ повязкой, а вяжущія опасны по своимъ вреднымъ послѣдствіямъ. Если кровотеченіе не останавливается тотчасъ же послѣ *liq. ferri sesquichlorat.*, то ничего больше дѣлать нельзя, нужно предоставить процессу идти своимъ порядкомъ. Потому что, если теперь снова массировать и надавливать, то можно разрушить образовавшіяся сгустки крови. Съ другой стороны, вслѣд-

ствіе прижиганія, влагалище сдѣлалось узкимъ и дальнѣйшія внутриматочныя манипуляціи становятся почти невозможными. Въ сгусткахъ быстро развивается разложеніе, съ которымъ трудно справиться. Дѣйствіе liq. ferri въ глубину можетъ простираться до брюшины, можетъ омертвѣть много ткани и, въ лучшемъ случаѣ, останутся на большомъ протяженіи рубцы. Въ одномъ изъ подобныхъ случаевъ я долженъ былъ сдѣлать вполнѣдствіи кесарское сѣченіе вслѣдствіе рубцеваго стягиванія шейки и влагалища.

Кровотеченія изъ разрывовъ раньше были рѣже. Въ то время, когда необходимымъ условіемъ для всякой акушерской операціи считалось полное открытіе, подобныя кровотеченія наблюдались, въ крайнемъ случаѣ, при извлеченіи послѣ преждевременнаго излитія околоплодныхъ водъ или когда были строгія показанія къ повороту при несовершенномъ зѣвѣ. Теперь же дѣлаютъ поворотъ и извлеченіе при эклампсіи, placenta praevia, хотя зѣвъ относительно узокъ. При высокой лихорадкѣ или эклампсіи больше боятся теперь послѣдствій продолжительныхъ родовъ, чѣмъ послѣдствій разрывовъ. Это составляетъ результатъ той увѣренности, которую намъ дала асептика, а также болѣе широкаго распространенія гинекологической техники. Если бы способъ инструментальнаго расширенія Bossi вошелъ во всеобщее употребленіе у врачей, чему я не вѣрю, то пришлось бы еще чаще слышать о большихъ разрывахъ и кровотеченияхъ.

Но во всякомъ случаѣ иногда приходится вполнѣ сознательно рисковать опасностью разрыва, — когда опасность отъ выжиданія еще больше, чѣмъ опасность отъ разрыва.

Можно уже при первомъ изслѣдованіи и при наблюденіи за теченіемъ родовъ предвидѣть возможность разрыва.

Во всякомъ случаѣ, если разрывъ произошелъ, нужно умѣть тотчасъ распознать его.

Діагнозъ можно поставить на основаніи слѣдующаго: сопротивленіе при извлеченіи головки, ощущеніе внезапной податливости тканей, кровотеченіе непосредственно послѣ извлеченія или послѣ родовъ, тотъ фактъ, что имѣется сильное кровотеченіе, несмотря на хорошее сокращеніе матки, что кровь не свертывается, остается жидкой и свѣтлой, а не темной. Казалось умѣстнымъ и здѣсь, какъ въ другихъ мѣстахъ, остановить кровотеченіе наложеніемъ швовъ.

Опытъ научилъ меня однако, что швы, которые я раньше рекомендовалъ и довольно часто самъ накладывалъ, не даютъ вѣрныхъ результатовъ.

Въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ я видѣлъ на вскрытіяхъ случаи, гдѣ шовъ былъ положенъ по всѣмъ правиламъ. Помимо того, что наложеніе шва въ шейкѣ довольно знатруднительно для врача, имѣющаго

помощницей только повивальную бабку, этотъ пріемъ обыкновенно и не достигаетъ цѣли.

Разрывъ глубже всего тамъ, гдѣ *parametrium* примыкаетъ къ шейкѣ. Я даже видѣлъ случаи, гдѣ наружный маточный зѣвъ и влагалищный сводъ были совершенно цѣлы. Здѣсь даже ткани были податливыми. Но выше шель черезъ шейку глубокой разрывъ дна, котораго нельзя было ощупать даже двумя суставами пальцевъ. Въ моментъ прохожденія головки толщина стѣнки шейки равна только 2—3 мм. Если при освобожденіи послѣдующей головки врачъ введетъ палецъ въ ротъ ребенка и будетъ тянуть прямо внизъ при поперечномъ стояніи головки, то невольно при этомъ онъ повертываетъ затылокъ кпереди и въ сторону, къ стѣнкѣ таза. Если ассистентъ, *resp.* акушерка будутъ въ это время сильно надавливать снаружи, тонкая стѣнка шейки разорвется въ томъ мѣстѣ, которое соотвѣтствуетъ затылку. Всегда разрывъ соотвѣтствуетъ положенію затылка. Менѣе объемистый лобикъ уже раньше проходитъ черезъ то узкое мѣсто шейки, которое разрывается послѣдующимъ затылкомъ.

Большую часть разрывъ проходитъ кпереди отъ *art. uterina*, но если она фиксирована старыми параметрическими рубцами, то она тоже можетъ разорваться. Нѣсколько разъ я видѣлъ при вскрытіи въ срединѣ разрыва два большихъ отверстія вскрытыхъ маточныхъ артерій; *can. vaginal.*, можетъ быть, такой же толщины, какъ *radial.* Кровотечение изъ разорвавшейся *canus vaginal* можетъ быть смертельнымъ, даже и внѣ беременности.

При оттягиваніи внизъ шейки Мюзеевскими щипцами для наложенія швовъ на разрывъ происходитъ смѣщеніе внизъ матки, но не околوماتочной клѣтчатки. Самое глубокое мѣсто разрыва, захватывающее *parametrium*, *resp.* тазовую клѣтчатку, остается выше. Какъ при наложеніи швовъ на разрывъ матки изъ брюшной полости нельзя зашить всю раневую поверхность, а только одну матку, точно также это невозможно и при смѣщеніи матки внизъ. При вскрытіи на препаратѣ — можно часто совершенно ясно демонстрировать, что хотя разрывъ шейки, а иногда также и влагалищнаго свода зашить хорошо, въ глубинѣ выше этого шва палецъ попадаетъ въ зіяющее отверстіе. Раньше, когда я впрыскивалъ въ подобныхъ случаяхъ *liq. ferri sesquichl.* непосредственно въ отверстіе, часто случалось, что при спринцеваніи въ періодъ выздоровленія отдѣлялись корки изъ глубины воронкообразнаго пространства, лежащаго сзади и сбоку шейки, стѣнки котораго оказывались плотными.

Если же, оставляя шейку *in situ*, обколоть большой кривой иглой весь разрывъ въ глубинѣ, то при этомъ грозитъ несомнѣнная опасность мочеточнику. Такимъ образомъ я думаю, что въ томъ случаѣ,

когда кровотеченіе останавливается при наложеніи швовъ, оно остановилось бы и безъ нихъ. Къ такому выводу я пришелъ не на основаніи теоретическихъ соображеній, а на основаніи опыта и тщательнаго изученія трудныхъ препаратовъ при вскрытіяхъ. Конечно, подобные препараты должно тщательно осматривать и обслѣдовать, потому что разрывы шейки не легко распознаются на вырѣзанныхъ половыхъ органахъ. вмѣсто швовъ можно и затампонировать разрывъ. Но я долженъ вполне опредѣленно заявить, что тампонаціей нельзя остановить кровотеченія изъ болѣе значительныхъ сосудовъ. Можетъ быть оно иногда и остановится при этомъ, но только потому, что у больной наступитъ обморокъ, явится громадное пониженіе кровяного давленія и наступитъ постепенно сокращеніе артеріи, тромбозъ ея и закрытіе. Во всякомъ случаѣ разорвавшіяся болѣе значительныя артеріи не скоро закроются при тампонаціи. Если кромѣ того давящей повязкой крѣпко прижать животъ къ тампону, то все же давленіе вытекающей изъ сосудовъ крови останется слишкомъ высокимъ. Кровь будетъ распространяться по тканевымъ промежуткамъ. Я видѣлъ однажды кровяную опухоль, которая, распространившись по мочеточнику, дошла до почки. Марля тоже впитываетъ кровь. Далѣе теряется много крови и во время самой манипуляціи. Тампонація, конечно, не представляется надежнымъ методомъ. Если меня и упрекали при неблагоприятно оканчивавшихся случаяхъ, что я произвелъ недостаточно быстро и хорошо тампонацію, то нужно признать въ концѣ концовъ, что начинающій тоже не сдѣлаетъ ее быстрѣе и лучше.

Поэтому я вѣрю больше всего одному методу, оцѣнить значеніе котораго мнѣ приходилось много разъ. Это методъ двойного прижатія. Прежде всего удаляютъ послѣдъ, что по большей части легко удастся именно въ этихъ случаяхъ, потому что маточный зѣвъ широкъ, resp. разорванъ. Матка сокращается хорошо. По удаленіи послѣда я отдавливаю правою рукою загнутую впередъ матку какъ можно глубже въ тазъ, благодаря чему выжимаются всѣ сгустки. Затѣмъ, стоя съ лѣвой стороны кровати, я захватываю лѣвой рукою наружныя половыя части, крѣпко прижимаю другъ къ другу обѣ большія губы и оттѣсняю ихъ кверху по направленію къ углу лонной дуги. Такимъ образомъ я какъ бы смѣщаю все тазовое дно кверху въ полость таза. Такимъ путемъ удастся такъ крѣпко сдавить наружныя половыя части, что кровь не можетъ вытекать наружу. Этотъ приемъ могъ бы оказаться труднымъ, если его примѣнять не тотчасъ же послѣ родовъ. Но у родильницы наружныя половыя части представляются вялыми, расположены какъ бы ниже, удобно захватываются и сжимаются. Затѣмъ сильно сдавливаютъ одной рукою сверху, другой снизу

находящееся между ними. Локоть нижней руки опираютъ на постель; она такъ меньше утомляется. Если же устала верхняя рука, то заставляютъ акушерку или мужа надавливать на нее обѣими руками, какъ бы опираясь на нее. Безразлично, съ какой стороны разрывъ — съ правой или съ лѣвой, — надавливаютъ не на какую нибудь одну сторону, а прямо по срединѣ и внизъ. Руки остаются въ такомъ положеніи по крайней мѣрѣ полчаса, даже три четверти часа и больше, родильница лежитъ спокойно; для питья ей назначаютъ analeptica. Давленіе не вызываетъ боли. Если теперь медленно снять верхнюю руку, то большею частью матка остается въ глубинѣ, она какъ бы припаяна. Кровотеченіе останавливается и разъ остановившись, не возобновляется, потому что произошелъ тромбозъ. Въмѣсто верхней руки кладутъ мѣшокъ съ пескомъ, вѣсомъ въ 3 кило или какой нибудь другой тяжелый предметъ, который долженъ быть приготовленъ заранее. Родильница лежитъ спокойно, не двигаясь. Такимъ образомъ я достигалъ прекращенія колоссальныхъ кровотеченій въ нѣсколько минутъ.

Преимущество метода: 1. Всѣ приемы производятся внѣ влагалища, слѣдовательно исключена возможность занесенія инфекции. 2. Сохраняется вся та кровь, которая была бы потеряна при манипуляціяхъ наложенія швовъ и тампонаціи. 3. Кровотеченіе останавливается наиболѣе рациональнымъ образомъ, такъ какъ кровоточащія поверхности настолько плотно прижимаются другъ къ другу, что исчезаетъ пространство, въ которое могла бы изливаться кровь. Взаимное сдавливанье раневыхъ поверхностей способствуютъ склеиванью и заживленію раны. 4. Послѣдовательное леченіе не нужно. Кровотеченіе останавливается по удаленіи рукъ, такъ что какія либо дальнѣшнія манипуляціи являются излишними.

Присутствіе остатковъ послѣда или плацентарныхъ полиповъ опредѣляется по кровотеченію. Родильница можетъ чувствовать себя вполне хорошо, и вдругъ въ концѣ первой недѣли или даже нѣсколько позже появляется колоссальное послѣдующее кровотеченіе.

Изъ анамнеза часто выясняется, что акушеркѣ не удался способъ Credé и она удалила послѣдъ по частямъ ручнымъ способомъ. Такимъ образомъ является постоянно подозрѣніе, что остался кусокъ послѣда. Но наблюдался также цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ остатки послѣда были задержаны послѣ успешнаго примѣненія способа Credé и даже послѣ самопроизвольнаго выхожденія послѣда. Въ этихъ случаяхъ маточный зѣвъ представляется мягкимъ и широкимъ, что именно и является доказательствомъ, что «нѣчто» задержалось. И въ этихъ случаяхъ я принципиально совѣтую наркотизировать. Безусловно необходимо обслѣдовать всю полость матки пальцемъ. Если даже матка пуста,

если, можетъ быть, отдѣлился только наружный тромбъ на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда, во всякомъ случаѣ у акушера должна быть абсолютная увѣренность, содержится ли что нибудь въ маткѣ или она несомнѣнно пуста. Точное обследованіе угловъ матки у трубъ вызываетъ сильныя боли. Примѣненіе силы, чтобы подавить сопротивление родильницы, представляется опаснымъ по причинѣ возможныхъ поврежденій. Но если примѣнить наркозъ, то изслѣдованіе обѣими руками удается чрезвычайно легко и скоро.

Прежде всего черезъ шейку проводятъ одинъ или, если возможно, два пальца и нахлобучиваютъ матку на палець. По большей части остатки послѣда лежатъ свободно у дна и не могутъ выйти, благодаря узости внутренняго зѣва, обусловленной инволюціей и загибомъ матки впередъ. Крючкообразно загнутымъ пальцемъ выдавливаютъ остатки послѣда. Примѣняются также большая ложка, абортные щипцы (фиг. 52), но въ большинствѣ случаевъ обходятся однимъ пальцемъ. Послѣ этой манипуляціи матка должна быть промыта. Весьма осторожно! При маломъ давленіи воды и хорошемъ контролѣ стока промывной жидкости, потому что именно теперь при открытыхъ кровоточащихъ сосудахъ нужно опасаться, чтобы дезинфицирующая жидкость не попала въ сосуды матки. (Ср. стр. 352).

Если никакихъ остатковъ послѣда не найдено, то твердая увѣренность въ этомъ фактѣ служитъ достаточнымъ вознагражденіемъ за понесенные труды.

При высокой лихорадкѣ у родильницы прежде всего безусловно необходимо обследованіе и опорожненіе матки. Если при этомъ кромѣ остатковъ послѣда найдено много кусочковъ отпадающей оболочки, которые представляются по большей части бѣловатыми, то я считаю необходимымъ выскабливаніе, такъ какъ только удаленіе всѣхъ этихъ остатковъ даетъ увѣренность дальнѣйшаго асептичнаго теченія послѣродового періода. Манипуляція заканчивается въ этихъ случаяхъ тампонаціей полости матки іодоформенной марлей. Если пропитать марлю глицериново-іодоформенной эмульсіей, то матка сокращается особенно быстро и хорошо. Даютъ обильно эрготинъ и 3 раза въ день мѣряютъ температуру. Однократное повышеніе ея даже до 39° или 40° непосредственно послѣ операціи не служитъ показаніемъ къ удаленію марли. Но если высокая t° держится, то марлю удаляютъ. Впослѣдствіе дѣлаютъ все время промыванія пока не прекратится лихорадка. Когда матка сдѣлается маленькой, зѣвъ узкимъ, такъ что нельзя ввести катетеръ, а стекающая промывная жидкость станетъ прозрачной, тогда промываніе прекращаютъ. Лихорадка въ этомъ случаѣ зависитъ уже не отъ разложенія внутри матки, но отъ воспаления сосѣднихъ органовъ или отъ общаго сепсиса.

Общее лечение острой анемии начинают только послѣ остановки кровотечения. До этого можно при угрожающей опасности жизни дѣлать впрыскиванія камфорнаго масла или эфира, дать вино или алкоголь, но главная суть все таки въ остановкѣ кровотечения.

