

akusher-lib.ru

Т 8
37

КУРСЪ АКУШЕРСТВА.

ЛЕКЦІИ,

ЧИТАНЫЯ

ВЪ ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТЪ.

Профессора **В. М. Флоринскаго.**



КАЗАНЬ.
Типографія Императорскаго университета.
1888.

37

По опредѣленію медицинскаго факультета Императорскаго Казанскаго университета печатать дозволяется, 12 ноября 1831 г.

Деканъ И. Гвоздезь.

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Издаваемый мною Курсъ Акушерства печатается по просьбѣ моихъ слушателей, какъ учебное руководство. Эта цѣль опредѣляетъ его содержаніе и форму изложенія. Такъ какъ учебникъ долженъ служить только для облегченія усвоенія читаннаго и демонстрированнаго на лекціяхъ, то я старался изложить его по возможности кратко, отмѣчая только основныя положенія науки и не касаясь многихъ частныхъ, разъясняемыхъ на лекціяхъ и въ клинической практикѣ. По той же причинѣ я не помѣщаю въ руководство ни одного рисунка. При теоретическомъ изложеніи Акушерства рисунки замѣняются демонстраціею препаратовъ и упражненіями на фантомѣ. Поэтому, кто посѣщаль лекціи и клинику, для того рисунки въ учебникѣ не существенно нужны. Между тѣмъ они возвысили бы цѣну руководства, которое я желалъ сдѣлать наиболѣе доступнымъ для скромныхъ средствъ большинства учащихся.

Изъ полнаго курса Акушерства въ настоящій выпускъ не вошли только послѣродовыя болѣзни и оперативная часть. Эти отдѣлы, которые я не успѣлъ обработать въ настоящемъ году, могутъ быть изданы въ будущемъ году, во второмъ выпускѣ, если окажется въ этомъ потребность.

Казань 1883 года
16 февраля.



LIBRARY OF THE

akusherlib.ru

1883 год
19 февраля

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ВВЕДЕНИЕ.

Стр.
1.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ АКУШЕРСКОЙ НАУКИ.

ОТДѢЛЪ ПЕРВЫЙ.

Беременность.

А) ОБЪ ИЗМѢНЕНИЯХЪ, ПРОИСХОДЯЩИХЪ ВЪ ОРГАНИЗМЪ ЖЕНЩИНЫ ВСЛѢДСТВІЕ БЕРЕМЕННОСТИ.

1) Измѣненія въ половыхъ органахъ	4.
а) Измѣненія матки	—
б) Измѣненія въ смежныхъ съ маткою органахъ: широкия связки, яичники, круглыя связки, рукавъ, груди.	16.
2) Вліяніе беременной матки на брюшныя стѣнки и внутренности	20.
3) Перемѣны во всемъ организмѣ беременныхъ (нервная и кровеносная система, общее питаніе и пищеварительные органы, мочеотдѣленіе, измѣненія на кожѣ; отношеніе беременности къ нѣкоторымъ болѣзнямъ)	21.

В) ОБЪ ИЗМѢНЕНИЯХЪ, ПРОИСХОДЯЩИХЪ ВЪ ОПЛОДОТВОРЕННОМЪ ЖЕНСКОМЪ ЯИЧКѢ.

1) Кожистая оболочка	27.
2) Водная оболочка	28.
3) Желточный или пупочный пузырь	—
4) Allantois	29.
5) Околоплодная жидкость	—
6) Плацента.	32.
7) Пупочный канатикъ.	39.

С) Утробный плодъ.

1) Видоизмѣненія плода въ различные періоды беременности.	41.
2) Зрѣлый утробный младенецъ	44.

VI

3) Положеніе и членорасположеніе плода въ маткѣ	48.
4) Питаніе плода въ утробѣ матери	55.
5) Отдѣленія въ тѣлѣ утробнаго младенца	57.
6) Проявленіе жизни плода во время беременности: а) дви- женіе, б) сердцебіеніе, в) шумы пупочнаго канатика	59.

Д) О ПРИЗНАКАХЪ БЕРЕМЕННОСТИ.

а) Признаки беременности въ первой ея половинѣ:	65.
1) Признаки, относящіеся къ перемѣнамъ во всемъ организмѣ.	68.
2) Мѣстные признаки, относящіеся къ половой системѣ	69.
б) Признаки беременности во второй половинѣ:	
1) Сердцебіеніе младенца	73.
2) Маточный шумъ	74.
3) Движеніе младенца	76.
4) Ощупываніе плода чрезъ брюшные покровы, или чрезъ рукавъ.	77.
в) Обстоятельства затрудняющія распознаваніе беременности.	78.
г) Опредѣленіе многоплодной беременности	81.
д) Отличіе первой беременности отъ послѣдующихъ	—
е) Опредѣленіе жизни и смерти утробнаго плода.	83.

Е) Продолжительность беременности и вычисленіе срока родовъ.	84.
---	-----

Ф) Гигіена и діететика беременныхъ.	87.
---	-----

ОТДѢЛЪ ВТОРОЙ.

О родахъ.

Общія понятія о родахъ	93.
----------------------------------	-----

А) Родовыя силы и общій характеръ родоваго процесса.

а) Общій характеръ родовыхъ силъ	94.
б) Пути для возбужденія маточныхъ сокращеній. Причины наступленія родовъ	101.
в) Признаки наступленія родовъ	103.
г) Раздѣленіе родовъ на періоды	105.
д) Общій характеръ теченія родовъ	106.
е) Условія нормальныхъ родовъ	109.
ж) Положеніе младенца при родахъ	111.

В) МЕХАНИЗМЪ ПРОХОЖДЕНІЯ МЛАДЕНЦА ЧЕРЕЗЪ КАНАЛЬ ТАЗА.

а) Общія правила поступательнаго движенія плода	115.
б) Механизмъ родовъ при черепныхъ положеніяхъ	118.

VII

- в) Механизмъ родовъ при лицевыхъ положеніяхъ . . . 121.
г) Механизмъ родовъ при ягодичныхъ положеніяхъ . . . 123.

С) ОПРЕДѢЛЕНІЕ ПОЛОЖЕНІЙ МЛАДЕНЦА ПРИ РОДАХЪ. 125.

Д) ПРЕДСКАЗАНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ХОДА РОДОВЪ ПРИ
РАЗЛИЧНЫХЪ ПОЛОЖЕНІЯХЪ МЛАДЕНЦА . . . 132.

Е) Роды двойнями . . . 135.

Ф) ПОСОБІЯ ПРИ НОРМАЛЬНЫХЪ РОДАХЪ: . 137.

выборъ помѣщенія, положеніе роженицы, уходъ за роженицей, употребленіе хлороформа при нормальныхъ родахъ, поддержаніе промежности, поперечные подрѣзы на большихъ губахъ, принятіе младенца, освобожденіе послѣда, нѣкоторыя особенности ухода за роженицею при различныхъ положеніяхъ плода

ОТДѢЛЪ ТРЕТІЙ.

Послѣродовой періодъ.

А) О ПЕРЕМѢНАХЪ ВЪ ОРГАНИЗМѢ РОДИЛЬНИЦЫ.

- а) Обратныя послѣродовыя измѣненія въ половыхъ частяхъ. 162.
б) Измѣненія въ общемъ состояніи организма родильницы. 172.

В) УХОДЪ ЗА РОДИЛЬНИЦЕЮ И НОВОРОЖДЕННЫМЪ МЛАДЕНЦЕМЪ. 177.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ АКУШЕРСТВА.

ОТДѢЛЪ ПЕРВЫЙ.

Патологія беременности.

А) БОЛѢЗНИ БЕРЕМЕННЫХЪ ВНѢ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ.

- Тифъ, возвратная горячка и острья лихорадочныя сыпи . . . 188.
Холера, перемежающаяся лихорадка. 189.
Желтуха, хроническія болѣзни сердца. 190.
Болѣзни легкиихъ 193.
Гидремія и анэмія 194.
Расширеніе венъ (varices) 196.
Сифилисъ 196.
Чреамѣрная рвота. 198.

VIII

В) БОЛѢЗНИ И НЕПРАВИЛЬНОСТИ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ У БЕРЕМЕННЫХЪ.

1) Неправильности въ положеніи матки	200.
а) Наклоненіе матки впередъ	200.
б) Наклоненіе и искривленіе матки назадъ, ущемленіе	201.
в) Выпаденіе матки и грыжа	206.
2) Разрывы, ушибы и растяженіе матки	209.
3) Гипертрофія влагалищной части	211.
4) Новообразованія въ беременной маткѣ: фиброміома, ракъ	212.
5) Воспаленіе брюшиннаго покрова матки и сращения	214.
6) Опухоли яичника	215.
7) Болѣзни рукава	218.

С) БОЛѢЗНИ ПЛОДНАГО ЯЙЦА.

1) Внѣматочная беременность	220.
2) Предлежащее дѣтское мѣсто	236.
2) Преждевременное отдѣленіе нормально сидящей плаценты	245.
4) Заносъ пузырчатый и мясистый	249.
5) Выкидышъ	254.
6) Неправильности развитія и болѣзни плаценты	267.
7) Аномаліи пупочнаго канатика	272.
8) Аномаліи плодныхъ оболочекъ и околоплодной жидкости (hydramnion)	275.
9) Болѣзни плода во время беременности	278.
10) Умираніе плода въ утробѣ матери	283.

ОТДѢЛЪ ВТОРОЙ.

П а т о л о г і я р о д о в ъ .

А) НЕПРАВИЛЬНОСТИ РОДОВЫХЪ ПУТЕЙ.

1) Затрудненія родовъ со стороны женскаго таза: описаніе неправильныхъ тазовъ. распознаваніе ихъ, вліяніе на механизмъ родовъ и на жизнь плода и матери	287.
2) Затрудненія родовъ со стороны мягкихъ родовыхъ путей: стенозы и сращенія шейки и рукава	314.

В) НЕПРАВИЛЬНОСТИ РОДОВЫХЪ СИЛЪ.

1) Слишкомъ слабыя потуги	316.
2) Слишкомъ сильныя потуги и неожиданныя роды	321.
3) Судорожныя потуги	323.

IX

С) Затруднения родовъ со стороны плода.

- 1) Ненормальная величина и форма плода, головная водянка, опухоли, сросшіея двойни, уродливости, гнилой плодъ 326.
- 2) Ненормальное (поперечное) положеніе плода 334.

D) Опасныя осложненія родовъ.

- 1) Эклампсія 343.
- 2) Разрывы и прободенія родового канала
- а) Разрывъ матки 357.
- б) Протираніе и разрывы влагалищной части матки и рукава. 366.
- в) Разрывы промежности 370.
- г) Разрывы подкожныхъ и подслизистыхъ сосудовъ рукава и наружныхъ половыхъ частей (гематома рукава и вульвы). 374.
- 3) Осложненія со стороны послѣда.
- а) Выпаденіе пуповины. 377.
- б) Задержаніе послѣда. 381.
- 4) Маточныя кровотеченія послѣ рожденія ребенка. 388.
- 5) Выворотъ матки. 394.

akusher-lib.ru

ВВЕДЕНИЕ.

Въ процессѣ размноженія рода человѣческаго природа возложила на женщину всю тяжелую сторону этого физиологическаго отправленія. Здѣсь мы видимъ совершенно неравномѣрное распределеніе физиологическихъ ролей: мужчинѣ досталась легкая роль половаго наслажденія, женщинѣ вся тяжесть беременности и родовыя муки.

Женщина по самой природѣ и назначенію своему обречена вѣносить плодъ въ своей утробѣ, родить его и вскормить собственною грудью. При выполненіи этой задачи въ организмѣ женщины являются такія существенныя особенности, какихъ нѣтъ, если можно такъ выразиться, въ обыденной физиологической жизни человѣческаго организма. Во время беременности выступаетъ на первый планъ новая, временно-существующая, физиологическая жизнь, сосредоточенная въ маткѣ; спеціальнымъ изученіемъ этой жизни занимается отдѣльная наука—акушерство.

Акушерство или родовспомогательная наука происходитъ отъ французскаго слова: *accoucher* рожать; слѣд. въ букввальномъ смыслѣ оно имѣетъ предметомъ своимъ роды и пособія при нихъ. Такое опредѣленіе, однакоже, было бы далеко не точно. Роды составляютъ только часть этого предмета, въ практическомъ отношеніи самую существенную, но не единственную. Акушерство, какъ наука, обнимаетъ собою всю физиологическую и патологическую сторону жизни беременной женщины, на сколько она касается беременности. Слѣдовательно оно имѣетъ предметомъ своимъ изучить не только самые роды, но и всѣ тѣ измѣненія, которыя происходятъ въ организмѣ женщины, начиная отъ зачатія и кончая обратнымъ развитіемъ матки послѣ родовъ. Въ силу такого опредѣленія, акушерство, естественно, распадается на три главныхъ отдѣла: первый будетъ заключать въ себѣ ученіе о беременности, второй о родахъ, третій о послѣродовомъ состояніи.

Такъ какъ акушерство есть отрасль практической медицины, и при изученіи его главнымъ образомъ имѣется въ виду приоб-

рѣсти опытность для доставленія медицинскаго пособія беременнымъ, рождающимъ и родившимъ женщинамъ, потому въ курсъ этой науки должна входить не только физиологія беременнаго состоянія, но и всѣ тѣ практическіе выводы, которые мы можемъ сдѣлать, на основаніи физиологическаго изученія, въ пользу беременной женщины. Физиологическая почва для акушера должна служить только средствомъ для точнаго пониманія всѣхъ явленій беременности и родовъ и для разумнаго примѣненія практическихъ пособій. Поэтому всякій физиологическій фактъ въ акушерствѣ долженъ имѣть цѣну не только самъ по себѣ, но и по степени его примѣнимости къ акушерской практикѣ, почему и долженъ быть освѣщенъ именно съ этой стороны.

Въ видахъ чисто практическихъ цѣлей при изученіи акушерства необходимо усвоить себѣ самыя точныя знанія не только физиологіи беременности и родовъ, но и всѣхъ болѣзненныхъ проявленій этого состоянія, съ показаніемъ средствъ и способовъ для устраненія такихъ неправильностей. Число этихъ отклоненій, случающихся при беременности, родахъ и послѣродовомъ состояніи, такъ велико и знаніе ихъ для практическаго акушера такъ важно, что въ курсѣ акушерства патологическій отдѣлъ долженъ занимать самую существенную часть. Это и есть именно тотъ отдѣлъ, который будетъ составлять главное поприще дѣятельности практическаго акушера, такъ какъ нормальная беременность и нормальные роды требуютъ весьма мало активнаго пособія и это пособіе къ тому же въ большинствѣ случаевъ такъ просто, что оно обыкновенно предоставляется однѣмъ акушеркамъ.