Общее состояніе часто мѣняется въ теченіе продолжительнаго времени. Хотя кровотечения больше нѣтъ, но потеряно уже такъ много крови, что еще существуетъ опасность отъ острой анеміи.

Въ такомъ случаѣ даютъ пить много вина и т. д. Дѣлаютъ подкожныя вливанія горячаго фізіологическаго раствора въ грудь и въ оба бедра, впрыскиваютъ подъ кожу 1 даже 1^{1/2} литра фізіологическаго раствора поваренной соли въ 38° который былъ уже приготовленъ раньше при попыткахъ остановки кровотечения. Для этого нужна только игла для инъекціи, резиновая трубка и воронка.

Затѣмъ слѣдуютъ клизмы изъ алкогольныхъ растворовъ. Широко примѣняется тепло. Для этой цѣли вездѣ можно найти бутылки съ горячей водой, грѣтыя полотенца и т. д.

Крѣпко обертываютъ ноги мокрыми бинтами, голову кладутъ низко, ноги высоко. Ножной конецъ кровати ставятъ на стулъ и такимъ образомъ приподнимаютъ. Временное прижатіе аорты, легко достижимое, благодаря вялости брюшныхъ покрововъ, также удерживаетъ кровь въ верхней половинѣ тѣла. Часто непосредственно послѣ этого прижатія возвращается сознаніе.

Если черезъ часъ появится потъ, больная согрѣется и будетъ чувствовать себя хорошо, то все это служитъ вѣрнымъ признакомъ хорошаго наполненія сосудистой системы. Тогда можно оставить больную съ спокойной совѣстью.

Нѣтъ необходимости запрещать больной спать, какъ это часто совѣтовали раньше. По большей части у бѣдной измученной женщины только одно желаніе, чтобы ее оставили въ покоѣ. По временамъ слѣдятъ за пульсомъ, который во время сна дѣлается чаще, чѣмъ во время бодрствованія. Если хорошо слѣдить за пульсомъ, то нѣтъ также необходимости ежеминутно поднимать одѣяло, разводить ноги и осматривать половыя части. Пульсъ служитъ достаточнымъ контролемъ.

Въ заключеніе я хотѣлъ бы особенно подчеркнуть, что психическое вліяніе врача имѣетъ громадную важность. Здѣсь часто врачъ является дѣйствительно «ангеломъ хранителемъ». Въ тотъ моментъ, когда врачъ спокойно, съ полнымъ сознаніемъ происходяшаго овладѣваетъ положеніемъ и, рѣшительный въ своихъ распоряженіяхъ и мѣрахъ, принимаетъ руководство всѣмъ, смертельный страхъ и отчаяніи больной смѣняется спокойствіемъ и она дѣлается послушной. Этотъ душевный покой не мало содѣйствуетъ улучшенію фізическаго состоянія.

Больная, утомленная тяжелой борьбой со смертью, поправляется поразительно быстро. Часто уже через 3—4 дня пульсъ становится медленнымъ, нормальнымъ, а кормленіе грудью идетъ такъ хорошо, какъ бы при правильномъ теченіи родовъ.

ДВАДЦАТЬ ТРЕТЬЯ ГЛАВА.

Патологія послѣродоваго періода.

Инфекція стрептококками и стафилококками: родильная горячка.

Внутренняя поверхность матки послѣ родовъ представляетъ большую рану. Также и въ цервикальномъ каналѣ находится множество мелкихъ, часто и болѣе значительныхъ разрывовъ. Хотя обыкновенно не бываетъ разрывовъ въ верхней части влагалища, но вслѣдствіе растяженія его при прохожденіи ребенка, всюду получаютъ нарушенія цѣлости, отстойка и потеря вещества въ верхнихъ слояхъ эпителия. Наконецъ, почти всегда, покрайней мѣрѣ у первородящихъ, получаютъ болѣе или менѣе значительные разрывы промежности, и ссадины наверху у лонной дуги.

Шейка, влагалище и еще больше наружные половые органы и сосѣднія съ ними части не свободны отъ микроорганизмовъ, дезинфекція тоже не можетъ вполне обезплодить ихъ, поэтому въ излившейся крови и отдѣляемомъ ранъ развиваются сапрофиты. Стрептококки и стафилококки тоже повсемѣстно распространены, доказательствомъ чего служитъ каждый случай нагноенія недезинфицированной кожной раны. Оба вида кокковъ возбудители лихорадки и встрѣчаются во влагалищѣ у многихъ беременныхъ. Въ практическомъ отношеніи довольно безразлично, встрѣчаются ли они во влагалищѣ какъ правило, или въ видѣ исключенія, такъ какъ въ теченіе родовъ и послѣродоваго періода неоднократно имѣется возможность занести кокки съ кожи во влагалище и на наружныя половыя части.

Можно предположить теоретически, что поэтому каждая роженица должна быть инфицирована. Этому мѣшаютъ различныя защитительныя приспособленія организма. Къ послѣднимъ относятся сокращенія матки, предохраняющія самую полость матки; процессы заживленія и тромбозъ мельчайшихъ лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудовъ, защитительная роль которыхъ распространяется на всѣ половыя органы вообще.

Задолго до наступления разложения внутренняя поверхность матки теряет свою способность ко всасыванию, такъ что лихорадки обыкновенно не бываетъ даже, если очищения разлагаются и имѣютъ запахъ. Но часто встрѣчаются легкія повышенія температуры при всасываніе гнилостныхъ продуктовъ изъ очищеній,—что называется *sarptimia*, и такія повышенія неизбежны. Эти повышенія на столько часты, что родильницу не считаютъ заболѣвшей, если температура повысилась на нѣсколько десятыхъ градуса выше нормальной.

Скоро симптомы и теченіе процесса показываютъ, служатъ ли эти незначительныя повышенія температуры началомъ тяжелаго лихорадочнаго заболѣванія септического происхожденія или же это только всасываніе гнилостныхъ продуктовъ.

При стрептококковой и стафилококковой инфекціи существуетъ масса переходовъ отъ простой реакціи на раненіе до тяжелаго септического общаго заболѣванія.

Характеръ послѣродового заболѣванія зависитъ отъ вида кокковъ, отъ степени ихъ вирулентности, отъ сопротивляемости инфицированнаго и отъ времени инфекціи.

Специфическій возбудитель родильной лихорадки—это стрептококкъ. Если называть болѣзни по ихъ дѣйствительной причинѣ, то нужно говорить не о родильной горячкѣ но о стрептококковыхъ заболѣваніяхъ родильницъ. Подъ инфекціей понимаютъ способность къ размноженію въ живомъ организмѣ инфицирующаго начала. У человѣка наиболѣе опасными являются стрептококки. Опасность ихъ, вирулентность повышается при повторномъ прохожденіи стрептококковъ черезъ какой либо воспримчивый животный организмъ, въ данномъ случаѣ черезъ организмъ другихъ родильницъ. Если стрептококки отъ одной какой либо родильницы будутъ перенесены изслѣдующимъ пальцемъ, приборами, инструментами или перевязочнымъ матеріаломъ на половые органы другой родильницы, то стрептококки у послѣдней настолько быстро развиваются, что болѣзнь у нея протекаетъ несравненно быстрѣе и опаснѣе, чѣмъ у первой. Въ часто наблюдавшихся въ прежнее время эпидеміяхъ родильной горячки за первыми, относительно медленно протекающими случаями, скоро слѣдовали такіе, при которыхъ развивались самыя тяжелые симптомы и черезъ 2—3 дня наступала смерть отъ сепсиса. Въ одномъ изъ подобныхъ случаевъ Necker поставилъ ошибочный діагнозъ апоплексіи,—до того быстро развился сепсисъ, помраченіе сознанія и смерть.

Во всѣхъ точно изслѣдованныхъ бактериологическихъ случаяхъ острой родильной лихорадки съ летальнымъ исходомъ дѣло шло о стрептококкахъ, перенесенныхъ отъ заболѣвшихъ родильницъ или

отъ больныхъ, зараженныхъ стрептококками напр. съ нагноеніемъ въ ранахъ.

При жабѣ, pararitium, фурункулѣ, рожѣ, кори, скарлатинѣ, дифтеритѣ, пролежнѣ, тифозномъ нарывѣ, даже хроническомъ бленнорейномъ дакриоциститѣ развиваются тоже опасныя стрептококки, которые при перенесеніи во влагалище родильницы даютъ картину самой злокачественной родильной лихорадки, самаго опаснаго, смертельнаго сепсиса.

Время инфекціи имѣетъ большое значеніе. Упомянутыя выше защитительныя приспособленія вступаютъ въ дѣйствіе только послѣ родовъ. Слѣдовательно, если стрептококки попадутъ во влагалище при началѣ родовъ, то здѣсь, такъ сказать въ естественномъ термостатѣ внутреннихъ половыхъ органовъ, они найдутъ достаточно питательнаго матерьяла и достаточно маленькихъ ранокъ, чтобы инфицировать весь организмъ. Особенно при долго длящихся родахъ, при которыхъ много изслѣдуютъ, инфекціонныя начала заносятся съ наружныхъ половыхъ органовъ внутрь, получается много размноженныхъ ранокъ, рваныхъ и отъ давленія, весь организмъ успѣваетъ заразиться, пока содержимое матки. Въ такомъ случаѣ, если матка и сокращается послѣ родовъ, если, подъ влияніемъ послѣродовыхъ схватокъ и инволюціи, она и изгоняетъ кровь и отдѣляемое ранъ, то все таки, инфекція еще задолго до того успѣетъ проникнуть въ глубину, недостижимую для спринцеваній.

Слѣдовательно, если уже во время родовъ наступаетъ постепенное повышеніе температуры и лихорадка продолжается послѣ родовъ, доказывая, что матка и влагалище не освободились еще отъ инфекціонныхъ массъ, то случаи, инфицированные именно въ этомъ періодѣ, протекаютъ очень неблагопріятно. Ибо никакая мѣстная терапія, никакое промыванье, даже выскабливаніе не могутъ удалить или уничтожить растущихъ въ глубинѣ кокковъ, развивающагося въ глубинѣ яда.

Тогда какъ подъ инфекціей понимаютъ размноженіе живого дѣйствующаго начала въ тканяхъ, интоксикаціей называютъ отравленіе организма растворенными въ тканевыхъ жидкостяхъ продуктами растущихъ размножающихся кокковъ. Обѣ: инфекція и интоксикація клинически не раздѣляются. За всякой инфекціей слѣдуетъ интоксикація, вѣдь, при размноженіи стрептококковъ въ тканяхъ (инфекція) постоянно продуцируются и всасываются токсины (интоксикація).

Инфекція имѣетъ мѣстныя и общія послѣдствія. Мѣстнымъ послѣдствіемъ является мѣстное воспаленіе. Возникаетъ гангренизирующее воспаленіе слизистой оболочки матки, при которомъ затѣмъ происходитъ внѣдреніе сапрофитовъ (гниеніе). Въ этомъ гниломъ воспаленіи можетъ принять участіе и весь половой трактъ или по

крайней мѣрѣ всѣ раны на его протяженіи, такъ что онѣ покрываются некротическимъ налетомъ.

Дальнѣйшее внѣдреніе стрептококковъ идетъ по лимфатическимъ путямъ, *in continuo*, но также и скачками, какъ при *erysipelas migrans*. Достигнувъ паренхимы матки, кокки вызываютъ метритъ, затѣмъ периметритъ и перитонитъ. Въ связкахъ матки процессъ идетъ подбрюшинно, причемъ возникаютъ параметритъ, воспаленіе соединительной ткани, флегмона; если процессъ идетъ снаружи внутрь по венамъ или начинается размягченіемъ и распаденіемъ тромбовъ, то происходятъ перифлебитъ, эндофлебитъ, эндокардитъ, піэмія.

При перитонитѣ воспаленіе, начинаясь метритомъ, продолжается на брюшинный покровъ матки: периметритъ, затѣмъ на тазовую брюшину: *peleoperitonitis*. Затѣмъ оно захватываетъ *peritoneum parietale et viscerale*: *peritonitis universalis*.

Серозный покровъ кишекъ тоже подвергается воспаленію. Двигательная и растительная функція кишекъ парализуется. Содержимое кишечника задерживается, оно разлагается, сапрофиты вызываютъ въ немъ гніеніе и броженіе, кишки раздуваются массой газовъ. Гнущее содержимое кишекъ вызываетъ самоотравленіе организма продуктами гніенія.

Перитонитъ переходитъ за діафрагму и *mediastinum posticum*, развивается плевритъ и перикардитъ.

При параметритѣ инфекция по связкамъ матки распространяется подбрюшинно дальше, всюду, гдѣ есть соединительная ткань по всему тѣлу.

Соединительная ткань, начиная отъ матки отекаетъ и разбухаетъ, такъ что, если случайно дѣлается въ это время прижизненная лапаротомія, то связки представляются толстыми, стекловидными и разбухшими. Въ жидкости и соединительной ткани находятся массы стрептококковъ, расположенныхъ цѣпочками.

Опухаютъ и другія части тѣла, по близости отъ суставовъ, напр. локтеваго, плечеваго. Если вскрыть такую опухоль, то гноя не выйдетъ. Выдавленный прозрачный тканевой сокъ содержитъ безчисленные цѣпи стрептококковъ; ихъ такъ много, что тотчасъ же возникаетъ мысль: такая масса инфекціоннаго вещества убьетъ организмъ.

Тромбозируются вены и болѣе значительные лимфатическіе сосуды матки и околوماتочной клѣтчатки, *spermatica* и тазовыя вены; тромбы растутъ, размягчаются въ центрѣ, сосуды наполняются гноемъ. Въ маткѣ происходитъ застой, вслѣдствіе размягченія тромбовъ появляются громадныя повторныя кровотеченія. Слабость сердца благопріятствуетъ еще большому росту тромбовъ. Прямое попаданіе гноя въ

кровь вызывает высокую лихорадку, отделение же маленьких частиц тромба дает эмболию, метастазы, эндокардитъ.

На всякую такую локализацию стрептококковой инфекции организм реагирует высокой лихорадкой, помрачениемъ сознания, громаднымъ ускорениемъ пульса, истощениемъ силъ. Если родильница погибнетъ отъ этой инфекции и интоксикации, то смерть наступаетъ отъ послѣродоваго сепсиса.

Отъ слѣдующихъ обстоятельствъ: вирулентности стрептококковъ, можетъ быть, и отъ количества инфекціоннаго матерьяла, величины и числа инфекціонныхъ воротъ, *resp.* ранъ и отъ сопротивляемости индивидуума зависитъ, погибнетъ ли родильница въ скоромъ времени или только послѣ развитія всѣхъ мѣстныхъ явленій и отъ послѣдствій. Возможна и побѣда организма надъ инфекціей. Въ то время, когда мы были еще очевидцами большихъ эпидемій, нѣкоторыя родильницы, которыя были одинаково тяжело больны, какъ и другія, все таки выживали. Стафилококки отступаютъ на задній планъ при смертельномъ послѣродовомъ сепсисѣ. Главнымъ мѣстомъ ихъ внѣдренія служитъ наружная кожа. Отсюда они попадаютъ въ раны на кожѣ, напр. на незашитый разрывъ промежности, или при нагноеніи послѣ зашиванія.

Пальцами и инструментами можно занести стафилококки въ половые органы, при чемъ пальцемъ кокки снимаются съ наружныхъ половыхъ органовъ и проводятся кверху. Конечно это можно сдѣлать и асептической рукой и рукой въ гуттаперчевой перчаткѣ. Если стафилококки попадутъ во влагалищный разрывъ, напр. въ большой разрывъ шейки, проникающій до околоматочной клѣтчатки, то здѣсь происходитъ нагноеніе.

Если такое стафилококковое гнѣздо заносится въ кровеносные пути, если подъ влияніемъ стафилококковъ произойдетъ нагноеніе тромба, то, вслѣдствіе образованія метастазовъ, разовьется *ruaemia multiplex*.