Такимъ образомъ весь курсъ акушерской науки долженъ быть раздѣленъ на двѣ части: *физиологическую* и *патологическую*. Въ первой будетъ изложено все, что относится до *нормальной беременности, родовъ* и *послѣродоваго состоянія*, а во второй всѣ болѣзни и неправильности, встрѣчающіяся у *беременныхъ, роженицъ* и *родильницъ*.

Физиологическую часть обыкновенно принято начинать съ описанія женскихъ половыхъ органовъ и ихъ отправленій (анатомія и гистологія женскихъ половыхъ органовъ, мѣсячныя очищенія, оплодотвореніе); но этотъ отдѣлъ мы опускаемъ съ одной стороны потому, что онъ въ строгомъ смыслѣ выходитъ изъ предѣловъ акушерства, съ другой — потому, что этотъ отдѣлъ подробно изложенъ въ другомъ моемъ сочиненіи „*Введеніе въ Гинекологию*“ (Спб. 1869 г. стр. 206—394).

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ АКУШЕРСКОЙ НАУКИ.

ОТДѢЛЪ ПЕРВЫЙ.

БЕРЕМЕННОСТЬ.

§ 1. *Беременностью* (graviditas) называется такое состояніе женщины, при которомъ въ ея организмѣ, вслѣдствіе зачатія, развивается до извѣстной степени зрѣлости новый индивидуумъ. Продолженіе беременности нужно считать со дня зачатія до тѣхъ поръ, пока плодъ находится въ полости матки. Слѣдовательно беременность въ собственномъ смыслѣ этого слова оканчивается не съ наступленіемъ, а съ окончаніемъ родовъ. Впрочемъ, по важности этого послѣдняго акта, принято считать его не отдѣльнымъ фазисомъ беременности, а самостоятельнымъ процессомъ, которымъ разрѣшается беременность. Такимъ образомъ при изученіи беременности будетъ обращено вниманіе только на тѣ явленія, которыми сопровождается развитіе въ полости матки плоднаго яйца, со дня зачатія до наступленія утробной зрѣлости младенца. Эти явленія обнаруживаются какъ въ общемъ организмѣ беременной женщины, такъ въ особенности въ ея половыхъ органахъ.

А) Объ измѣненіяхъ, происходящихъ въ организмѣ женщины вслѣдствіе беременности.

§ 2. Самыя существенныя перемѣны во время беременности должны происходить въ маткѣ, потому что эта послѣдняя служитъ органомъ для воспріятія оплодотвореннаго яйца, мѣстомъ его развитія и средствомъ для изгнанія его наружу. Для всѣхъ этихъ цѣлей въ маткѣ должны быть развиты во время беременности соотвѣтствующія условія. Ругавъ матки и наружныя половыя части, представляя собою каналъ для выхода младенца, точно также должны испытывать во время беременности значительныя измѣненія, въ силу которыхъ могла бы явиться возможность для прохожденія младенца чрезъ этотъ, въ небеременномъ состояніи узкій, каналъ. Кромѣ того, беременная матка, увеличиваясь до весьма значительной величины, неизбѣжно должна механически

ки вліять на прилегаючіє къ ней органы таза и брюшной полости. Наконецъ, беременная матка, сосредоточивая въ себѣ, въ теченіи 9 мѣсяцевъ, значительную часть растительной жизнедѣятельности организма, естественно вызываетъ этимъ болѣе или менѣе существенное измѣненіе во всемъ организмѣ беременной. Всѣ эти измѣненія, какъ неизбѣжное послѣдствіе беременности, должны составить первый предметъ для спеціального акушерскаго изученія.

1) Измѣненія въ половыхъ органахъ.

§ 3. а) *Измѣненія матки.* Матка во время беременности измѣняется въ формѣ, величинѣ и строеніи, не только по наружному виду, но и во всѣхъ ея элементахъ и тканяхъ. Главный характеръ этихъ измѣненій состоитъ въ разрастаніи элементовъ, что преимущественно выражается на мышечномъ слоѣ, такъ какъ мышечныя стѣнки матки должны увеличиться въ сильной степени, чтобы дать возможность образованія объемистой полости матки, соотвѣтственно помѣщающемуся здѣсь плодному яйцу, и пріобрѣсти значительную мышечную силу, необходимую для изгнанія плода. Если сравнить беременную матку съ небеременной, то между ними замѣтимъ громадную разницу въ формѣ и величинѣ, что главнымъ образомъ обусловливается растяженіемъ полости и разрастаніемъ мышечнаго слоя. Въ небеременной маткѣ продольный размѣръ ея полости имѣетъ около 3", наибольшій поперечный около 1½", прямой около 1"; во время же беременности первый размѣръ достигаетъ до 14", второй до 10", третій до 6½". Полость беременной матки увеличивается болѣе чѣмъ въ 500 разъ, а всѣхъ ея болѣе 24 разъ сравнительно съ обыкновеннымъ состояніемъ. Толщина маточныхъ стѣнокъ во время беременности прибываетъ неодинаково; толще всего онѣ бывають на днѣ и въ тѣлѣ, гдѣ достигаютъ иногда около 1" толщины (послѣ опорожненія матки, тотчасъ послѣ родовъ), и затѣмъ, чѣмъ ближе къ наружному маточному рыльцу, тѣмъ толщина ихъ дѣлается меньше.

Съ увеличеніемъ мышечныхъ волоконъ матки начинаютъ явственнѣе обозначаться въ ней мышечные слои и отдѣльные пучки (мышцы), разнообразно между собою переплетенные, но удерживающіе тотъ же анатомическій типъ расположенія, какъ и въ маткѣ небеременной. Наружный подсерозный мышечный слой представляетъ собою сѣть крупныхъ мышечныхъ полосъ, идущихъ съ нижняго конца задней поверхности тѣла, оплетающихъ дно и опускающихся по передней стѣнкѣ до границы маточной шейки. Такія же полосы идутъ и въ косвенномъ направленіи, сгущаясь около верхнихъ угловъ матки и отдавая

часть своихъ концовъ въ круглыя маточныя связки. Въ переплетаніи съ ними находятся круговыя мышечныя кольца, опоясывающія матку кругомъ. Этотъ наружный слой мышцъ, отличающихся большою длиной и толщиной, нежели въ остальныхъ слояхъ, повидимому имѣеть главное значеніе выталкивающей силы. Средній слой, наиболѣе значительный по толщинѣ, имѣеть другое расположеніе мышечныхъ пучковъ. Эти послѣдніе здѣсь короче, чѣмъ въ наружномъ слоѣ, но за то гораздо многочисленнѣе и сложнѣе переплетены между собой. Между ихъ пучками проходятъ многочисленныя вены и синусы матки такимъ образомъ, что мышечныя волокна тѣсно сливаются съ сосудистыми стѣнками и во многихъ случаяхъ окружаютъ ихъ въ видѣ сфинктеровъ. Главнѣйшее физиологическое значеніе этого слоя по всей вѣроятности связано съ процессомъ родового подготовленія половыхъ путей (изглаживаніе шейки, раскрытіе маточнаго рыльца), регулированія кровообращенія въ маткѣ и установленія положенія младенца. Кромѣ наружнаго и средняго слоевъ, въ маткѣ различаютъ третій мышечный слой—подслизистый или внутренній. Въ немъ явственнѣе всего обозначаются кольцеобразныя мышцы, идущія вокругъ отверстій матки (внутренняго маточнаго рыльца и устья фаллопиевыхъ трубъ), и продольный трехугольный лоскутъ, направляющійся по длинѣ матки и обращенный верхушкою книзу. Кромѣ того въ этомъ же слоѣ находятся многочисленные, мелкіе мышечные пучки, переплетенные между собою въ видѣ сложной ткани.

Мышцы матки во время беременности увеличиваются не въ числѣ, а въ объемѣ каждаго мышечнаго пучка, въ связи съ удлиненіемъ и утолщеніемъ каждаго мышечнаго волокна. Этотъ ростъ, начавшись съ первыхъ дней зачатія, продолжается въ теченіе всей беременности, такъ что мышечное волокно (пучекъ) девятимѣсячной беременной матки будетъ значительно больше, нежели то же волокно матки 2—3 мѣсячной или семимѣсячной. Слѣдовательно для полнаго выростанія мышцы, до предѣла ея естественнаго роста, требуется тотъ же срокъ, который необходимъ для созрѣванія плода.

По мѣрѣ мышечнаго развитія матки, стѣнки ея начинаютъ легче реагировать на всякое раздраженіе. Поэтому въ теченіи беременности мышцы не остаются въ безусловно недѣятельномъ состояніи. Нѣкоторыя ихъ пучки своимъ сокращеніемъ регулируютъ маточное кровообращеніе, другіе содѣйствуютъ установленію положенія плода, соотвѣтственно формѣ маточной полости, третьи готовятъ родовыя пути (постепенное растяженіе канала маточной шейки и изглаживаніе влагалищной части). Большая часть этихъ сокращеній остается незамѣтною для беремен-

ной, не сопровождался болью и не вызывая видимых измѣненій въ формѣ и плотности матки, — но въ нѣкоторыхъ случаяхъ сокращенія могутъ достигать такой степени, что вызываютъ явственное напряженіе матки.

Кромѣ разрастанія мышечныхъ волоконъ, во время беременности увеличиваются и другіе элементы маточныхъ стѣнокъ. Соединительная ткань, находящаяся между мышечными пучками, разрастается и дѣлается рыхлѣе. Сосуды матки не только увеличиваются въ объемѣ до весьма значительныхъ размѣровъ, но и увеличиваются въ числѣ, образуясь вновь. Колоссальное развитіе сосудовъ особенно происходитъ на томъ мѣстѣ маточной стѣнки, противъ котораго прикрѣпляется плацента. Здѣсь сосуды не рѣдко достигаютъ величины толстаго гусиного пера, даже мизинца. Точно также въ беременной маткѣ разрастаются нервы и лимфатическіе сосуды; напр. ganglion cervicale, имѣющее въ небеременномъ состояніи $\frac{3}{4}$ " длины и $\frac{1}{2}$ " ширины, во время беременности достигаетъ 2" длины и $1\frac{1}{2}$ " ширины.

§ 4. Въ прежнее время думали, что увеличеніе беременной матки происходитъ отъ механическаго растяженія полости этого органа развивающимся плоднымъ яйцомъ. Само собою разумѣется, что такое мнѣніе не имѣетъ никакого основанія, потому что ему противорѣчатъ прямыя цифры измѣренія и взвѣшиванія. Кромѣ того, увеличеніе матки, подъ вліяніемъ беременности, замѣчается безъ всякаго растяженія полости, напр. въ теченіи первыхъ мѣсяцевъ, когда плодное яйцо еще слишкомъ мало и нѣжно, или при внѣматочной беременности, когда полость матки совершенно пуста.

Впрочемъ, въ послѣднихъ мѣсяцахъ беременности матка прибываетъ въ объемѣ и вслѣдствіе растяженія ея быстро разрастающимся плоднымъ яйцомъ. Доказательство этому можно видѣть въ томъ, что подъ конецъ беременности маточныя стѣнки дѣлаются тоньше, нежели въ первыхъ мѣсяцахъ, и только послѣ опороженія матки онѣ сокращаются и получаютъ значительную толщину. Это растяженіе однако же нисколько не говоритъ противъ разрастанія элементовъ.

Примѣч. Разрастаніе мышцъ беременной матки принято называть гипертрофіею; но это не совсѣмъ точно. Подъ словомъ гипертрофія понимаютъ ненормальное, болѣзненное разрастаніе элементовъ, чего къ мышцамъ матки отнести нельзя, такъ какъ онѣ во время беременности достигаютъ только своего нормальнаго роста, а до беременности находились, если такъ можно выразиться, въ недоразвитомъ состояніи.

§ 5. вмѣстѣ съ измѣненіемъ вѣса и величины измѣняется форма и положеніе беременной матки. Вскорѣ послѣ зачатія матка начинаетъ мало по малу округляться, передне-задній раз-

мѣръ ея увеличивается, вслѣдствіе чего она постепенно теряет форму сплюснутой груши и мало по малу получаетъ форму яйцевидную. Округленіе матки начинается прежде всего съ верхняго ея отдѣла и постепенно распространяется внизъ, такъ что нижній отрѣзокъ начинаетъ растягиваться только съ 6-го или 7-го мѣсяца. *

Въ первые три мѣсяца измѣненія формы матки бывають выражены преимущественно въ днѣ и тѣлѣ. Нижняя часть тѣла матки и маточная шейка въ это время не принимаютъ еще большаго участія въ измѣненіяхъ. Поэтому 2—3 мѣсячная матка имѣетъ видъ тѣла, вверху закругленнаго на подобіе шара (величиною въ кулакъ взрослога человѣка), а въ нижнемъ своемъ отрѣзкѣ сохраняющаго еще грушевидную форму. Такъ какъ въ это время верхній отдѣлъ матки растетъ быстрѣе нижняго и дѣлается значительно тяжелѣе, то вслѣдствіе этого происходитъ измѣненіе въ положеніи матки. Въ большей части случаевъ она наклоняется *впередъ* такъ, что передняя стѣнка ея прилегаетъ къ переднему своду влагалища, отъ чего она легко можетъ быть ощупываема пальцемъ при внутреннемъ изслѣдованіи. При одновременномъ ощупываніи снаружи, чрезъ брюшныя стѣнки, точно также оказывается легко доступною для осязанія и задняя стѣнка, вслѣдствіе чего легко опредѣляется увеличенный передне-задній размѣръ матки. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, преимущественно у тѣхъ женщинъ, которыя до беременности страдали наклоненіемъ или искривленіемъ матки назадъ, этотъ органъ и послѣ зачатія, до 3—3½ мѣсяцевъ, сохраняетъ такое неправильное положеніе. При этомъ матка, въ видѣ эластическаго шара, выпячиваетъ задній сводъ, наполняя верхнюю часть крестцовой впадины. Ощупываніе передней стѣнки (слѣд. опредѣленіе прямаго размѣра) въ этомъ случаѣ достигается труднѣе, а иногда бываетъ совершенно невозможно. Наклоненія матки въ первыхъ мѣсяцахъ беременности иногда принимаютъ видъ искривленій (*flexio*) съ явственнымъ угломъ при переходѣ тѣла въ шейку.