Если стафилококки, заносятся въ почки, легкія, селезенку, глазъ, мозгъ, даже во всѣ другіе органы, то они производятъ здѣсь идентичное съ первичнымъ, метастатическое нагноеніе съ клиническими послѣдствіями, свойственными новой локализаци.

Стафилококки при другихъ бактерійныхъ заболѣваніяхъ могутъ вступать въ симбіозъ, такъ что является смѣшанная инфекция различными бактеріями, какъ это обыкновенно наблюдается при типичной послѣродовой піэміи.

Сапрофиты нельзя назвать инфекціонными только въ томъ смыслѣ, что они не размножаются въ тканяхъ живыхъ организмовъ. Но продукты гніенія производятъ сапрэмію,—отравленіе организма, какъ напр.

при самоотравлении, происходящемъ вслѣдствіе гніенія кишечнаго содержимаго при ileus или вслѣдствіе прекращенія перистальтики при перитонитѣ.

Bacil. coli, занесенный въ матку, вызываетъ гніеніе содержимаго матки и развитіе газовъ: tympanitis uteri (ср. стр. 352 и 438).

Во время агоніи эти продукты дѣйствуютъ септически, такъ что говорятъ о «colisepitkämia» при агоніи. Ею можно объяснить тѣ проливные поносы, которые часто встрѣчаются при послѣродовомъ сепсисѣ *sub finem vitae*.

Что *Bac. coli* проходятъ черезъ стѣнку кишекъ, доказываютъ случаи цистита при нагноеніяхъ около или въ самой прямой кишкѣ.

Послѣродовая инфекція, слѣдовательно, можетъ развиваться хотя ни врачъ, ни акушерка не заразили родильницу. Снаружи или внутри организма родильницы могутъ существовать кокки, которые могутъ обусловить развитіе сильнѣйшей инфекціи, безъ занесенія другихъ, извнѣ. Съ бактериологической точки зрѣнія ауто-инфекція признается возможной. Даже у совершенно неизслѣдованныхъ роженицъ, при быстрыхъ родахъ встрѣчаются тяжелые инфекціонные процессы. Значитъ, во влагалищѣ этой больной, или наружныхъ половыхъ частяхъ случайно были кокки. Нѣтъ возможности съ абсолютной увѣренностью помѣшать развитію лихорадки въ послѣродовомъ періодѣ мѣрами субъективной и активной дезинфекціи.

Но знаніе этого факта не должно насъ удерживать отъ рекомендаціи и строжайшаго примѣненія обоихъ дезинфицирующихъ способовъ.

Субъективной дезинфекціей уничтожаются на рукахъ врача наиболѣе опасные возбудители инфекціи; объективной дезинфекціей умерщвляются и уничтожаются по возможности присутствующіе всюду кокки; хотя по анатомическому строенію женскихъ половыхъ органовъ это нельзя произвести настолько совершенно, чтобы получилась увѣренность въ асептичности половыхъ частей.

Слѣдовательно, несправедливо, нелогично и ложно считать единственнымъ виновникомъ всякаго лихорадочнаго заболѣванія родильницы врача или акушерку. Точно также какъ безъ всякаго изслѣдованія можетъ разложиться менструальная кровь, выдѣленія при рактѣ или остатки выкидыша, задержавшіяся въ полости матки, также могутъ подвергнуться разложенію и послѣродовыя очищенія или онѣ могутъ стать питательной средой для случайно попавшихъ стрепто- и стафилококковъ.

Сапрофиты могутъ вызвать высокую температуру и еще позже напр. черезъ 7—8 дней. Когда напр. шейка сильно изогнута, такъ что получается задержка послѣродовыхъ очищенія въ маткѣ.

Случайно въ полости матки могутъ оказаться сапрофиты, хоть въ небольшомъ количествѣ и тогда содержимое матки начинаетъ медленно разлагаться.

Продукты разложенія при дѣйствіи внутриматочнаго давленія могутъ какъ бы вдавливаться въ маточную паренхиму и, при всасываніи, вызываютъ интоксикацію съ тяжелыми симптомами и высокой лихорадкой. Какъ только матка опорожнится отъ своего содержимаго (*lochiometra*) произвольно или врачъ выдавитъ выдѣленія, или сдѣлаетъ промываніе, тотчасъ исчезнутъ и всѣ симптомы этой поздней инфекціи.

Зараженіе бациллами тетануса.

Кромѣ упомянутой родильной горячки, есть еще нѣсколько другихъ бактерійныхъ заболѣваній въ послѣродовомъ періодѣ. Такъ, наблюдались отдѣльные случаи, а также эпидеміи и эндеміи зараженія бациллами тетануса.

Прогнозъ чрезвычайно неблагоприятенъ.

Діагнозъ становится на основаніи неподвижности затылка и тетаническихъ судорогъ. Всякое леченіе, даже удаленіе матки, подкожныя и субдуральныя впрыскиванія антитоксиновъ, остаются большею частью безуспѣшными.

Гоноррея въ послѣродовомъ періодѣ.

Зараженія гонококками не имѣетъ прямого отношенія къ оплодотворенію. Во время плодотворнаго *coitus* можетъ быть передана гоноррея. Обусловливаютъ безплодіе только послѣдующія заболѣванія: *endometritis*, *ruosalpinx*, *oophoritis*, *perioophoritis*, *perimetritis* и периметритическія срощенія у женщины и *orchitis* у мужчины.

Иногда въ продолженіе всей беременности существуетъ гоноррея, сперва въ періодѣ разцвѣта, затѣмъ хроническая, *resp.* скрытая. Слизистая пробка въ шейкѣ препятствуетъ распространенію гонорройнаго нагноенія кверху. Но послѣ родовъ исчезаетъ граница между полостью матки и влагалищемъ. Даже при боковомъ положеніи, по закону тяжести, жидкость изъ влагалища должна стекать обратно къ шейкѣ и въ полость матки. Нѣтъ защитительныхъ приспособленій: внутриматочнаго давленія, мерцательнаго движенія эпителія и направленія теченія жидкости кнаружи; вмѣстѣ съ тѣмъ, гонококки, быстро размножающіеся въ послѣродовыхъ очищеніяхъ, легко попадаютъ въ полость матки: гоноррея дѣлается восходящей. Такъ она распространяется на одну или обѣ трубы. Безъ всякихъ особыхъ причинъ, черезъ 3—4 недѣли послѣ родовъ, опухоль ясно прощупывается—*ruosalpinx*. Доказано, что гонококки проникаютъ

черезъ decidua также въ маточную паренхиму, а въ околоматочную клѣтчатку, существуетъ, слѣдовательно, гонорройный параметритъ.

Но наиболѣе частымъ послѣдствіемъ является перитонитическое гонорройное заболѣваніе, благодаря восхожденію гонорройнаго процесса изъ влагалища въ матку и черезъ трубы на тазовую брюшину.

Для восхожденія процесса требуется время, поэтому первые симптомы развиваются по большей части не ранѣе конца первой недѣли послѣ родовъ. Къ величайшему удивленію, безъ всякой причины, внезапно появляется лихорадка и сильная произвольная чувствительность при давленіи на придатки въ томъ періодѣ, когда уже миновала всякая опасность стрептококковой инфекции. Часто причиной считается травма: затрудненное или неосторожное движеніе въ постели. Даже черезъ 14 дней послѣ родовъ можетъ начаться гонорройный параметритъ послѣ испражненія.

Такъ какъ гонококкъ возбудитель гнойнаго воспаленія, но не лихорадки, и не вызываетъ сепсиса, то общихъ явленій не бываетъ. Мѣстные послѣдствія выступаютъ на первый планъ: боли, образованіе гноя въ трубѣ, въ фолликулахъ яичника, образованіе въ обѣихъ органахъ гнойныхъ кистъ, опухоли придатковъ. Если есть высокая лихорадка, то дѣло идетъ о смѣшанной инфекціи.

Нерѣдко въ послѣродовомъ періодѣ появляются гонококковые метастазы, такъ напр. заболѣванія суставовъ. Заболѣваютъ, какъ при суставномъ ревматизмѣ. суставы плечевой, запястный или другіе.

Нѣтъ только лихорадки и красноты, есть боли и выпоть въ суставъ. Наблюдался и тяжелый гонорройный эндокардитъ.

Теченіе въ высшей степени хроническое. Если и исчезнуть скоро острые симптомы, то все же именно подобныя пациентки доставляютъ значительный контингентъ хронически больныхъ женщинъ истеричныхъ, неспособныхъ къ работѣ и безплодныхъ.

Лѣченіе состоитъ въ покоѣ. Большая ошибка назначать что либо, помимо дезинфицирующихъ спринцеваній влагалища.

Какъ разъ тяжелыя заболѣванія яичниковъ, ведущія къ операціи, являются очень часто слѣдствіемъ внутриматочнаго лѣченія. Здѣсь, какъ и при тифлитѣ нужно такъ долго заставить больную лежать, пока не исчезнетъ всякая чувствительность при давленіи. Но какъ трудно исполнить подобное предписаніе!

Чрезвычайно благоприятно дѣйствуютъ примѣненіе электрическаго освѣщенія и тепла. Часто послѣ 2—3 краткаго примѣненія въ теченіи часа этихъ аппаратовъ боли быстро исчезаютъ.

За глазами ребенка въ такихъ случаяхъ долженъ быть весьма тщательный контроль.

Если въ анамнезѣ твердо установлена гоноррея, если мужъ, на вопросъ о причинѣ бѣлей у жены, признался, что имѣлъ трипперъ, а жена указываетъ на появленіе бѣлей и затрудненія при мочеиспусканіи во время беременности, или при изслѣдованіи во время родовъ на пальцѣ оказалось очень много гноя, то впускаютъ въ глаза ребенка 1⁰/₀ растворъ *argentum*, лечатъ по способу *Credè*. Бленоррея глазъ у новорожденныхъ почти абсолютно исчезла въ тѣхъ женскихъ клиникахъ, гдѣ каждаго ребенка лечатъ по способу *Credè*. Незначительное раздраженіе отъ раствора *argentum* никогда не вредитъ глазамъ ребенка. Каждую акушерку учатъ техникѣ впусканія раствора *argentum*. При діагнозѣ гонорройнаго послѣродоваго заболѣванія требуется еще послѣдовательное наблюденіе за глазами ребенка въ теченіе продолжительнаго времени, потому что возможна поздняя инфекция гоноррей съ весьма неприятными послѣдствіями.

Течение инфекции: родильной горячки.

При тяжеломъ пуэрперальномъ сецсисѣ лихорадка наступаетъ вскорѣ послѣ родовъ, если только она не появилась уже *intra partum*. Часто начинается потрясающимъ знобомъ, указывающимъ на быстрое поднятіе температуры. Если температура медленно поднимается до высокихъ градусовъ, то потрясающаго зноба не бываетъ.

Поразительно быстрое дѣйствіе на психику, т. е. токсическое вліяніе инфекціоннаго яда. У родильницы болитъ голова, она плохо спитъ, у нея такое ощущеніе, что она тяжело заболѣла. Температура поднимается до 39,5 или достигаетъ 40, даже 41. Хотя она понижается по утрамъ, но вечеромъ снова повышается. Пульсъ быстро ускоряется.

Реакція на высокія температуры со стороны психики представляется индивидуально весьма различной. Одинъ приходитъ въ неистовство при 40⁰, теряетъ сознаніе и галлюцинируетъ, тогда какъ другой въ такомъ случаѣ апатично дремлетъ, безучастно относясь ко всему.

Такъ, у сильно лихорадящихъ родильницъ вслѣдствіе лихорадки и сепсиса наступаетъ состояніе, подобное маниакальному психозу. Часто бывали случаи, какъ при тяжеломъ тифѣ, что родильница, придя въ неистовство, выбрасывалась изъ окна, наносила поврежденія себѣ или ребенку. Подобныя состоянія сопровождаютъ тяжелую эклампсію.

Отъ нихъ слѣдуетъ отличать пуэрперальный психозъ, галлюцинаторное помѣшательство. Оно поражаетъ по большей части психопатическихъ лицъ, бываетъ наслѣдственнымъ и возвращается при слѣдующемъ послѣродовомъ періодѣ. Оно начинается настолько типично

чески бессонницей, что врачъ долженъ придавать этому признаку величайшее значеніе, если ему извѣстно о наследственномъ предрасположеніи. Такъ какъ при психозѣ бывали самоубійство, убійство ребенка, неистовство, основанное на идеѣ преслѣдованія, то врачъ долженъ обратить очень серьезное вниманіе на всѣ случаи дѣйствительной бессонницы.

Матка большею частью только немного увеличивается сравнительно съ безлихорадочнымъ состояніемъ. Она мягка и чувствительна къ давленію. Часто можно ясно наблюдать распространеніе мѣстнаго воспаленія. Утромъ только матка была чувствительна къ давленію, вечеромъ уже и стѣнка матки, затѣмъ чувствительность распространяется кверху, въ сторону отъ матки, тазовая брюшина дѣлается болѣзненной. Затѣмъ получается вздутіе всего живота, съ усиленіемъ общаго заболѣванія появляются и симптомы тяжелаго общаго септического молниеноснаго перитонита. Въ скоромъ времени окружность живота становится еще больше, чѣмъ была до родовъ. Перистальтика прекращается въ парализованныхъ кишкахъ. Развиваются симптомы заворота кишекъ. Кишечное содержимое продавливается въ желудокъ, появляются отрыжка, рвота каловыми массами.

Перитонитъ захватываетъ брюшинный покровъ мочевого пузыря, онъ парализуется, больная не можетъ мочиться.

Животъ въ высшей степени чувствителенъ къ давленію, такъ что становится болѣзненнымъ давленіе пузыря со льдомъ, даже давленіе одѣяла. Но есть также и такіе случаи сепсиса, — именно очень тяжелые, — когда септическая инфекція совершенно парализуетъ чувствительные нервы и давленіе поэтому является безболѣзненнымъ. Такое состояніе потери чувствительности часто наступаетъ именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ прогнозъ становится весьма неблагоприятнымъ вслѣдствіе ускоренія частоты пульса и отсутствія сознанія.

Диафрагма отгѣсняется кверху. Дыханіе тогда ускоряется. Лице принимаетъ ціанотичный видъ. Языкъ покрытъ корками. Пульсъ доходитъ до 120, а *sub finem vitae* его нельзя сосчитать. Сознаніе затемнѣно. Появляется *pseudoeuphoria*. Смерть происходитъ отъ недостаточнаго дыханія и отравленія токсинами. Смертельный исходъ можетъ наступить уже черезъ 3—4 дня, но по большей части болѣзнь продолжается 6—10 дней.

Данныя вскрытія.

При очень быстромъ теченіи процесса на брюшинѣ нѣтъ блеска, всѣ сосуды наполнены темной кровью, раздутыя кишки представляются темно-красными. Въ Дугласовомъ пространствѣ находится нѣсколько

столовыхъ ложекъ буроватой кровянистой жидкости. Кромѣ того можно отмѣтить лишь отечную припухлость связокъ и подбрюшиннаго слоя.

Если болѣзнь продолжалась 5—7 дней, то матка является мягкой и большой. Отъ давленія раздутыхъ кишекъ на ней есть фасетки, такъ что форма ея совершенно неправильная. На ея внутренней поверхности есть кровянистыя отложенія, покрытыя клочками рыхло сидящаго грязнаго некротическаго налета зеленовато-желтаго цвѣта. Въ сосудахъ по краю матки находятся черные или уже распавшіеся центрально тромбы или густой гной. Трубы представляются набухшими, темнокраснаго цвѣта, яичники большіе, мягкіе, въ состояніи распада, ихъ фолликулы увеличены, расширены, превратились въ гнойники.