Беременная матка продолжаетъ увеличиваться и подниматься вверхъ съ извѣстною, правильною послѣдовательностію. На 3 мѣсяцѣ наклоненное дно ея прощупывается пальца на два выше лоннаго соединенія. На 4-мъ мѣсяцѣ физиологическое наклоненіе матки мало по малу начинаетъ сглаживаться, вслѣдствіе чего, и отъ увеличенія роста, дно ея поднимается значительно выше, занимая средину подчревной области (*hypogastrii*), между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ. Начиная съ 5-го мѣсяца ростъ матки прибываетъ еще быстрѣе. Къ концу этого мѣсяца дно ея

лежитъ пальца на два ниже пупка, въ концѣ 6-го мѣсяца на уровнѣ пупка, 7 мѣсяца на два пальца выше пупка, 8 мѣсяца между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ; къ 9-ти мѣсяцамъ дно матки подходитъ подъ ложныя ребра, а на 10-мъ (лунномъ) мѣсяцѣ снова опускается пальца на два ниже. Пониженіе матки на послѣднемъ мѣсяцѣ происходитъ отъ растяженія нижняго ея отдѣла (каналъ маточной шейки) и опусканія вслѣдствіе этого ребенка глубже во входъ таза. Отчасти этому содѣйствуетъ и наклоненіе матки впередъ вслѣдствіе сильнаго растяженія брюшныхъ стѣнокъ и (можетъ быть) сокращенія круглыхъ связокъ.

Начиная съ половины беременности, нижняя часть живота у женщины представляетъ уже нѣкоторую выпуклость отъ начинающагося растяженія брюшныхъ стѣнокъ. При дальнѣйшемъ ростѣ беременной матки выпуклость эта дѣлается замѣтнѣе, даже черезъ платье. Это происходитъ отъ того, что центръ тяжести беременной матки помѣщается спереди таза, слѣдовательно при вертикальномъ положеніи беременной женщины матка имѣетъ точку опоры на передней брюшной стѣнкѣ. При горизонтальномъ положеніи на спинѣ матка покоится на позвоночникѣ, вслѣдствіе чего напряженіе брюшныхъ стѣнокъ нѣсколько уменьшается. При полусидячемъ и полулежащемъ положеніи, когда плоскость тазоваго входа приводится въ горизонтальное положеніе, матка въ полости живота стоитъ отвѣсно. По отношенію къ средней линіи живота беременная матка рѣдко занимаетъ середину его полости, а большею частію бываетъ слегка отклонена вправо или влѣво (чаще вправо) и въ этомъ же направленіи нѣсколько повернута около продольной своей оси, такъ что лѣвый край ея выдается больше впередъ, чѣмъ правый. Это зависитъ отъ выстоянія позвоночнаго столба и большого противодействія въ стѣнкахъ живота по бѣлой линіи, чѣмъ съ боковъ, вслѣдствіе чего одна боковая область живота бываетъ растянута нѣсколько больше другой. Наклоненіе матки вправо или влѣво зависитъ также отъ привычнаго положенія беременной, причемъ матка, какъ органъ подвижный, легче склоняется на ту сторону, на которой чаще покоится беременная женщина.

§ 6. *Полость матки* начинаетъ измѣняться послѣ вступленія сюда плоднаго яйца. По мѣрѣ разрастанія послѣдняго, и въ особенности при накопленіи въ плодномъ пузырьѣ околоплодной жидкости, полость матки постепенно расширяется сверху внизъ, при чемъ передняя и задняя стѣнки, до того времени соприкасавшіяся между собою, болѣе и болѣе удаляются другъ отъ друга. Начиная съ второй половины беременности, особенно съ 6-го или 7-го мѣсяца, происходитъ такое же расширение и въ нижнемъ отрѣзкѣ. Это расширение точно также идетъ постепенно свер-

ху внизъ, при чемъ въ составъ растянутой полости матки постепенно входитъ болѣе и болѣе растягивающійся каналъ маточной шейки. Такъ какъ каналъ маточной шейки, постепенно растягиваясь сверху внизъ, окончательно входитъ въ составъ полости матки только въ самомъ концѣ беременности, то и маточная шейка, укорачиваясь въ теченіи послѣднихъ мѣсяцевъ съ известною постепенностью, окончательно сглаживается только предъ самыми родами. Въ это время какъ наружный видъ матки, такъ и форма маточной полости принимаютъ форму овоида.

Размѣры матки въ отдѣльныхъ мѣсяцахъ беременности, по изслѣдованіямъ *Фарра* и *Таннера*, представляются въ слѣдующемъ видѣ.

	длина	ширина	глубина (передне-задній размѣръ).
Конецъ 3-го календарнаго мѣсяца	4 $\frac{1}{2}$ —5"	4"	3"
" 4	" "	5 $\frac{1}{2}$ —6"	4"
" 5	" "	5—7"	5"
" 6	" "	8—9"	6 $\frac{1}{2}$ "
" 7	" "	10—11"	7 $\frac{1}{2}$ "
" 8	" "	11—12"	8"
" 9	" "	12—14"	9 $\frac{1}{2}$ "

Изъ этой таблицы видно, что до половины беременности матка увеличивается въ длину приблизительно на одинъ дюймъ въ мѣсяць; послѣ пяти мѣсяцевъ она прибавляется болѣе чѣмъ на два дюйма въ мѣсяць; послѣ семи мѣсяцевъ ростъ ея снова нѣсколько уменьшается (до 1—1 $\frac{1}{2}$ " въ мѣсяць); такъ какъ въ это время не столько увеличивается весь органъ, сколько расширяется его полость на счетъ растягивающейся маточной шейки.

Приведенные размѣры поперечника и глубины матки до 5—6 мѣсяцевъ относятся къ верхнему отрѣзку, такъ какъ нижній отрѣзокъ въ это время не принимаетъ еще полного участія въ расширеніи маточной полости. Въ теченіи всей беременности продольный размѣръ матки остается преобладающимъ; за нимъ по величинѣ слѣдуетъ поперечный (ширина) и затѣмъ, самый короткій—передне-задній (глубина). Такое отношеніе размѣровъ полости имѣетъ значеніе для объясненія причинъ того или другаго положенія и членорасположенія плода въ полости матки, какъ результата приспособленія наибольшихъ размѣровъ перваго къ соответствующимъ размѣрамъ послѣдней.

Растяженіе канала маточной шейки должно быть разсматриваемо не какъ результатъ механическаго давленія со стороны плоднаго яйца, а какъ процессъ мышечной дѣятельности матки во время беременности, точно также, какъ и раскрытіе маточнаго рывца. Постепенно растягивающійся каналъ маточной

шейки представляет видъ воронки, обращенной широкимъ концомъ вверхъ, гдѣ онъ непосредственно переходитъ въ полость матки. Слѣдовательно, прощупываемая въ послѣднихъ мѣсяцахъ беременности узкая часть этого канала соответствуетъ не внутреннему маточному рыльцу, а тому предѣлу, до котораго каналъ шейки въ данное время растянуть.