Если не наступила смерть уже въ теченіе первой недѣли, если у организма есть еще время реагировать на инфекцію мѣстнымъ воспаленіемъ, то находятъ больше процессовъ нагноенія. Всѣ вены околоматочной клѣтчатки, а также и spermaticae мѣстами расширены въ маленькія гнойныя кисты. Также и брюшная полость наполнена гноемъ кишки покрыты волнистымъ гнойнымъ налетомъ. Труба расширена, наполнена гноемъ, яичникъ также.

Въ этихъ случаяхъ организмъ борется, пока онъ не погибнетъ или не побѣдитъ, 2—3 недѣли. При леченіи или даже безъ него полость матки можетъ настолько очиститься, что при громадномъ скопленіи гноя въ полости брюшины матка представляется совершенно нормальной.

Есть также случаи, гдѣ брюшина не принимаетъ совершенно участія. Инфекція идетъ по подбрюшинной клѣтчаткѣ. Происходитъ то, что Virchow называлъ *erysipelas malignum internum*. Подбрюшинная клѣтчатка набухаетъ, при лапаротоміи, — если случится ее дѣлать, — она представляется отечной; на вскрытіи же темнаго, почти чернаго цвѣта.

Тромбозъ бедренныхъ венъ, піемія.

Въ другихъ случаяхъ патологическіе процессы разыгрываются главнымъ образомъ въ венахъ. Наиболѣе легкими случаями являются, такъ называемые, пуэрперальные тромбозы бедренныхъ венъ. Послѣ развитія симптомовъ легкаго параметрита, сбоку матки начинаютъ прощупываться шнурки тромбозированныхъ венъ. Появляется легкая лихорадка, часто быстро прекращающаяся, такъ что ее легко просмотрѣть. Хотя ростъ тромбовъ происходитъ *per appositionem*, но они не разлагаются. На одной сторонѣ, спустя нѣкоторое время, часто и на другой сторонѣ образуется тромбозъ *hypogastrica*, распро-

страняющийся до *iliaca* и *femoralis*. Затѣмъ появляется отекъ соотвѣтствующей ноги.

Такъ какъ на нижнихъ конечностяхъ оттокъ и притокъ крови совершается только по *femoralis*, то отекъ ногъ остается на продолжительное время. Оттокъ крови долженъ происходить по поверхностнымъ венамъ.

Соотвѣтственная нога представляется блѣдной, плотной, напряженной и неподвижной. Результатъ этого доброкачественнаго тромбоза суставныхъ венъ описывался какъ отдѣльная болѣзнь, подъ названіемъ *Phlegmasia alba dolens*. Въ дѣйствительности, дѣло идетъ только объ особой картинѣ болѣзни. Хотя прогнозъ *quoad vitam* хороший, но болѣзнь нужно признать тяжелой, вслѣдствіе продолжительности ея, потери подвижности въ одной или обѣихъ ногахъ, бесполезности терапіи, образованія пролежней при недостаточномъ уходѣ и т. д.

Иногда бываютъ первичные тромбозы *saphena* или *poplitea* и въ случайныхъ варикозныхъ узлахъ на нижнихъ конечностяхъ, которые, восходя вверхъ, вызываютъ *phlegmasia* и на долгое время обуславливаютъ неподвижность соотвѣтственной ноги.

Возможны такіе случаи, что тромбъ, самое существованіе котораго было неизвѣстно, благодаря его глубокому положенію, напр. у шейки пузыря или въ нервномъ сплетеніи у маточныхъ связокъ, внезапно оторвется, вызоветъ эмболию *pulmonalis*, кровохарканье и внезапную смерть отъ удушенія.

Такіе именно случаи не встрѣчаются при большихъ, ясно распознаваемыхъ тромбозахъ, гораздо чаще внезапная смерть наступаетъ совершенно неожиданно, вдругъ, безъ предвѣстниковъ. Большею частью послѣ движеній, при вставаніи, испражненіи, или только при быстромъ поворачиваніи въ постели. Психическое возбужденіе тоже можетъ служить этиологическимъ моментомъ, что становится понятнымъ, если вспомнить, какъ часто душевныя волненія оказываютъ вліяніе на сердечную дѣятельность.

Правда, нерѣдко предшествуетъ поразительное ускореніе пульса. Поэтому если есть необъяснимая слабость сердца и частый пульсъ, нужно соблюдать осторожность, совѣтовать долго лежать и запретить сильныя движенія.

Началомъ упомянутой уже метастатической такъ наз. *ruaemia multiplex* служитъ флебитъ, который можетъ быть вызванъ или флегмоной около вены или непосредственной инфекціей наружнаго тромба у мѣста прикрѣпленія послѣда. Послѣднее часто встрѣчается при *placenta praevia* и при внутриматочномъ отдѣленіи послѣда. Въ обоихъ случаяхъ матка сокращается плохо, вены расширены и происходитъ много тромбовъ.

Есть острья піэміи, вызванныя стрептококками, при которыхъ наступаетъ exitus черезъ короткое время, въ $1\frac{1}{2}$ —2 недѣли, съ образованіемъ безчисленныхъ метастазовъ въ легкихъ, почкахъ, селезенкѣ и т. д.

Если embolus гдѣ нибудь задержится, то развивается застой въ окружности, закупорка сосудовъ и воспаленіе, подобное первичному, получается метастазъ, напр. инфарктъ легкихъ.

На этотъ процессъ организмъ реагируетъ быстрымъ поднятіемъ температуры и потрясающимъ ознобомъ.

Смотря по тому, отрываются ли новые эмболы быстро другъ за другомъ, или только черезъ большіе промежутки, и потрясающіе ознобы смѣняются быстрѣе или медленнѣе. Но рѣдко проходятъ сутки безъ новаго озноба, въ день ихъ можетъ быть даже 2—3, а въ общемъ—сотни. Каждый потрясающій ознобъ является дальнѣйшимъ этапомъ къ смерти.

Симптомы зависятъ отъ локализациі инфаркта. При инфарктѣ легкихъ появляется кровавая мокрота часто безъ всякихъ субъективныхъ симптомовъ и иногда при ясныхъ плевритическихъ явленіяхъ. Затѣмъ можетъ произойти pyothorax или pneumothorax. Если есть сильное увеличеніе селезенки, то и селезенка можетъ подвергнуться инфаркту. Происходитъ нагноеніе въ томъ или другомъ суставѣ.

Постоянно повторяющіеся потрясающіе ознобы очень мучаютъ лаціентку. Она знаетъ отъ врача, что прогнозъ сдѣлается хорошимъ, когда прекратятся потрясающіе ознобы. Такимъ образомъ всякій новый потрясающій ознобъ вызываетъ не только физическое страданіе, но дѣйствуетъ угнетающимъ образомъ на психику, вызываетъ разочарованіе и убиваетъ надежду.

Въ результатѣ, острый плевритъ, міокардитъ съ гнойниками, перитонитъ, эндокардитъ или только истощеніе силъ вызываютъ смерть.

Endocarditis ulcerosa pyaemica разсматривали и какъ самостоятельное заболѣваніе. Существуютъ особенно злокачественные случаи, при которыхъ быстро наступаетъ смерть при высокой лихорадкѣ и локализациі піэмического процесса въ сердцѣ. Но то обстоятельство, что очень часто находили эндокардитическіе очаги, а также язвы и потери вещества въ эндокардіи, заставляетъ считать эндокардитъ частичнымъ проявленіемъ піэміи т. е. phlebitis maligna puerperalis.

Діагнозъ и прогнозъ родильной горячки.

О заболѣваніи родильницы узнаютъ по пульсу, температурѣ, общему состояніи и мѣстнымъ объективнымъ симптомамъ. Слѣдовательно, это не трудно установить. Но чрезвычайно трудно въ началѣ

болѣзни поставить дифференціальныи діагнозы между легкой сапрофитной и тяжелой септической лихорадкой, особенно тому, кто не наблюдалъ до того за родильницей. При этомъ врачи, какъ неопытные, такъ и опытные, довольно часто впадаютъ въ ошибку, принимая легкое повышеиіе температуры за начало тяжелаго сепсиса или ставя благоприятный прогнозъ передъ самой смертью.

Чѣмъ раньше появляется лихорадка, тѣмъ неблагоприятнѣе случай. Въ народѣ говорятъ: если родильница здорова въ теченіе 3 дней, то она не умретъ; а если—въ теченіе 5 дней,—то она останется и здоровой.—Такой взглядъ, дѣйствительно, подтверждается опытомъ.

Затѣмъ чрезвычайно важно наблюденіе за психическимъ состояніемъ. Безсонница, возбужденіе, боязнь смерти, плохое настроеніе—все это такіе же дурные признаки, какъ потеря аппетита, жажда и тошнота. Если же состояніе больной такое, какъ при тяжеломъ тифѣ, если сознаніе затемнѣно, пульсъ чрезмѣрно частъ, то діагнозъ сепсиса вѣренъ. При этомъ какихъ либо мѣстныхъ измѣненій можетъ совсѣмъ не быть, нѣтъ даже очищеній, потому что при сильномъ отдѣленіи пота никакихъ секретовъ изъ матки не бываетъ. Разрывы промежности заживаютъ иногда при самомъ тяжеломъ сепсисѣ безупречно.

Временное пониженіе температуры еще не означаетъ улучшенія, если оно не сопровождается замедленіемъ пульса и проясненіемъ сознанія. Напротивъ, *sub finem vitae* температура часто значительно понижается (температура коллапса), тогда какъ пульса нельзя сосчитать.

Прогнозъ особенно плохъ при первичномъ пораженіи брюшины. Но и въ тяжелыхъ случаяхъ возможенъ хорошій исходъ, какъ это наблюдалось нерѣдко особенно въ прежнее время, когда въ клиникахъ встрѣчались еще эпидеміи сепсиса. Тогда воспаленіе отграничивается демаркаціонной линіей. Въ околوماتочной клѣтчаткѣ появляется опухоль, эксудатъ, лихорадка становится типичной-ремиттирующей, какъ при нагноеніи, исчезаютъ симптомы тяжелаго общаго состоянія.

При перитонитѣ тоже можетъ образоваться демаркаціонная линія, такъ что останется впослѣдствіи инкапсулированный перитонитическій эксудатъ.

При діагнозѣ гонорройнаго послѣродоваго периметрита прежде всего нужно принять во вниманіе анамнезъ и то обстоятельство, что у ребенка *blepnohroe*, а также относительно позднее появленіе симптомовъ, незначительную лихорадку, особенную болѣзненность съ одной стороны, иногда и пораженіе суставовъ. Очень легко удастся констатировать болѣзнь, такъ какъ необходимый для этого секретъ нужно брать изъ влагалища, *resp.* шейки, а не изъ матки.

Діагнозъ піэміи легко поставить послѣ нѣсколькихъ дней наблюденія. Послѣ перваго потрясающаго озноба состояніе родильницы

можетъ быть настолько нормальнымъ, что возникаетъ мысль, не былъ ли ошибочнымъ или преувеличеннымъ разсказъ о потрясающемъ ознобѣ. Но измѣреніе температуры во время озноба или непосредственно послѣ него скоро разсѣиваетъ сомнѣніе.

Сильный получасовой потрясающій ознобъ сильно дѣйствуетъ на пациентку, она становится синюшной, впадаетъ въ коллапсъ. Температура поднимается до 40, даже 41° и больше, и скоро снова понижается. Въ первые дни температура въ промежуткахъ между припадками озноба цѣлыми часами остается нормальной, даже субнормальной. Если только получилось много метастазовъ, то температура остается повышенной и во время ремиссій. Повторные потрясающіе ознобы подтверждаютъ діагнозъ.

При метастазахъ симптомы служатъ указаніемъ мѣстонахожденія эмболій. При эндокардитѣ характерно, что температура остается равномерно высокой послѣ начального потрясающаго озноба. При высокой febris continua ознобовъ не бываетъ. Наступленіе потрясающаго озноба при такомъ случаѣ служило бы доказательствомъ хотя бы временнаго пониженія температуры, слѣдовательно, здѣсь потрясающій ознобъ былъ бы въ прогностическомъ отношеніи скорѣе благоприятнымъ явленіемъ.

Хотя, вообще, прогнозъ при піэміи плохой, но есть болѣе легкіе и болѣе тяжелые формы ея; легкія, которыя протекаютъ медленно и могутъ перейти въ выздоровленіе и тяжелыя формы, изъ которыхъ наиболѣе тяжелымъ является выше упомянутый endocarditis ulcerosa maligna.

Постепенно потрясающіе ознобы появляются все рѣже, дѣлаются менѣе сильными. Затѣмъ наступаютъ многодневныя паузы. Потрашающіе ознобы прекращаются и пациентка выздоравливаетъ. Если въ теченіе 3 сутокъ озноба не появилось, то прогнозъ хорошій.

Леченіе.

Общее леченіе.

Въ высшей степени неправильно при лихорадкѣ въ послѣродовомъ періодѣ тотчасъ же давать antifebrilia. Этимъ настолько затемняется картина болѣзни, что нельзя поставить вѣрнаго діагноза и прогноза. На практикѣ доказано, что ни одно изъ жаропонижающихъ средствъ не дѣйствуетъ антисептически. Пока мы не начали примѣнять мѣстное леченіе, мы видѣли достаточное количество случаевъ, при которыхъ медикаментозное леченіе оставалось безуспѣшнымъ.

Напротивъ, рачіонально назначеніе большаго количества спиртныхъ напитковъ, лучше всего, коньяка съ водой или крѣпкихъ винъ.

Просто невѣроятно, какія большія количества алкоголя переносятся хорошо высоко лихорадящими родильницами. Литра портвейна за одну ночь не слишкомъ много. Если роженица не хочетъ пить вино, то дѣлаютъ вливанія изъ тепловатой воды, къ которой прибавлено немного коньяку. Хотя и вѣрно, что коньякомъ нельзя вылечить сепсисъ, но на ряду съ мѣстной терапій, большія дозы алкоголя, особенно въ смѣси съ большимъ количествомъ жидкости, оказываютъ очень благотворное вліяніе.

Рационально также назначеніе эрготина, который тоже многими рекомендовался. Если матка еще реагируетъ на эрготинъ, чего, конечно, не бываетъ при *metritis septica*, то сокращенія ея мѣшаютъ всасыванію и вызываютъ выдѣленіе секрета.

Когда прошла острая опасность сепсиса, если процессъ вступилъ въ подобострую стадію, то, конечно, важно понизить высокую температуру крови, чтобы поддержать вообще силы и въ частности поднять сердечную дѣятельность.

Для этой цѣли очень хорошо назначить теплыя ванны въ 33—35° С. Родильница должна брать ванну въ присутствіи врача, потому что можетъ случиться коллапсъ, который потребуетъ врачебной помощи.

Въ ваннѣ даютъ родильницѣ вино; она остается въ ней въ теченіе получаса и дольше, если ей это пріятно. Въ теченіе сутокъ можно дѣлать 2 даже 3 ванны. Часто наступаетъ поразительное улучшение субъективнаго состоянія.

Въ подобныхъ случаяхъ даютъ также и *antifebrilia*. При піэміи потрясающіе ознобы дѣлаются короче и менѣ тяжелыми, если предварительно назначались *antifebrilia*. Впрыскиваніе морфія при началѣ озноба весьма умѣряетъ непріятныя субъективныя ощущенія. Лучше всего переносится *migraenin* (*antipyridin* 1,0 *coffein* 0,1), къ которому я охотно прибавляю 0,03 кодеина. При піэміи я даю 3 д. *Natr. salicyl.* на 200 воды, черезъ 2 часа по столовой ложкѣ и два раза въ день 0,5 хинина съ 0,03 кодеина. Это рационально и испробовано на практикѣ. Рекомендуются назначать родильницамъ наркотическія для улучшения общаго состоянія и вслѣдствіе перитонита.

При сильномъ возбужденіи родильницы показано назначеніе наркотиковъ еще большими дозами, особенно при безсонницѣ. Въ этомъ случаѣ всегда есть опасность психоза.