§ 7. *Измѣненія маточной шейки.* Маточная шейка принимаетъ значительно менѣе участія въ анатомическихъ измѣненіяхъ подѣ влияніемъ беременности, нежели дно и тѣло матки. Мышечные слои ея хотя тоже подвергаются разрастанію, какъ на днѣ и въ тѣлѣ матки, но въ меньшей степени, вслѣдствіе чего на этомъ участкѣ маточныя стѣнки въ концѣ беременности оказываются значительно тоньше. Ростъ маточной шейки, по видимому, продолжается только до половины беременности, а послѣ того толщина ея мышечнаго слоя не только не прибываетъ, а даже уменьшается подѣ влияніемъ начинающагося растяженія канала. Еще менѣе принимаетъ участія въ измѣненіяхъ слизистая оболочка. Въ каналѣ шейки она не превращается въ отпадающую оболочку, а только сильнѣе набухаетъ, теряетъ рѣснички мерцательнаго эпителия и выдѣляетъ большое количество бѣлообразной слизи изъ своихъ желѣзокъ.

Положеніе и направленіе влагалищной части во время беременности измѣняется соотвѣтственно положенію матки. Такъ какъ матка, начиная съ 2—3 мѣсяца склоняется впередъ, то шейка направляется назадъ, къ задней стѣнкѣ рукава. Въ этомъ положеніи она большею частію остается въ продолженіи всей беременности. Во второй половинѣ, когда матка поднимается на значительную высоту, она естественно увлекаетъ за собою и влагалищную часть, которая въ это время дѣлается менѣе доступною для изслѣдующаго пальца, находясь на уровнѣ верхнихъ крестцовыхъ позвонковъ. При отклоненіи матки въ сторону, шейка, находясь на продолженіи оси органа, направляется къ противоположной сторонѣ рукава. Поэтому въ концѣ беременности отверстіе наружнаго маточнаго рыльца чаще оказывается около верхней части задней стѣнки рукава, нѣсколько влѣво.

Измѣненіе величины и формы влагалищной части въ продолженіи беременности у женщинъ первородящихъ и многорождавшихъ представляетъ нѣкоторую разницу. У первыхъ она имѣетъ видъ гладкаго коническаго соска, нѣсколько разрыхленнаго, съ круглымъ небольшимъ отверстіемъ по срединѣ, окруженнымъ слегка возвышающимися, но ровными губами маточнаго рыльца. Съ 7-го мѣсяца беременности влагалищная часть начинаетъ укорачиваться, а въ концѣ беременности почти совершенно сглаживается, оставляя на своемъ мѣстѣ едва замѣтное коль-

цеобразное возвышеніе, окружающее въ видѣ ободка наружное маточное рыльце, имѣющее въ это время видѣ круглаго углубленія (отверстія) въ гусиное перо величиной, иногда нѣсколько больше.

У *многоорождавшихъ* маточная шейка имѣетъ форму довольно толстаго цилиндрическаго, неуклюжаго соска, съ неровными, припухшими, разрыхленными губами и съ отверстіемъ, нерѣдко пропускающимъ, еще за нѣсколько недѣль до наступленія родовъ, конецъ указательнаго пальца. Укороченіе шейки въ послѣднихъ мѣсяцахъ здѣсь точно также происходитъ съ извѣстною постепенностію, но полнаго изглаживанія маточной шейки у *многоорождавшихъ* обыкновенно не бываетъ. При наступленіи родовъ большею частію можно еще ощущать выдающіяся губы маточнаго рыльца, которыя окончательно изглаживаются только въ теченіи родоваго акта. Раскрытіе канала маточной шейки у *многоорождавшихъ*, какъ было сказано, начинается за нѣсколько времени до родовъ, такъ что предъ наступленіемъ ихъ чрезъ каналъ рыльца удается провести палецъ и непосредственно ощущать плодныя оболочки и предлагающую часть плода.

Еще не такъ давно существовало мнѣніе, что каналъ маточной шейки во время беременности закупоривается помощью особенной слизистой пробки, которая будто бы препятствуетъ прониканію въ матку жидкости и выходитъ изъ шейки только во время родовъ. Эта слизистая пробка, какъ продуктъ выдѣленія желѣзъ маточной шейки, дѣйствительно существуетъ, хотя и не во всѣхъ случаяхъ; но она не дѣлаетъ плотнаго закупориванія шейки. Скопившаяся слизь не препятствуетъ ни проведенію въ полость матки жидкостей, а тѣмъ болѣе плотныхъ тѣлъ, какъ напр. указательнаго пальца, маточнаго зонда и пр., ни истеченію изъ матки скопившагося тамъ жидкаго содержимаго, напр. ложныхъ или истинныхъ водъ, крови и пр. Доказательствомъ этого могутъ служить многочисленные факты изліянія этихъ жидкостей во время беременности, равно какъ и случаи легко производимаго впрыскиванія въ матку, предпринимаемаго съ цѣлію искусственнаго завоинаго выкидыша. Наконецъ отсутствіе вышеупомянутой плотной пробки можно доказать во многихъ случаяхъ у *многоорождавшихъ* непосредственнымъ проведеніемъ въ концѣ беременности черезъ раскрытую шейку указательнаго пальца вплоть до оболочекъ плоднаго пузыря. Еще менѣе имѣетъ основанія то старинное ученіе, по которому прежніе акушеры думали, что матка, вслѣдъ за зачатіемъ, плотно закрывается на все продолженіе беременности и снова открывается только предъ наступленіемъ родовъ. Каналъ маточной шейки послѣ зачатія остается въ дѣйст-

вительности такимъ же, какимъ онъ былъ до того времени, а съ теченіемъ беременности онъ не только не закрывается, а, напротивъ, дѣлается постепенно все шире и шире.

§ 8. *Измѣненіе слизистой оболочки въ беременной маткѣ.* Слизистая оболочка, выстилающая полость матки претерпѣваетъ измѣненія въ самые ранніе сроки послѣ зачатія. Прежде чѣмъ оплодотворенное женское яичко выйдетъ изъ фаллопиевой трубы, внутренняя поверхность матки должна уже быть подготовлена для его воспріятія. Это подготовленіе состоитъ въ усиленномъ притокѣ крови, въ разрастаніи ячеистыхъ элементовъ, въ усиленномъ развитіи желѣзъ, въ разрыхленіи и утолщеніи всего существа слизистой оболочки. Такія измѣненія, существующія въ первые дни послѣ зачатія, напоминаютъ собою подобное же измѣненіе во время менструальныхъ періодовъ. Вслѣдствіе разрыхленія и утолщенія слизистой оболочки, передняя и задняя маточныя стѣнки плотнѣе соприкасаются между собою отъ чего поступающее яичко гораздо легче можетъ удержаться въ верхнемъ отрѣзкѣ матки и присосаться своими ворсинками къ рыхлой поверхности слизистой оболочки. Этому присасыванію, можетъ быть, содѣйствуютъ и расширенныя отверстія увеличенныхъ и густо выступающихъ на поверхности маточныхъ желѣзъ.

Описанныя измѣненія происходятъ только на слизистой оболочкѣ полости матки, не распространяясь ни на маточную шейку, ни на фаллопиевы трубы. Измѣненная слизистая оболочка получаетъ названіе *отпадающей оболочки* (*Membrana decidua*).

Слизистая оболочка матки является въ наукѣ подъ названіемъ отпадающей въ описаніи ея, составленномъ Гунтеромъ въ 1744 г. Она названа отпадающею на основаніи того, что къ концу беременности отживаешь, отстаетъ, отпадаетъ отъ матки и выходитъ вмѣстѣ съ послѣдомъ наружу. Та часть отпадающей оболочки, которая покрываетъ маточныя стѣнки, названа Гунтеромъ настоящей отпадающей оболочкой (*membrana decidua vera*), а та часть, или тотъ отростокъ, которой покрываетъ присосавшееся къ маточной стѣнкѣ плодное яйцо, получила названіе *отвороченной оболочки* (*membrana decidua reflexa*) и, наконецъ, тотъ участокъ отпадающей оболочки, который соотвѣтствуетъ мѣсту прикрѣпленія плоднаго яйца или, другими словами, который впоследствии лежитъ между плацентой и маточной стѣнкой, названъ *запоздалой отпадающей оболочкой* (*membrana decidua serotina*). Такъ какъ Гунтеръ относительно происхожденія отпадающихъ оболочекъ имѣлъ ошибочное понятіе, то и названіе, данное имъ различнымъ отдѣламъ этой оболочки, не соотвѣтствуетъ сущ-

ности дѣла. Тѣмъ не менѣ названія эти привились къ наукѣ и удерживаются до сихъ поръ (1).

Вполнѣ развитая отпадающая оболочка имѣетъ видъ довольно плотной сѣрвовой перепонки въ нѣсколько линій толщины. Впрочемъ, точно опредѣлить толщину ея довольно трудно, потому что она значительно измѣняется, смотря по сроку беременности и по мѣсту, съ котораго берется для измѣренія. Толще всего она на мѣстѣ приерѣпленія плаценты (m. d. serotina) и тоньше всего m. d. reflexa.

Въ теченіи первыхъ трехъ недѣль беременности отпадающая оболочка имѣетъ видъ трехъугольнаго мѣшечка, соответствующаго величинѣ и формѣ полости матки. На широкомъ концѣ ея, обращенномъ къ дну матки, находятся два отверстія по угламъ, величиною въ гусиное перо, соответственно мѣстоположенію устьй фаллопиевыхъ трубъ. Третье отверстие, значительно болѣе широкое, находится на нижнемъ, узкомъ концѣ, противъ внутренняго маточнаго рыльца. Слѣдовательно, не только въ моментъ поступления яичка въ матку, но и нѣкоторое время послѣ того устья фаллопиевыхъ трубъ не бывають затянуты отпадающею оболочкою. Отверстіе на внутреннемъ маточномъ рылцѣ въ *membrana decidua vera* остается во все время беременности. На каналъ маточной шейки, какъ уже сказано, отпадающая оболочка не распространяется. Принимая во вниманіе эти анатомическія данныя, т. е. что матка въ продолженіи первыхъ трехъ недѣль послѣ зачатія не представляетъ герметически замкнутой полости, можно было бы допустить, что въ теченіи этаго срока возможно вторичное оплодотвореніе, если только измѣненная (лишенная мерцательнаго эпителия) слизистая оболочка не препятствуетъ движенію сѣмяни до фаллопиевыхъ трубъ.

(1) Гунтеръ отпадающую оболочку представлялъ какъ вновь образовавшуюся ложную перепонку, которая выстилаетъ всю внутреннюю поверхность матки, не исключая и внутренняго отверстія фаллопиевыхъ трубъ. При вступленіи въ матку оплодотвореннаго яичка эта перепонка, по мнѣнію Гунтера, отдѣляется отъ маточной стѣнки, такъ что яичко помѣщается въ полости матки подъ этимъ отвороченнымъ участкомъ m. deciduae. То мѣсто, гдѣ отвороченная перепонка отстала отъ матки, въ послѣдствіи снова затягивается и такимъ образомъ является запоздавая оболочка. Эрнестъ Гейнрихъ Веберъ (1846 г.) и Шарпи (Sharpey), изслѣдуя отпадающую оболочку, нашли во всѣхъ ея частяхъ маточныя желѣзы, что и послужило несомнѣннымъ доказательствомъ того, что это не вышоть, а разросшаяся слизистая оболочка. Нынѣшній взглядъ относительно образованія и свойства отпадающихъ оболочекъ установленъ Шарпи и въ послѣдствіи подтвержденъ и еще болѣе развитъ Костомъ (Coste).

§ 9. Гистологическія измѣненія слизистой оболочки матки во время беременности состоятъ въ слѣдующемъ: цилиндрической и мерцательный эпителий ея исчезаютъ, маточныя *желѣзы* увеличиваются въ длинѣ и толщинѣ, получаютъ больше изгибовъ, глубже вѣдряются въ подлежащій мышечный слой; полость ихъ расширяется, отдѣленіе увеличивается. Въ теченіи первыхъ двухъ недѣль беременности развитіе желѣзъ бываетъ такъ значительно, что онѣ составляютъ главную часть отпадающей оболочки. Впослѣдствіи въ ней появляются *большія круглыя клетки*, съ ясно обозначенными ядрами и зернистымъ содержимымъ, и веретенообразныя клетки; между ними находится большое количество лимфоидныхъ тѣлъ. Такое измѣненіе слизистой (отпадающей) оболочки дѣлаетъ ее похожею на громадную сѣть лимфатическихъ пространствъ, находящихся въ физиологической связи съ прободающими эту рыхлую ткань многочисленными маточными желѣзами. По такому устройству отпадающей оболочки и по присутствію въ ней большаго количества желѣзъ и сосудовъ можно думать, что физиологическое значеніе ея въ первыя недѣли беременности не ограничивается механическою задачею удержанія яичка въ маткѣ, а стоитъ въ тѣсной связи съ первымъ его питаніемъ. Это подтверждается и тѣмъ фактомъ, что по мѣрѣ формированія спеціального органа для питанія плода (плаценты) отпадающая оболочка, какъ исполнившая свою временную роль, начинаетъ атрофироваться и терять существенныя свои физиологическіе элементы (сосуды и желѣзы).

По изслѣдованіямъ Фридендера въ отпадающей оболочкѣ можно различать два слоя: внутренней, состоящей изъ круглыхъ и веретенообразныхъ ячеекъ, происходящихъ, вѣроятно, изъ соединительной ткани слизистой оболочки, и наружный, содержащій сплюснутыя и разорванныя желѣзы. Капиллярныя сосуды слизистой оболочки тоже значительно увеличиваются въ числѣ и объемѣ, представляя, какъ на поверхности, такъ и въ глубинѣ около желѣзъ густую сосудистую сѣть. Отъ этого отдѣленіе отпадающей оболочки отъ маточныхъ стѣнокъ въ первую половину беременности сопровождается болѣе или менѣе значительнымъ маточнымъ кровечеченіемъ, такъ какъ при этомъ сосуды неизбежно должны разрываться.

§ 10. Отпадающая оболочка въ теченіи беременности не остается въ одномъ и томъ же состояніи. Она имѣетъ временное значеніе до тѣхъ поръ, пока не сформируется плацента, обеспечивающая питаніе плода, послѣ чего отпадающая оболочка теряетъ сосуды и превращается въ отжившую, какъ бы мертвую ткань.