Нужно имѣть хорошую сидѣлку при родильницѣ, чтобы знать навѣрное, не преувеличены ли или просто не выдуманы ли рассказы о безсонницѣ. Понятно, что ребенка нельзя прикладывать къ груди, его нужно удалить. Въ комнатѣ должно быть темно. Нужно избѣгать всякаго шума. Кровать родильницы нужно поставить въ спокой-

ной, удаленной отъ уличнаго шума комнатѣ. Сидѣлка ни на минуту не должна оставлять родильницу.

Нерѣдко приходится оборвать психозъ въ послѣродовомъ періодѣ. Когда появляется мысль о послѣродовомъ психозѣ, то нужно тотчасъ же постараться вызвать сонъ, чтобы предохранить больную отъ дальнѣйшаго развитія его. Лучше всего для этого пригоденъ хлораль-гидратъ въ комбинаціи съ морфіемъ. Впрыскивають 0,01 морфія и даютъ 3 г. хлораль-гидрата. Меньшія дозы вызываютъ сперва настоящее неистовство. Передъ хлораломъ нейтрализуютъ желудочное содержимое приемами *Natr. bicarbonic.*

Если сна не наступаетъ, то даетъ еще одну дозу морфія. Если послѣ сна наступитъ улучшение, то въ ближайшіе дни даютъ по 4—5 г. въ день бромистаго калия.

Легко дать совѣтъ тотчасъ же отправить больную въ лечебницу, но выполненіе его невозможно при условіи, что больная только что разрѣшилась и лихорадитъ. Но если состояніе не улучшается, если при хорошемъ физическомъ состояніи, психозъ не проходитъ, то, понятно, самымъ лучшимъ является больничное лечение.

Въ такихъ случаяхъ менструація не появляется, большею частью, довольно долго. Улучшеніе состоянія такъ часто совпадаетъ съ возвращеніемъ менструацій, что это невольно наводитъ на мысль дѣйствовать на процессъ извлеченіемъ крови изъ матки. Дѣйствительно, я многократно наблюдалъ, что извлеченіе крови изъ шейки уколами имѣло хорошія послѣдствія. Въ общемъ прогнозъ хорошій, во всякомъ случаѣ лучше, чѣмъ при другихъ психозахъ.

Антистрептококковая сыворотка *Marmorek'a* должна подвергнуться дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ. Данныя ея примѣненія пока совершенно противорѣчивы. Возможно, что существуетъ много видовъ стрептококковъ и что въ благоприятныхъ случаяхъ примѣнялась случайно подходящая сыворотка.

Я буду также продолжать примѣнять втиранья и впрыскиванья колларгола *Credé*, хотя на ряду съ случаями, гдѣ онъ далъ повидимому, хорошіе результаты, какъ у меня, такъ и у другихъ, стоятъ такіе, гдѣ онъ не оказалъ абсолютно никакого вліянія. Но почему же не попробовать все, что, навѣрное, безвредно?

Предлагалось также полное удаленіе матки. Часто теоретически это нужно считать вполне рациональнымъ. Я видѣлъ при вскрытіи случаи, гдѣ заболѣваніе ограничивалось одной только маткой, что было подтверждено и паталого—анатомомъ. Но кто можетъ это знать впередъ? Технически такія операціи очень легки. Но если связки отечны, то прогнозъ неблагоприятенъ. Въ принципѣ я не совѣтую

операциі, но нѣсколько разъ дѣлалъ ее, почти всегда по принужденію коллегъ, и постоянно съ дурнымъ исходомъ.

Ясно, что нельзя упускать изъ виду питаніе; но нельзя забывать также, что пища плохо усваивается при высокой лихорадкѣ. Особенно при піэмии или при продолжительной нагноительной лихорадкѣ, послѣ большихъ поврежденій очень важно поддержать и укрѣпить способность организма къ сопротивленію обильнымъ доставленіемъ пищи. Излишне давать спеціальныя предписанія.

Мѣстное леченіе.

Незначительныя лихорадочныя температуры бываютъ часто. И въ до-антисептическое время мы наблюдали безчисленное количество повышеній то у родильницъ, причеиъ не появлялось и мысли о дурномъ прогнозѣ. Было бы излишнимъ тотчасъ приступать къ спринцеваніямъ при такихъ незначительныхъ лихорадочныхъ движеніяхъ, при которыхъ общее состояніе не нарушено и которыя едва ли можно распознать безъ термометра. При влагалищныхъ спринцеваніяхъ въ первые дни мы, навѣрное, наносимъ механически маленькія ранки, растягивая влагалище, поднимая матку или непосредственно наконечникомъ; вмѣстѣ съ тѣмъ нельзя достигнуть абсолютнаго очищенія т. е. стерилизаціи влагалища. Если спринцеванія дѣлаются не осторожно, не методично и не повторяются часто, то прежде, чѣмъ будутъ умерщвлены всѣ зародыши, вся дезинфекціонная жидкость исчезнетъ, вытечетъ, разложится химически или всосется. Сверху стекаютъ новыя послѣродовыя очищенія, новыя питательныя жидкости и старые еще жизнеспособныя зародыши начинаютъ пышно развиваться. Скоро наступаетъ разложеніе и всасываніе поверхностью многочисленныхъ новыхъ маленькихъ ранокъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ можно нанести вредъ только однимъ спринцеваніемъ, особенно сдѣланнымъ неискуссной рукой. На это указываетъ также опытъ.

Но понятно, что даже при самыхъ легкихъ лихорадкахъ безусловно необходимо самое тщательное наблюденіе.

При высокой лихорадкѣ дѣлается внутриматочное промыванье. Мы знаемъ, что при незначительныхъ температурахъ дѣло кончается, большею частью, выздоровленіемъ; но мы знаемъ также, что при высокой лихорадкѣ, именно вскорѣ послѣ родовъ, процессъ легко переходитъ въ такъ называемый послѣродовой сепсисъ или сразу уже является таковымъ.

Мы должны поставить себѣ 3 задачи: 1) должны укрѣпить организмъ, 2) должны удалить вещества, всасываніе которыхъ является опаснымъ, 3) должны заботиться объ ограниченіи всасыванія.

Объ успѣхѣ укрѣпленія организма говорилось на стр. 454, я не отвергаю его значенія. Но вино и яйца, пиво, коньякъ и бифштексы ничему не помогутъ, когда ткани матки и влагалища заполнены стрептококками.

Несомнѣнно, что внизу или вверху полового тракта находятся тѣ ворота, черезъ которыя проникъ врагъ. Мы не можемъ запретить эти ворота, но можемъ удалить тѣ инфекціонныя массы, которыя расположились передъ ними.

То обстоятельство, что появилась высокая лихорадка, указываетъ, что кокки не только лежатъ на всасывающей поверхности, но что они уже проникли въ нее, проявили свою дѣятельность въ тканяхъ и что токсины уже циркулируютъ въ крови.

Но также, какъ будутъ всасываться ядовитыя вещества, будутъ всасываться и лекарства; возможно, что они будутъ въ состояніи обезвредить эти ядовитыя вещества въ тканяхъ. На сколько быстро идетъ всасываніе въ половомъ трактѣ именно въ теченіе послѣродоваго періода—это достаточно извѣстно по несчастнымъ случаямъ отравленія сулемой.

Слѣдовательно при промываніи матки мы достигаемъ двухъ цѣлей; удаляемъ кокки и токсины, мѣшаемъ образованію новаго количества яда и доставляемъ въ ткани лекарства дѣйствующія бактерицидно. Если же мы не вычистимъ полость матки, то поступимъ, какъ тотъ хирургъ, который хотѣлъ бы вылечить нѣсколькими дозами антипирина сепсисъ при гангренозной разможенной ранѣ.

Ни одинъ врачъ, лечившій тяжело больныхъ родильницъ, не станетъ отрицать, что нѣкоторые тяжелые случаи излечиваются внутриматочными спринцеваніями.

Для внутриматочныхъ спринцеваній нужно брать маточный катетръ à double courant. Существуетъ безчисленное количество такихъ катетровъ. Каждый изъ этихъ катетровъ считается цѣлесообразнымъ, если при изготовленіи его соблюденъ принципъ тазовой кривизны, благодаря которой не происходитъ насильственного смѣщенія матки и, слѣдовательно, при введеніи его, не образуется новыя пораненія; если трубка для оттока жидкости шире той трубки, по которой жидкость притекаетъ. Я употребляю большіе номера своего катетра, у котораго наружная трубка, заключающая въ себѣ внутреннюю, толщиной въ палець.

Какъ antisepticum употребляются всѣ неядовитыя и неприжигающія antiseptica. Примѣняемое средство не должно быть ядовитымъ, потому что растворъ остается въ маткѣ и влагалищѣ и можетъ скоро всосаться. При спринцеваніи карболовымъ растворомъ почти у каждой родильницы въ мочѣ появлялась карболовая кислота, слѣдовательно,

больная была отравлена карболовой кислотой. Самое опасное средство сулема. Съ тѣхъ поръ какъ она введена въ число антисептическихъ средствъ, и ее начали примѣнять для внутриматочныхъ спринцеваній, наблюдалось значительное количество смертельныхъ отравленій сулемой. Слѣдовательно, растворъ сулемы никогда нельзя вводить въ половые органы.

Дезинфицирующее средство не должно также прижигать, потому что мы хотимъ возстановить физиологическія отношенія внутреннихъ половыхъ органовъ, а не заживлять рану. Могутъ появиться боли и поверхностная гангрена. Могутъ пострадать руки акушера. И то и другое мы испытали достаточно при употребленіи сильныхъ 5⁰/₀ карболовыхъ растворовъ.

Соотвѣтственно случаю, употребляютъ то или другое средство. Такъ, у больныхъ, съ хорошимъ самочувствіемъ, охотно употребляются 4⁰/₀ растворы борной кислоты, которые не прижигаютъ, не имѣютъ дурнаго запаха, неядовиты, прозрачны и потому даютъ возможность легко опредѣлить окраску секрета и выходящихъ кусочковъ.

По большей части примѣняется лизоль въ 1⁰/₀ растворѣ. Конечно, онъ обладаетъ рѣзкимъ запахомъ и вызываетъ жгучія боли во влагалищѣ и наружныхъ половыхъ частяхъ. Но дешевая цѣна и безвредность настолько рекомендуютъ это средство, что въ настоящее время оно сдѣлалось самымъ употребительнымъ изъ всѣхъ дезинфицирующихъ.

Не нужно спринцевать слишкомъ малымъ количествомъ раствора; продолжительныя спринцеванія 5—6 литрами вызываютъ сокращенія матки, отдѣляютъ крѣпко сидящіе остатки плодныхъ оболочекъ и сгустки. Продолжительныя промыванія, какъ показалъ опытъ, гораздо дѣйствительнѣе кратковременныхъ спринцеваній. Особенно при первомъ промываніи нужно брать по меньшей мѣрѣ 5—6 литровъ.

Относительно техники нужно обращать вниманіе на то, чтобы не вызвать болей. Сперва обмываютъ наружныя половыя части и тщательно очищаютъ ихъ отъ всякаго загрязненія. Если волосы длинны или запутаны, то ихъ срѣзаютъ. Послѣ очищенія наружныхъ половыхъ частей, промываютъ влагалище. Легкимъ давленіемъ на дно матки выжимаютъ жидкость, причемъ часто выходятъ сгустки.

Чтобы сохранить пальцы чистыми, всегда надѣваютъ перчатки для этихъ промываній. Затѣмъ, когда течетъ промывная жидкость, во влагалище вводятъ палецъ. При этомъ ориентируются относительно поврежденій влагалища и шейки, отыскиваютъ маточный зѣвъ и нѣсколько раскрываютъ половыя части, чтобы вышли болѣе плотные сгустки. Тогда въ матку вводятъ катетръ. Катетръ удерживается *in situ* пальцами той же руки, одинъ палецъ который лежитъ во влагалищѣ; другая рука направляется къ животу, захватываетъ и нѣсколько

надавливаетъ на матку. Только нужно держать ирригаторъ на такой высотѣ, чтобы жидкость вытекала медленно. Напоръ жидкости долженъ быть какъ можно слабѣе. Отъ времени до времени надавливаютъ рукой на матку, какъ при способѣ Credé. Постоянно нужно тщательно слѣдить, чтобы оттокъ совершался безпрепятственно.

Слѣдятъ за выраженіемъ лица родильницы, ей нужно сказать, чтобы она тотчасъ же заявила, если появятся боли или какое либо неприятное ощущеніе. Если оттекающая жидкость внезапно смѣнится свѣжей кровью, то промыванье нужно тотчасъ же прервать.

Наблюдались случаи непосредственнаго затеканія дезинфицирующей жидкости въ маточныя вены. Послѣдствіемъ такого неблагоприятнаго происшествія можетъ быть смерть родильницы. Признаками служатъ: кровотеченіе, внезапная блѣдность, потеря сознанія, неправильный пульсъ. Если тотчасъ же прекратить промыванія и если, осторожно нажимая, сдавить матку снаружи, то тяжелые угрожающіе симптомы скоро исчезаютъ безъ всякаго дальнѣйшаго вреда.

Послѣ спринцеванія мѣряютъ температуру. Нерѣдки благопріятные случаи, когда лихорадка исчезаетъ тотчасъ же и окончательно послѣ однократнаго промыванія.

Но большею частью спринцеваніе, хотя и вызываетъ несомнѣнно улучшеніе, но скоро температура снова повышается, такъ какъ удаленъ не весь септический матерьялъ, Тогда дѣлаютъ новое промываніе не позднѣе 8 часовъ послѣ перваго и повторяютъ его. Полученный разъ успѣхъ появляется снова.

Часто удается ослабить на продолжительное время процессъ и залечить его, употребляя слѣдующія средства: обильныя дозы *secale* или эрготина, поднятіе сердечной дѣятельности алкоголемъ, обильныя количества жидкости для питья съ цѣлью вызвать діурезъ, промывательныя, клизмы изъ теплой воды съ алкоголемъ.

Конечно, если имѣются общій сепсисъ, если потемнѣніе сознанія, безрезультатность очищенія матки, упорная высокая лихорадка указываютъ, что болѣзненный процессъ уже не ограничивается маткой, что онъ распространился гораздо дальше,—въ такихъ случаяхъ и промываніе поверхности маточныхъ ранъ не могутъ спасти жизнь.

Нельзя опредѣлить ни времени, ни числа промываній: времени потому, что въ частной практикѣ мы не видимъ свѣжихъ случаевъ и не лѣчимъ съ наступленія перваго потрясающаго зноба; числа, потому что мы руководствуемся при этомъ результатомъ отдѣльныхъ спринцеваній. Если нѣтъ никакого результата, если смертельный сепсисъ несомнѣненъ, то нѣтъ никакой цѣли мучить умирающую. Если же случай выясняется въ томъ отношеніи, что на примѣръ ясно распознается эксудатъ, то мы не должны бороться съ внѣматочной болѣзнью внутри

маточнымъ способомъ. Промываніе есть, въ сущности, введеніе въ леченье, оно составляетъ часть, правда существенную часть, терапіи, но очищеніе раневой поверхности не составляетъ всего леченья.

Наилучшимъ признакомъ того, что матка, resp. всасываніе изъ полости матки не обусловливаетъ больше лихорадки, служитъ инволюція матки. Если она тверда и узка настолько, что нельзя уже легко ввести катетеръ, то промыванія больше невозможны, да и не нужны.

При начинающемся перитонитѣ главная вещь въ всѣхъ отношеніяхъ покой. Не слѣдуетъ дѣлать время отъ времени, когда боли особенно мучительны впрыскиваніи морфія, а держать больную подъ постояннымъ дѣйствіемъ опиума. Нужно давать 8—10 капель *Tincturae thebaicae* чрезъ два часа. При тошнотѣ *reg anim.*

Ледъ дѣйствуетъ хорошо въ началѣ, но часто возбуждаетъ перистальтику, такъ что Присницевскія обертыванія тѣла переносятся лучше. Пищи *reg os* даютъ возможно меньше, такъ какъ желудокъ и кишки еще не всасываютъ. Даже воду отъ тающихъ во рту кусочковъ льда нужно совѣтовать выплевывать. Часто очень хорошо дѣйствуетъ кишечная трубка при боковомъ положеніи больной, причемъ кишечные газы выходятъ безъ напряженія. Если дѣло доходитъ до каловой рвоты, то промываютъ желудокъ и удаляютъ черезъ желудочный зондъ обильно скопившіеся въ желудкѣ кишечное содержимое. Это большое благодѣяніе для больной, такъ какъ рвота послѣ этого часто надолго прекращается.

Разрѣзы живота и дезинфицирующія промыванія полости брюшины при стрептококковомъ перитонитѣ, представляютъ то преимущество, что сокращаютъ мученія больныхъ вслѣдствіе болѣе быстро наступающей смерти; еще ни одна родильница не была спасена ими.

При послѣдствіи тромбоза бедренныхъ венъ, *Phlegmasia alba dolens*, терапія симптоматическая. Нужно предупреждать пролежни, нужно такъ установить питаніе и гигиеническую обстановку, чтобы пациентка могла легко перенести долгое лежаніе въ постели, такъ какъ часто проходятъ мѣсяцы, пока больная сможетъ ходить. Суставы могутъ сдѣлаться совершенно неподвижными, такъ что приходится примѣнять пассивныя движенія и массажъ. Нерѣдко даже остается на всю жизнь родъ элевантіазиса или по крайней мѣрѣ склонность къ отеку нижнихъ конечностей при стояніи, именно при работѣ стоя.

Послѣродовые эксудаты.

Если инфекція остается мѣстной, или когда она скоро отграничивается, защитительный поясъ отдѣляетъ инфицированную часть отъ остальнаго тѣла, то образуется то что называютъ эксудатомъ. Фактъ

демаркацій свидѣтельствуеъ о слабой вирулентности кокковъ и хорошей силѣ сопротивленія даннаго организма. Прогнозъ поэтому всегда лучше, если при высокой лихорадкѣ можно найти замѣтную параметрическую опухоль, чѣмъ когда нѣтъ никакого мѣстнаго заболѣванія.

Мѣстоположеніе воспаленія клѣтчатки resp. опухоли, эксудата обусловливается анатомическими отношеніями. Тамъ гдѣ между маткой и брюшной лежитъ рыхлая соединительная ткань, тамъ образуется и эксудатъ, тамъ же гдѣ брюшина неподвижна и прилегаетъ плотно и не можетъ быть приподнята, тамъ не можетъ образоваться и эксудата.

Начало эксудата въ большинствѣ случаевъ въ околوماتочной клѣтчаткѣ, границы которой съ половымъ трактомъ представляются очень тонкими и разорванными.

Эта параметральная пронизанная лимфатическими сосудами, большими венами и *arteria uterina* клѣтчатка сообщается подъ брюшиной, субсерозно съ *Cavum praeperitoneale Retzii*, впереди отъ пузыря, съ клѣтчаткой маточныхъ связокъ, съ соедин. тканью, гдѣ лежитъ мочеточникъ и вмѣстѣ съ нимъ вдоль аортъ продолжается до самой грудной полости.

При разрывѣ шейки вскрываются эти пространства клѣтчатки, но если зараза не распространяется по всѣмъ названнымъ путямъ и инфекціонное воспаленіе ограничивается, тогда рядомъ съ маткой прощупывается эксудатъ, опухоль, уплотнѣніе, *Tumor parametritii*.

Или же зараза идетъ черезъ полость матки, по лимфатическимъ путямъ, въ верхнюю часть *Ligamenti lati*, въ то мѣсто, гдѣ отъ матки отходятъ труба, *ligamentum ovarii* и *ligamentum rotundum*. Въ этой верхней рыхлой клѣтчаткѣ проходитъ къ маткѣ *spemmatica*, которая часто вовлекается въ страданіе при воспаленіи клѣтчатки въ этомъ мѣстѣ. Оба мѣста воспаленія resp. обѣ локалізаціи параметрита, кверху, въ *ligamentum latum* и книзу въ *parametrium* въ собственномъ смыслѣ раздѣлены плотно приращенной срединной связки, такъ что воспаленіе, лежащее вверху, не опредѣляется черезъ влагалище, а лежащее внизу, если только оно не очень велико, нельзя прощупать черезъ брюшную стѣнку.

Чаще всего процессъ находится въ *parametrium*, въ части его, сосѣдней съ шейкой матки. Воспаленіе начинается на 3—5 день, какъ всѣ воспаленія, лихорадкой и потрясающимъ ознобомъ.

Очень часто сбоку, рядомъ съ маткой ощущаютъ маленькую ограниченную опухоль «увеличенную резистентность».

Считаютъ, что 95% параметритическихъ эксудатовъ разсасываются. Дѣйствительно, такъ бываетъ при абсолютномъ покоѣ. Ослабленіе лихорадки обозначаетъ демаркацію. Еще нѣкоторое время находятъ опухоль рядомъ съ маткой, но она постепенно становится меньше

и исчезаетъ часто такъ быстро, что послѣ 3—4 дней лихорадки, родильница встаетъ здоровой черезъ 14 дней пребыванія въ постели.

Если опухоль больше, такъ что ее можно прощупать при комбинированномъ изслѣдованіи, то матка ею смѣщается. Т. е. сначала эксудатъ оттѣсняетъ матку нѣсколько въ сторону. Если вслѣдъ за тѣмъ эксудатъ и *ligamentum latum* сморщиваются, то матка образовавшимся рубцомъ притягивается въ сторону эксудата; происходитъ напр. изъ первичнаго положенія матки влѣво, вторичное положеніе ея вправо.

Въ другихъ же случаяхъ, именно когда родильница лежитъ не совсѣмъ спокойно, воспаленіе распространяется дальше по рыхлой клѣтчаткѣ. При непрекращающейся лихорадкѣ образуется большая, достигающая стѣнки большого таза, субсерозная опухоль.

Инфильтрація достигаетъ тогда по передней стѣнкѣ таза до *Cavum praerperitoneale Retzii*. Здѣсь надъ Пупартовой связкой, образуется типическое уплотненіе, прощупываемое снаружи, твердое какъ доска. Уплотненіе простирается отъ *spina ilei anterior superior* до середины или за середину передней брюшной стѣнки, большею частью по срединѣ между пупкомъ и тазомъ, кончаясь рѣзкимъ краемъ, который можно обхватить—это типичный внѣбрюшинный тазовой эксудатъ.

До той же самой области достигаетъ эксудатъ, который идетъ сверху внизъ въ *ligamentum latum* рядомъ съ *ligamentum rotundum*, такъ что конечный результатъ обоихъ параметритическихъ эксудатовъ въ концѣ концовъ одинаковый: снова типичный внѣбрюшинный тазовой эксудатъ.

Теченіе этихъ эксудатовъ часто чрезвычайно затяжное, такъ что проходятъ мѣсяцы, прежде чѣмъ наконецъ гной выходитъ наружу. Матка и параметрій долго остаются нормальными. Путь, которымъ идетъ воспаленіе, свободенъ, но конечный результатъ первичнаго параметрита появляется въ отдаленіи, внѣ брюшинно, надъ пупартовой связкой.

Въ концѣ концовъ, воспалительная опухоль приподнимаетъ кожу, на этомъ мѣстѣ кожа краснѣетъ и на покраснѣвшемъ мѣстѣ замѣчаются нарушенія ткани подъ которыми непосредственно лежитъ гной.

Въ другихъ случаяхъ инфильтрація не показываетъ никакой наклонности къ размягченію, и, при подлихорадочныхъ температурахъ въ теченіи недѣль остается, не измѣняясь ни по величинѣ, ни по твердости.

Такое теченіе бываетъ часто у женщинъ, которыя не берегутся или не могутъ беречься, потому что по бѣдности должны работать. Такъ какъ покой—лучшее противовоспалительное средство—отсутствуетъ, то послѣ уменьшенія, остановки или улучшенія болѣзни, снова наступаетъ ухудшеніе, пока наконецъ, черезъ мѣсяцъ, не образуется гной, который, приближаясь къ поверхности, прорывается наружу самъ, или удаляется искусственно.

Эксудатъ можетъ продвигаться и кзади, гдѣ начинаются отъ матки Дугласовы складки, образуя тамъ заматочную опухоль. Въ концѣ концовъ захватывается вся подбрюшинная ткань и палецъ вездѣ ощущаетъ плотный инфильтратъ, который по сторонамъ нельзя рѣзко отграничить отъ костей.

Такого рода большой эксудатъ можетъ, хотя и медленно, совершенно разсосаться. Но можетъ также и размягчиться. Можетъ произойти произвольное прободеніе кишекъ.

При усиленіи лихорадки и болѣзненномъ позывѣ къ испражненію выдѣляется большое количество часто гнилостно пахнущаго гноя съ примѣсью крови, послѣ чего вскорѣ наступаетъ улучшение общаго состоянія.

При вскрытіи въ пузырь наступаютъ внезапно тенезмъ пузыря и невозможность выпустить мочу. Всѣ симптомы исчезаютъ, какъ скоро гной выходитъ вмѣстѣ съ мочей.

Параметритическіе рубцы шейки также могутъ размягчиться, и тогда внезапно наступаетъ обильное выдѣленіе гноя изъ влагалища. Въ одномъ случаѣ скопленіе гноя такъ вытягивало стѣнку матки внутрь, что можно было подозрѣвать міому стѣнки. При разрѣзѣ выдѣлилось большое количество гноя: вскрыли параметритическій абсцессъ.

Нерѣдко при произвольномъ вскрытіи вытекаетъ много гноя, а воспалительная опухоль все таки не исчезаетъ вполнѣ. Быть можетъ, отверстіе находится не на самомъ глубокомъ мѣстѣ, образуется извилистый ходъ до фюкуса гноя, или отверстіе очень мало, или оно сужено. Тогда образуются фистулы, которыя существуютъ не только мѣсяцы, но даже много лѣтъ, если не удастся сдѣлать отверстіе съ противоположной стороны.

Въ другихъ случаяхъ наступаютъ прободеніе органовъ, сообщеніе между пузыряремъ и кишечникамъ и проч.

При начинающемся параметритическомъ эксудатѣ часто принимаетъ участіе и сосѣдняя брюшина. Получается чувствительность къ давленію, которая исчезаетъ, когда установится демаркація. Часто однако брюшина теряетъ свою разсасывающую функцію, и тогда надъ параметритическимъ эксудатомъ образуется, перитонеальный эксудатъ: осумкованный асцитъ, наприм. въ дугласовомъ пространствѣ, или же сбоку. Параметритическій эксудатъ можетъ исчезнуть, тогда какъ осумкованная перитонеальная жидкость остается. Если сдѣлать разрѣзъ въ Дугласовомъ пространствѣ, то вытекаетъ прозрачная перитонеальная жидкость. Она можетъ даже снова накопляться, такъ какъ брюшина измѣнена на долго. Мнѣніе что это остатки гнойнаго перитонита, конечно не вѣрно. Тогда бы жидкость всосалась, а уплотнившійся гной остался.

Рѣже наблюдаютъ перитонитическіе эксудаты. Перитонитъ либо дѣлается общимъ и ведетъ къ смерти, либо скоро отграничивается и результатомъ этого бываютъ сращения, перисальпингиты, періоофориты и опухоли придатковъ.

Однако организмъ побѣждаетъ иногда заразу и при общемъ перитонитѣ, который сначала кажется очень не благоприятнымъ въ прогностическомъ смыслѣ, и совершается демаркація путемъ инкапсулированія и склеиванія кишекъ. Такой отграниченный перитонеальный эксудатъ можетъ располагаться во всѣхъ областяхъ брюшной полости, но чаще всего онъ помѣщается на мѣстѣ своего происхожденія у матки въ тазу. Онъ опускается въ Дугласово пространство. Рѣже онъ лежитъ на одной сторонѣ въ углубленіи близъ почекъ, которое является самой низкой точкой при горизонтальномъ положеніи. Увеличиваясь, опухоль дѣлается округлой, вслѣдствіе внутренняго давленія, и равномерно оттѣсняетъ матку кпереди, если только нѣтъ осложняющаго односторонняго параметрита, препятствующаго подвижности матки. Эксудатъ, выходящій изъ почечнаго углубленія (Nierenbucht) можно распознать перкуссіей. Постепенно онъ приближается къ брюшнымъ покровамъ и можетъ вскрыться черезъ пупокъ. Вслѣдствіе сообщенія съ кишечникомъ можетъ образоваться гной, содержащій тазы и калъ.

• Диагнозъ прободенія брюшины ясенъ изъ анамнеза. Болѣзненность и тимпанитъ выступаютъ сначала на первый планъ; позже послѣ образованія демаркаціи чувствительность уменьшается. Позади лежитъ эксудатъ болѣе глубоко, чѣмъ параметритическій, portio стоитъ выше, прижата кпереди, или же образуется прободеніе на мѣстѣ совершенно не типичномъ, куда параметритъ анатомически распространиться не можетъ. Чаще всего однако при перитонеальныхъ воспаленіяхъ наступаетъ смерть или образованіе сращеній т. е. образуется опухоль припадковъ.

Терапія.

При леченіи параметритической воспалительной опухоли главное— покой. Назначаютъ Присницевскія обертыванія, потому что они принуждаютъ пациентку лежать спокойно.

Одно время я при свѣжихъ пуэрперальныхъ эксудатахъ производилъ вскрытіе ихъ черезъ влагалище, какъ только ихъ можно было опредѣлить, но я отказался отъ этой терапіи. Правда удается найти и вытѣснить гной. Но операція часто технически очень трудна. Возможны поврежденія кишечника, пузыря, мочеточника, значительное кровотеченіе отъ поврежденія а. uterina. Выгода операціи мала въ сравненіи съ этими опасностями. Такъ какъ послѣдовательное леченіе

продолжительно и трудно, отверстія сильно суживаются и приходится ихъ расширять, чтобы обезпечить стокъ гноя, такъ что выгода сокращенія теченія болѣзни не достигается. При выжидательномъ леченіи, resp. пользуясь цѣлительной силой природы, приходятъ къ тому же результату также скоро и безъ опасностей.

Если же эксудатъ замѣтно вытягиваетъ кожу надъ Ligamentum Poupartii, и если ощущается жидкій гнойъ подъ разрыхленной тканью, то конечно разрѣзь сильно сокращаетъ теченіе болѣзни.

Послойно идутъ вплоть и паралельно Ligamentum Poupartii въ глубину. Когда достигаютъ лежащей надъ эксудатомъ оболочки, то очень осторожно проникаютъ въ глубину. Отверстіе должно сдѣлать лишь такой ширины, чтобы гнойъ могъ выходить наружу, затѣмъ его расширяютъ тупымъ путемъ корнцангомъ и пальцемъ, промываютъ и ошупываютъ полость нарыва и наполняютъ ее іодоформенной марлей.

Часто находятъ очень толстыя оболочки и очень мало гноя. Но даже такіе случаи, которые иначе потребовали бы мѣсяцевъ для излеченія, даютъ хорошій прогнозъ, если вскрыть эксудатъ.

Влагалищные эксудаты также нужно разрѣзать, если они прощупываются и сильно выпячиваются. Дѣлаютъ разрѣзь сагиттально по срединѣ, держа палецъ въ прямой кишкѣ. Такимъ образомъ можно съ увѣренностью избѣгать поврежденія сосѣднихъ органовъ.

Если перитонеальный эксудатъ совершенно отграничивается, напр. въ Дугласовомъ пространствѣ, то его также опоражниваютъ разрѣзомъ. Часто они выпячиваются такъ сильно, что можно сдѣлать сагиттальный разрѣзь задней стѣнки влагалища тотчасъ надъ наружными половыми частями, не пользуясь зеркаломъ.

Мнѣ случалось вскрывать перитонеальныя полости на любомъ мѣстѣ брюшной стѣнки, напр. какъ разъ у пупка. При значительной лихорадкѣ, покраснѣніи и выпячиваніи истончившейся кожи обозначается мѣсто вскрытія. Послѣ тщательной перкуссіи, осторожно производятъ разрѣзь, маленькое отверстіе расширяютъ тупымъ путемъ, вымываютъ гнойъ и полость тампонируютъ іодоформенной марлей. Нужно тщательно избѣгать поврежденія кишечника.

Брюшное давленіе сдавливаетъ полость, такъ что заживленіе происходитъ быстро.

Если эксудатъ старый и лихорадки больше нѣтъ, то дѣло идетъ объ гинекологическомъ случаѣ, леченіе котораго можно найти въ учебникахъ гинекологіи.

Прибавленіе: Послѣродовая грудница.

Грудной сосокъ имѣетъ различныя формы. Нормально онъ выдвигается впередъ въ видѣ шишки, такъ что ребенокъ можетъ легко захва-

тить его ртомъ. Нерѣдко на соскѣ образуются борозды, и онъ какъ будто бы состоитъ изъ различной величины отдѣльныхъ сосковъ.

Когда ребенокъ сосеть, то размягчившійся отъ влажности эпителий легко слѣзаетъ, особенно если вслѣдствіе недостатка молока, ребенка часто прикладываютъ къ груди.

При неправильно образованномъ соскѣ, при которомъ сила сосанія распространяется неравномѣрно на различныя части поверхности, особенно часто образуются маленькія поверхностныя потери вещества, такъ называемыя трещины. Онѣ не могутъ зажить, такъ какъ струпикъ постоянно снова срывается при сосаніи. Такъ образуются дефекты кожи, ранки, представляющія ворота для вхожденія инфекцій. Эти ранки приходятъ въ соприкосновеніе съ неасептическими предметами одежды и постели. При захватываніи соска пальцами, чтобы вложить его въ ротъ ребенку на него переносятся стафилококки и стрептококки съ половыхъ частей—т. е. изъ послѣродовыхъ отдѣленій, и проникаютъ въ ранки.

Отъ этой стрептококковой инфекции образуется рожистая краснота кожи. Грудь на покраснѣвшемъ мѣстѣ дѣлается твердой чувствительной. Наступаетъ высокая лихорадка. Воспаленіе распространяется въ глубину, инфицируется ткань, окружающая желѣзистые пузырьки, пораженные пузырьки лишаются прилива крови, образуется нарывъ, въ которомъ лежатъ омертвѣвшіе пузырьки и некротизированная соединительная ткань.

При стафилококковой инфекции также образуются въ глубинѣ абсцессы, быть можетъ помѣщающіеся въ самыхъ молочныхъ протокахъ.

Грудь при этомъ замѣтно распухаетъ, такъ что, когда абсцессъ образуется въ глубинѣ, сразу замѣтная разница въ величинѣ обѣихъ грудей даетъ возможность поставить діагнозъ. При стафилококковой инфекции лихорадка не такъ высока, какъ при поверхностномъ эризипелатозномъ стрептококковомъ маститѣ.

При обѣихъ родахъ мастита (грудницы) образуются абсцессы. Когда гной приближается къ кожѣ, то на этомъ мѣстѣ происходитъ выпячиваніе кожи, она дѣлается блестящей, ярко красной и чувствительной и прощупываются нарушенія ткани. Если не сдѣлать разрѣза, то кожа размягчается, гной выдѣляется отверстіе уменьшается, и выдѣленіе гноя прекращается. Образуется новый абсцессъ, тамъ и здѣсь происходятъ отверстія, и въ концѣ концовъ вся грудная железа частію рубцуется, частью размягчается, частью пронизывается свищевыми ходами.

Отдѣленіе молока правда сначала еще продолжается, такъ какъ только часть железы заболѣваетъ. Но если ребенка больше не прикладываютъ къ груди, то образованіе молока скоро прекращается.

Нагноеніе же изъ фистулъ можетъ длиться недѣли и мѣсяцы, если не примѣнить цѣлесообразнаго лѣченья.

Рѣдко бываетъ грудница уже во время беременности. И этотъ маститъ происходитъ отъ случайныхъ поврежденій выдающихся сосковъ и инфекции повсемѣстно распространенными стафилококками.

Втянутыми сосками называются такіе, которые лежатъ ниже уровня кожи, гесп. околососкового кружка. Есть разныя степени и переходы отъ очень низкихъ сосковъ до такихъ, которые совершенно не возвышаются надъ уровнемъ околососкового кружка.

Терапія.

Тщательное изслѣдованіе сосковъ передъ и во время кормленія принадлежитъ къ гигиенѣ послѣродового періода. Какъ только откроютъ трещины и ссадины, нужно предупредить инфекцію маленькихъ ранокъ дезинфекціей. Этого можно достигнуть очень часто смѣняемыми дезинфецирующими компрессами. Лучше всего брать неядовитое, непахнущее антисептическое: 4% растворы борной кислоты. Если мѣнять компрессы каждыя полъ часа, то удастся уничтожить инфекцію. Ребенка надо прикладывать къ груди съ большими промежутками, чтобы ранки могли зажить.

Поверхностный эризипелатозный маститъ часто проходитъ безъ образования абсцесса при перевязкѣ груди антисептическими компрессами.

Если присутствіе гноя достовѣрно—не раньше—хлороформируютъ, защищаютъ руки резиновыми перчатками, и дѣлаютъ разрѣзъ такой величины, чтобы можно было ввести палецъ въ гнойную полость. Разрѣзъ нужно дѣлать радіально, чтобы не перерѣзать многихъ молочныхъ протоковъ. Гнойную полость ощупываютъ, причемъ расширяютъ узкія мѣста и устанавливаютъ широкое сообщеніе съ главной полостью. Гнойная полость очищается обильнымъ промываніемъ. Въ самое глубокое мѣсто абсцесса вводятъ дренажную трубку и накладываютъ плотную давящую повязку. На другой день удаляютъ первую запачканную кровью и гноемъ повязку. Производятъ за одно тщательную дезинфекцію полости и снова накладываютъ давящую повязку. Большею частью абсцессъ быстро заживаетъ. Если остаются гнойные ходы, то ихъ промываютъ и защищаютъ повязкой.

Предметный указатель.

- A**
Acardiacus 384.
Алкоголь при беременности 59.
— какъ дезинфекція 127.
— въ послѣродовомъ состояніи 454.
— при родахъ 133.
Allantois 29.
Альбуминурия 193.
Амоврозъ 192.
Amnion 28.
Амниотическая жидкость 34.
— нити 278.
Amputatio spontanea 278.
Анамнезъ при родахъ 117.
Anepheralus 385.
Angina 441.
Анемія острая 437.
Anteversio uteri gravidi 56.
Antifebrilia при родовой горячкѣ 454.
— perniciosa 210.
Антисептика 129.
Арное 401.
Argent nitr. 447.
Асфиксія 352.
Аускультация 55, 124, 367.
Аутоотранфузія 324, 438.
- Б**
Базедова болѣзнь 212.
Bacterium coli 444.
Bacterium tetani 445.
Бактеріи при родильн. гор. 439.
Бартолиновы желѣзы 47, 272.
Бедренныя кости 1.
Безсонница 459.
Беременность 24, 38.
— брюшныя покровы 50.
Blennorrhoea neonat. 163.
Близнецы 41, 62, 108.
- В**
Brachycephalie 102.
Брауна краниокласть 371.
— крючекъ 405.
Бродильные процессы 186.
Брюшина 12.
Брюшная беременность 283.
— конецъ трубы 14.
— прессъ 95, 408.
— стѣнки при беременности 50.
— — у многородящихъ 408.
— — въ послѣродовомъ періодѣ 156.
Bruit de souffle 51.
Бѣлокровіе 211.
— боли 40.
— гигиена 58.
— діагнозъ 52.
— діететика 58.
— жалобы 51.
— запоръ 61.
— параметритъ 273.
— патологія 181.
— периметритъ 273.
— половое возбужденіе 60.
— почки 175, 188.
— признаки, Hegarâ 53.
— признаки 46, 60.
— продолжительность 43.
— промыванія 60.
— сердце 51.
— теченіе 46.
— трудоспособность 50.
- В**
Vaginae fixatio 252.
Walcher'a положеніе 363, 371.
Ванны при беременности 60.
— — родильной горячкѣ 454.
— — эклампсіи 233.

Варикозныя разширенія 201, 269.
 Вдавливаніе головки по Hofmeyer'у
 363.
 Взвѣшиваніе ребенка 169.
 Вирулентность 439, 443.
 Влагалище 9, 11.
 Влагалищное кесарское сѣченіе 238.
 Внутреннее изслѣдованіе 126.
 Внутренній переходъ яйца 15, 267.
 Внутриутробное дыханіе 410.
 Внѣдрѣніе яичка въ въ слизистую
 матки 25.
 Внѣматочная беременность 283.
 Водянка матери 464.
 — плода 383.
 Воронкообразный тазъ 325, 412.
 Ворсины хоріона 29.
 Воспаленіе брюшины 446.
 — глазъ плода 163, 447.
 — грудныхъ железъ 465.
 — околomatочной клѣтчатки 446.
 Восходящая гоноррея 446.
 Всаиваніе 440.
 Вставленіе головки 83.
 — при общесъуженномъ тазѣ 353.
 — — плоскомъ тазѣ 355.
 Вторичное зашиваніе промежности
 144.
 Втянутые соски 172, 465.
 Выборъ кормилицы 177.
 Выворотъ матки 389.
 Выжиманіе плода 238.
 — послѣда 145.
 Выпаденіе матки 414.
 — послѣда 317.
 — пуповины 353, 386.
 — ручки 385.
 Выработки потугъ 73.
 Выскабливаніе полости матки 309,
 437.
 Вычисленіе срока беременности 43.
 Галактобутирометръ 172.
 Гемофилия 211.
 Геморроидальныя шишки 49.
 Гигантскій ребенокъ 379.
 Головка плода 66.
 Гоноррея 46, 117, 176, 270, 377, 444, 446.
 Граафовъ пузырекъ 19.
 Грозящій разрывъ матки 349, 417.

Grossesse nerveuse 207.
 Грыжа бѣлой пеніи 155, 407.
 — матки 252, 269.
 — пупочная 383.
 Гѣртнера молоко 180.
 Давленіе туловищи 18, 337.
 Движеніе плода 44, 54.
 Двойное сжиманіе 431, 436.
 Двойныя уродства 384.
 Decapitatio 424.
 Decidua basalis 27.
 — ворсины 27.
 — capsularis 26.
 — изгнаніе 27.
 — reflexa 26.
 — serotina 27.
 — vera 26.
 Deciduom 279.
 Дезинфекція рукъ 126.
 Диагнозъ беременности 52.
 Dikephalus 384.
 Diprosopus 384.
 Distantia cristarum 5.
 — spinarum 5.
 Дифтеритъ 440.
 Діета при узкомъ тазѣ 358.
 Дно матки 56.
 Dolichokephalus 353.
 Доношенный ребенокъ 65.
 Dutus Arantii 36.
 — Botali 36.
 Дугласова складка 19.
 Душевные болѣзни 173, 175, 447, 459.
 Endocarditis 199, 442, 451.
 Endometritis 249.
 Endophlebitis 441.
 Жалобы при беременности 54.
 Желточный пузырь 29.
 Желтуха беременности 210.
 — новорожденного 160.
 Желудочно-кишечная сфера при бере-
 менности 49.
 Заболѣваніе дыхательн. пути 195.
 Задержаніе мочи 293.
 Задержка выкидыша 312.
 — оболочекъ 79.

Задержка послѣда 427.
 Задвиганіе костей черепа 99.
 Задне-темянное вставленіе 381.
 Заживленіе 269, 304.
 Зародышевый пузырекъ 25.
 Затеканіе жидкости въ вены 459.
 Затялочные бугры 67.
 Запрокидываніе матки 242, 244, 288.
 — — частичное 148.
 Зачатіе 28.
 Зашиваніе промежности 147.
 — шейки 432.
 Зернистость влагалища 49.
 Zona pellucida 25.

Извлеченіе головки краниокл. 372.
 — за ножку 399.
 — за ягодицы 397.
 — насильственное послѣ перфорации 368.
 — послѣ поворота 368, 400.
 — послѣдующей головки 400.
 — щипцами 371.
Измѣненіе положенія беременной матки 33.
Ислѣдованіе рожениць 115.
 — внутреннее 126.
 — наружное 115.
Иeus 188, 448.
Инволюція въ послѣродовомъ періодѣ 150.
Insertio velamentosa 32.
Introitus vaginae 11.
Инфарктъ бѣлый, послѣда 281.
 — при піэміи 451.
Инфекціонныя заболѣванія беременныхъ 27.
Инфлуэнца 174, 210.
Искусственный выкидышъ 186, 357.
 — роды 361.
Исправленіе лицеваго предлежанія 102.
Испраженія въ послѣрод. періодѣ 165.
Истерія 184, 205.
Исхуданіе въ послѣродовомъ періодѣ 153.
laniceps 384.

Каломель 169.
 — при Lues 221.

Камфорное масло 438.
Капаніе мочи 244.
Caput succedaneum 76, 421.
Карболовая кислота 457.
Каталепсія 206.
Катетеръ 223.
Качанія по Schultz 401.
Кесарское сѣченіе при эклампсіи 238.
 — — — при узкомъ тазѣ 374.
Кистовидная почка 383.
Кисты послѣда 281.
Кифосколиотическій тазъ 332.
Кифотическій тазъ 330.
 — поперечно-сѣуженный тазъ 326.
Кишечникъ, вялость при беременности 49.
 — параличъ при перегибѣ 448.
Клизмы въ послѣродовомъ періодѣ 165.
Клиторъ 9.
Coitus при беременности 60.
Comedones 65.
Collargol 455.
Colpitis granulosa 272.
Kolpohyperplasia cystica 272.
Kolpotomia 295, 296.
Кольпейринтеръ 321, 362, 388.
Кольцо сокращенія 39, 349, 366, 421.
Коленно-локтевое положеніе 384.
Комбинированный поворотъ 323, 467.
 — сдавленіе матки 430, 434,
Кондиломы острья 261, 270.
 — широкія 271.
Conduplicato corpore 393.
Conglutinatio зѣва 414.
Conjugata diagonalis 345.
 — externa 5.
 — vera 5.
Копчикъ 1.
Кормленіе грудью 186.
Корнцангъ 309.
Коровье молоко 183.
Corpus albicans 23.
 — luteum 15, 23.
 — spurium 23.
Корь у беременныхъ 210, 440.
Косой тазъ 381.
Косо-сѣуженный тазъ 332.
Couveuse 365.
Краниоклазія 371.

Краниокласть 372.
 Краниотомія 372.
 Крестецъ 1.
 Крестцово-подвздошное сочленение 1.
 — разрывъ его 413.
 Crista ilei 2.
 Кровообращение плода 36.
 — новорожденного 159.
 Кровопускание 236.
 Кровотечение внутреннее 382, 428.
 — въ послѣродовомъ періодѣ 434.
 441.
 — при предлежаніи послѣда 314.
 Кровяной заносъ 274.

Лактація 157.
 Ламбдовидный шовъ 67.
 Лангханзовскій слой 30.
 Levator ani 17.
 Ледъ при перитонитѣ 460.
 Лимфатическіе пути матки 32.
 — нагноение въ нихъ 450.
 Liq. Ferri sesquichlorat 431.
 Lysol 458.
 Lithopaedion 288.
 Лицевыя предлежанія 100, 139.
 — исправление 139.
 — черепъ при 102.
 Лобное положеніе 99, 101, 140.
 Lochia 149.
 Lochiometra 445.
 Лоно 3.
 — разрывъ 413.
 Lues 175, 177.

Magnesia usta 186.
 Marmoreck'a сыворотка 458.
 Mastitis 465.
 Матка артеріи 38.
 — беременная 38.
 — внутренняя поверхность въ
 послѣродовомъ періодѣ 149.
 — дву рога 267.
 — лимфатическія сосуды 39.
 — разрывъ 367, 381, 399, 418.
 — слизистая оболочка 12.
 — тампонада 432, 438.
 — экстирпація при миомѣ 256.
 — при остеомаляціи 339.
 — при ракъ 262.

Матка при сепсисѣ 455.
 Маточный шумъ 55, 54, 124.
 Межворсинчатая пространства 34.
 Межсвязочная беременность 286.
 Межучотная — 286.
 Mesonium 395, 410.
 Membrana granulosa 15.
 Menstruatio 20.
 Метастазы при пузырьномъ заносѣ 218.
 — — піэміи 443.
 Metrophlebitis 448.
 Механизмъ родовъ 86.
 — при узкомъ тазѣ 353.
 Migraenin 454.
 Микроорганизмы при родильной го-
 рячкѣ 439.
 Myokarditis 199, 451.
 Myom 253.
 Миртовидные сосочки 10.
 Мухомиброма placentae 281.
 Многоплодная беременность 41, 108.
 Mola 274.
 Molluscum simplex 270.
 Молоко Backhaus'a 180.
 Молочная діета 193.
 Монгломеровы железы 45.
 Morbus Basedowii 212.
 Morsus Diaboli 14.
 Мочевые органы 188.
 Мочиспускание въ послѣродовомъ
 періодѣ 165.
 Мыло Schleich'a 127.
 Мягкія части таза 9.
 Мясной заносъ 274.

Naegele'вскій тазъ 334.
 Наклоненіе таза 8, 337.
 Наркозъ 136.
 Нарывъ груди 467.
 — околопочечный 194.
 Начало родовъ 68.
 Некрозы отъ давленія 417.
 Неукротимая рвота 183, 186, 279.
 Нефритъ 192, 281, 319.
 Нижний отрѣзокъ матки 38.
 Ножницы Smellie 368, 383, 400, 404.
 Ножныя предлежан. 107, 388.

Обвертыванія при эклампси 234.
 Обвитіе пуповины 283.

Обезпложиваніе молока 180.
 Обмѣнъ веществъ у плода 37.
 Общее лѣченіе при кровотеченіяхъ 438.
 — — послѣродовой лихор. 454.
 Обще-равномѣрно сѣуженный тазъ 325.
 Общія заболѣванія беременности 211.
 Овуляція 14, 15.
 Однорогая матка 267.
 Оживленіе 401.
 Ознобъ 446, 480.
 Окаменѣлый плодъ 292.
 Околоплодная воды 35.
 Околопочечный нарывъ 194.
 Омертвѣніе міомы въ послѣродовомъ періодѣ 255.
 Операция Porgo 78, 256, 374, 377.
 Ophthalmoblenorrhoea 427, 446.
 Опій при перитонитѣ 426.
 Опухоли мягкихъ частей 249.
 — таза 340.
 — яичника 262.
 Освобожденіе ручекъ 400.
 Осевое давленіе 90.
 Оспа 208.
 Остеомаляція 336.
 Острая инфекціонная заболѣванія 208.
 Осумкованіе экшудата 369.
 — кровяныя опухоли 269.
 Отверстіе мочеиспускательнаго канала 9.
 Отвислый животъ 59, 349.
 Отдѣленія матки 157.
 Отпаденіе пуповины 161.
 Отравленіе карболовой кислотой 457.
 Отслойки эпифиза 403.
 Отхожденіе меконія 345, 400, 411.
 Ощупываніе при родахъ 119.
 Panaritium 440.
 Panophthalmitis при беременности 450.
 Parametrium 9.
 Параметритъ при беременности 273.
 Partus praecipitatus 40.
 Патологія беременности 112.
 — послѣродового періода 429.
 — родовъ 242.
 Pecten pubis 3.
 Pelveoperitonitis 442.

Pelvis obtecta 331.
 Первые движенія плода 53.
 Первичный фолликулъ 14.
 Передне-темянное предлежаніе 96, 138.
 Переднія воды 71.
 Перекручиваніе пуповины 282.
 Переломъ бедра 403.
 — грудины 406.
 — ключицы 402.
 — черепа 368, 371.
 Перенашиваніе 409.
 Переоплодотвореніе 110.
 Периметритъ 441.
 Періоофоритъ 444.
 Періодъ изгнанія 92, 138.
 Перфорация головки 367, 372.
 — при гидроцефалусѣ 381.
 — послѣдующей 368.
 Петля при поворотѣ 386.
 Печеночныя заболѣванія 111.
 Phlegmasia alba dolens 449.
 Phlegmone 441.
 Phthisis pulmonum 195.
 Пигментация 45, 156.
 Питаніе внутриутробныхъ 35.
 — кормилицы 176.
 — недоносковъ 364.
 — новорожденныхъ 179.
 Пищеварительныя органы при беременности 183.
 Руяміе 441, 447, 450.
 Ryeleoneprritis 194.
 Ryothorax 456.
 Плевритъ 174, 441, 451.
 Плодъ 159.
 — доношенный 159.
 — незрѣлый 86.
 — ростъ 56.
 Плоскій тазъ 327.
 Pneumonia 174, 193.
 Pneumothorax 450.
 Поворотъ головки 95.
 Поворотъ при выпаденіи ручки 385.
 — — пуповины 398.
 — при головномъ предлежаніе 367.
 — при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ 380.
 — комбинированный 367.
 — наружный 384.
 — при чрезмѣрномъ ростѣ 377.

- Подвздошная кисть 2.
 Поддерживаніе промежности 137.
 Подкожные вливанія солев. раств. 438.
 Поздняя лихорадка 344.
 Позывъ къ мочеиспусканію 188.
 Положеніе плода 82.
 — роженицы 136.
 Полость матки 4.
 Поносы 50.
 Поносы септические 443.
 Поперечная постель 395.
 Поперечное положеніе 389, 407.
 — запущенное 403.
 — стояніе головки 336.
 Поперечно суженный тазъ 336.
 Поперечный разрѣзъ черезъ дно 376.
 Пораненія матери при родахъ 413, 414.
 — — ребенка 386, 402.
 Portio vaginalis 47.
 Послѣдовый періодъ 79.
 Послѣдовая схватки 145.
 Послѣдовательныя кровотеченія 427.
 Послѣдъ 33.
 — выжиманіе 145.
 — кисты 281.
 — тухлоfibroma 281.
 — образованіе 33.
 — опухоли 81.
 — отдѣленіе 77.
 — — при нефритѣ 192.
 — — ручное 427, 429.
 — ущемленіе 426, 429.
 Послѣродовая инволюція 154, 454.
 — инфекція 439, 444.
 — интоксикація 441.
 — лихорадка 438.
 Послѣродовой параметритъ 441, 461.
 Послѣродовыя очищенія 156.
 — схватки 155.
 Постель для потѣнія 193.
 Потуги 73.
 Потѣніе при эклампсіи 223.
 Почечныя заболѣванія 188, 277, 319.
 Почка плода 33.
 Предварительныя схватки 38, 73.
 Предлежаніе послѣда 314.
 — боковое 315.
 — діагнозъ 318.
 — краевое 315.
 — леченіе 319.
 Преждевременное отдѣленіе 318.
 — симптомы 316.
 — теченіе 316.
 Преждевременныя дыханіе 410.
 — отдѣленіе послѣда 192, 318.
 Привычный выкидышъ 301.
 Придаточная труба 284.
 Придаточный рогъ матки 267.
 Прижатіе аорты 430.
 Признаки беременности 53.
 — зрѣлости плода 65.
 — Negar'a 53.
 Приращеніе послѣда 428.
 Приемъ Credè 145.
 — Olshausen'a 137.
 Проводная линія 9.
 Пролежни 441, 462.
 Promontorium 3.
 — ложный 344.
 Промываніе полости матки послѣ кесарскаго сѣченія 377.
 — операціи 374.
 — отдѣленіе послѣда 437.
 — въ послѣродовомъ періодѣ 457.
 Профилактическій поворотъ 367.
 Pruritus vulvae 212.
 Pseudodecidua 287.
 — euphoria 448.
 — hermaphroditismus 289.
 Психическія вліянія 133, 135.
 Психозъ 175.
 Ptyalismus 187.
 Пузырная беременность 298.
 Пузырной заносъ 274.
 — свищъ 418.
 Пульсъ при кровотеченіи 437.
 — послѣродовомъ періодѣ 155.
 — при сепсисѣ 451, 456.
 Pupillarmembran 66.
 Пупочная вена 31.
 Работоспособность при беременности 50.
 — послѣ лоносѣченія 370.
 Развитие таза 17.
 — яйца 29.
 Раздражительность матки 300.
 Размѣръ Baudelocque'a 5.
 — головки 67.

Размъръ таза 5.
 Разращенія въ видѣ цвѣтной капусты 261.
 Разрывъ матки 366, 381, 393, 417.
 — пузыря 389, 394.
 — при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ 361.
 — при предлежаніи послѣда 322.
 — трубы 287.
 Ракъ влагалицы 267.
 — матки 259.
 Расширеніе канала шейки 72.
 — — кольпейринтеромъ 320, 362.
 Рвота при беременности 50.
 Резиновые перчатки 442, 467.
 Reflex-placenta 315.
 Репонированіе мелкихъ частей 386.
 — пуповины 389.
 Retinitis 191.
 Ретроплацентарная гематома 145.
 Ригидность зѣва 413.
 Робертовскій тазъ 336.
 Родильная горячка 438, 451.
 — діагнозъ 452.
 — терапия 453.
 — теченіе 446.
 Рожа 448.
 Ручки выпаденіе 386, 399.
 — освобожденіе 401, 402, 405.
 — переломъ 403.
 Ручное отдѣленіе послѣда 428, 429.
 Самозащита организма противъ инфекции 439.
 Самоповоротъ 393.
 Стѣнки таза 4.
 Сглаживаніе шейки 71.
Secale cornutum 401, 453.
 Сепсисъ 173, 443, 446, 460.
 Сердце при беременности 197.
 — порокъ 144, 198.
 — родахъ 117.
 — тоны 33.
 Serumtherapia 459.
 Симонартовы нити 275.
 Symphyseotomia 369.
 Syncytium 280.
 Syncytium 30.
 Сифилисъ 176, 211, 281.
 Скарлатина 173, 208.

Сколиозъ 331.
 Сколиотическій тазъ 333.
 Слизистая оболочка 12.
 — пробка 46, 69.
 — полипы 261.
 Смерть плода 344, 410.
 — при нефритѣ 192.
 — обычная 313.
 — при предлежаніи послѣда 318.
 — при продолжительныхъ родахъ 410.
 — при сифилисѣ 213.
 Смѣсь Бидерта 180.
 Смѣшанная инфекция 443.
 Солевая вливанія 437.
 Сонъ въ послѣродовомъ періодѣ 162.
 Соскальзываніе щипцовъ 387, 413.
 Соски 45, 466.
 — ссадины 465.
 — трещины 466.
 Soxhlet 180.
 Spina bifida 383.
 Spinae ilei anteriores 5.
 Spondylolisthesis 340.
 Срокъ беременности 50.
 Стафилококки 438.
 Стетоскопъ 122.
 Стрептококкъ 438, 450.
 Судороги въ икрахъ 73.
 — рожениць 222.
 Сулема 217, 360, 394, 457.
Surperficis auricularis 3.
Superfoecundatio 112.
 Сѣдалищная кость 3.
 Схема положеній плода 83.

Тазъ большой 4.
 — малый 5.
 — — нормальный 1.
 — узкій 325.
 — анкилотическій 342.
 — введеніе родовъ при узкомъ тазѣ 369.
 — воронкообразный 325.
 — при вывихахъ 336.
 — діагнозъ 342.
 — карлицы 326.
 — кифотическій 330.
 — коксальгическій 336.
 — лордотическій 330.
 — механизмъ родовъ при тазѣ 352.

- Тазъ Naegelé 334.
 — общеравномерно суженный 324.
 — остеомалятический 337.
 — плоскій 327.
 — поперечно-суженный 335.
 — псевдоостеомалятический 330.
 — расщепленный 341.
 — сколиотическій 332.
 — спондилолистетическій 339.
 — терапия при тазяхъ 357, 364.
 — щелевидный 339.
 — частота 141.
 — этиология 325.
 Тампонация при выкидышѣ 304.
 — по Dührsen'у 431.
 — при послѣродовомъ кровотеченіи 431, 436.
 — предлежаніи послѣда 320.
 Температура новорожденного 167.
 — въ послѣродовомъ періодѣ 162.
 Темянное вставленіе 97.
 — переднее 379.
 Тетанусъ матки 391, 406.
 Thesa folliculi 15.
 Thogacoragi 381.
 Thrombophlebitis puerperalis 446.
 Thrombus vulvae 414.
 Тифъ 207, 440.
 Трансфузія 437.
 Trophoblastzone 29.
 Труба 13.
 Трубный выкидышъ 283, 289.
 — дивертикуль 283.
 Туберкулезъ 174, 185, 277.
 Узлы пуповины 32.
 Ulcus rodens 259.
 Урэмія 176, 190.
 Уретритъ 189.
 Уродства плода 383.
 Ущемленіе запрокинутой матки 243.
 — кистъ яичника 263.
 — послѣда 426.
 Условія для извлеченія 351.
 — перфорации 373.
 — поворота 394.
 — щипцовъ 410.
 Уходъ за зубами при беремености 61.
 — ребенкомъ 167.
 — родильницей 163.
 Фарессова линия 14.
 Физиология беременности 22.
 — родовъ 69.
 — послѣродового періода 147.
 Фимбрии 14.
 Фистулы 417.
 Flexura sigmoidea 15.
 Foetus papyraceus 113.
 Foramen obturatorium 3.
 Форма головки при узкомъ тазѣ 357.
 Фосфоръ при остеомаляціи 338.
 Haematocele 209.
 Haematoma 285, 415.
 — наружной половой части 415.
 — ретроплацентарная 196.
 Hebotomia 369.
 Hemikephalus 381.
 Herpes gestationis 212.
 — chloasma uterinum 50.
 Хлорозъ 210.
 Хлороформъ 136.
 Cholaemia 210.
 Chorea 203.
 Chorion 29.
 — ворсинъ 29.
 — epitheliom 280.
 — заболѣванія 279.
 — laeve 30.
 — образование 28.
 Hydramnion 375.
 Hydrokephalus 380.
 Hydrorrhoea gravidarum 258.
 Hymen 10.
 — cribriformis 415.
 Hyperaciditas 49, 187.
 Hyperemesis 184, 188, 279.
 Hypospadiе 270.
 Хрусть черепныхъ костей 381.
 Цвѣтъ кожи беременной 30.
 Cystocele 190.
 Циститъ 188, 443.
 — при ретрофлексіи 246.
 Швы на головкѣ 31.
 Шумъ пуповины 124.
 Щипцы 337.
 — при выпаденіи ручки 386.

Щипцы при выпаденіи пуповины 388.

- выходные 412.
- опасность 414, 372.
- на послѣдующую головку 412.
- при узкомъ тазѣ 372.
- условія для наложенія 412.

Эклампсія 222.

- анатомія 225.
- леченіе 230.
- операціи 226.
- статистика 226.

Эпстирпація матки при кесарскомъ сѣченіи 376.

- сепсисъ 457.

Экхимозы 352, 410.

Эмболія 442.

- легкихъ 445.

Эмфизема подкожная 406.

- при разрѣзѣ матки 419.

Эпидемія родильной горячки 440.

Эпилепсія 204.

Эрготинъ 459.

Эфиръ подкожно 438.

Эхинококкъ 264.

Ядро окостенѣнія въ эпифизѣ 20. 66.

Яйцевыя оболочки 26.

- заболѣванія 273.

- остатки 80.

- отрывы 71.

- чрезмѣрныя прикрѣпленія 389.

Яйцо внѣдреніе 26.

- миграія 267.

Яичникъ 14, 15.