Такія регрессивныя измѣненія прежде всего начинаются съ отвороченной оболочки. По мѣрѣ увеличенія плоднаго яйца, она

все больше растягивается, отодвигается вниз, дѣлается тоньше и наконецъ, когда плодное яйцо займетъ всю полость матки, плотно сливается съ настоящею отпадающею оболочкой и начинаетъ атрофироваться. Уже на третьемъ мѣсяцѣ беременности она истончается до $\frac{1}{2}$ ''' , совершенно теряетъ сосуды, желѣзы и эпителий. Остаются только крупныя ячейки и веретенообразныя элементы, въ которыхъ скоро начинается жировое распадёніе.

Регрессивныя измѣненія въ настоящей отпадающей оболочкѣ наступаютъ нѣсколько позднѣе. Они выражаются тѣмъ, что въ ней начинаютъ запускать и исчезать сосуды и нервы; желѣзы исчезаютъ подъ вліяніемъ давленія со стороны разрастающагося промежуточнаго вещества, и наконецъ къ концу 5-го или 6-го мѣсяца *decidua vera* превращается въ тонкій слой безсосудистой сѣброжелтоватой массы и въ этомъ видѣ остается до конца беременности. Послѣ такихъ измѣненій въ отпадающей оболочкѣ, органическая связь плоднаго яйца съ маткой поддерживается только на томъ участкѣ, гдѣ сформировалась плацента. На этомъ участкѣ сосуды не только не запускать, напротивъ колоссально увеличиваются. Поэтому при отдѣленіи плоднаго яйца отъ маточныхъ стѣнокъ въ этотъ срокъ беременности кровотеченіе можетъ произойти только при нарушеніи цѣлости плаценты, но не отпадающей оболочки.

Та часть слизистой оболочки, которая превратилась въ такъ называемую запоздалую (*decidua serotina*), продолжаетъ существовать долѣ другихъ отдѣловъ. Она не только не увядаетъ, напротивъ начинаетъ разрастаться, проникать между ворсинками кожистой оболочки яйца и служить къ образованію материнской части дѣтскаго мѣста. Подъ конецъ беременности, впрочемъ, и этотъ участокъ отпадающей оболочки, по крайней мѣрѣ съ поверхности, тоже подвергается увяданію, вслѣдствіе чего связь дѣтскаго мѣста съ маткой дѣлается рыхлѣе. Въ запоздалой оболочкѣ активную жизнь до самаго окончанія родовъ продолжаетъ вести только развившаяся изъ капилляровъ, колоссальная сосудистая сѣть, въ формѣ плацентарныхъ синусовъ.

Изъ сказаннаго видно, что отпадающая оболочка имѣетъ значеніе преимущественно въ 1-й половинѣ беременности; въ это время она служитъ для воспріятія, удержанія и защиты вступившаго въ матку нѣжнаго оплодотвореннаго личка. Кромѣ того, въ первое время утробной жизни, отпадающая оболочка, съ ея желѣзами, служитъ для плоднаго яйца единственнымъ источникомъ питанія. Только одна запоздалая оболочка имѣетъ значеніе во все время беременности, такъ какъ изъ нея развивается постоянный органъ—дѣтское мѣсто.

§ 11. б) *Измѣненія въ смежныхъ съ маткою органахъ.* Описанное выше полное видоизмѣненіе ткани (перерожденіе элементовъ) во время беременности наблюдается только въ мышечномъ и слизистомъ слое матки. Остальныя ея части (кромѣ круглыхъ связокъ) и придатки видоизмѣняются въ меньшей степени и характеръ этихъ видоизмѣненій совершенно другой. Брюшинный покровъ матки, широкія связки, яйцепроводы и яичники, рукавъ матки и наружныя половыя части подвергаются не перерожденію, а лишь усиленному питанію, сопровождающемуся увеличеніемъ массы ткани. Такое же повышеніе питанія замѣчается вообще въ нижней части живота, на бедрахъ, въ брюшныхъ стѣнкахъ, въ перепончатыхъ тканяхъ таза. Сверхъ того смежныя и связанныя съ маткою органы по механическимъ условіямъ должны претерпѣвать во время беременности значительныя перемѣны въ своемъ положеніи.

Брюшинный покровъ матки, не играя во время беременности никакой существенной роли, подвергается разрастанію и растяженію лишь на столько, на сколько это нужно, чтобы слѣдовать за быстро увеличивающеюся беременною маткою. Тѣмъ не менѣе и здѣсь мы должны допустить не одно механическое растяженіе, но и гипертрофію, такъ какъ при увеличеніи матки болѣе чѣмъ въ 20 разъ, peritoneum, покрывающій всю ея поверхность, не только не дѣлается тоньше, но даже нѣсколько утолщается сравнительно съ небеременнымъ состояніемъ.

Широкія маточныя связки во время беременности измѣняются вслѣдствіе увеличенія матки. При расширеніи поперечнаго ея діаметра, листки широкихъ связокъ, естественно, должны расходиться и связки укорачиваться. Кромѣ того измѣняется и направленіе связокъ. По мѣрѣ подниманія дна матки къверху, широкія связки, слѣдуя за нимъ, болѣе и болѣе измѣняютъ свое горизонтальное направленіе въ вертикальное. Вены и лимфатическіе сосуды широкихъ связокъ значительно расширяются и получаютъ болѣе извилистое направленіе. Такое измѣненіе сосудовъ стоитъ въ связи съ усиленной жизнедѣятельностью половыхъ органовъ. Въ такомъ же положеніи находятся и *фаллопьевы трубы*: изъ горизонтальнаго онѣ получаютъ косвенное, почти вертикальное направленіе, опускаясь сверху внизъ по боковымъ сторонамъ матки. Въ самомъ существѣ фаллопьевыхъ трубъ измѣненія бывають незначительны: мышечныя стѣнки ихъ нѣсколько утолщаются, слизистая оболочка не превращается въ отпадающую, какъ въ маткѣ, но дѣлается рыхлѣе и нѣсколько толще, представляя усиленную гиперемію и увеличенное отдѣленіе на поверхности.

§ 12. *Яичники* во время беременности подвергаются, хотя и не резко выраженнымъ, но существеннымъ измѣненіемъ. Въ нихъ со дня зачатія пріостанавливается созрѣваніе граафовыхъ пузырьковъ, такъ что въ теченіи всѣхъ 9 мѣсяцевъ функція ихъ прекращается. Доказательство этому представляютъ вскрытія женщинъ, умершихъ въ различные сроки беременности, при чемъ, обыкновенно, не встрѣчается ни зрѣлыхъ, ни только что лопнувшихъ граафовыхъ пузырьковъ. Съ другой стороны каждый пузырекъ, давній мѣсто въ послѣдствіи оплодотворенному яичку, послѣ разрыва подвергается своеобразнымъ измѣненіямъ, идущимъ прогрессивно въ теченіи всей беременности и исчезающимъ только спустя $1\frac{1}{2}$ —2 мѣсяца послѣ родовъ. Эти измѣненія состоятъ въ разрастаніи соединительной ткани изъ внутренней поверхности стѣнокъ граафова пузырька, вслѣдствіе чего образуется на мѣстѣ послѣдняго плотный, фиброзный желвакъ, величиною въ десятикопѣечную серебряную монету. Такихъ желваковъ, извѣстныхъ подъ именемъ настоящего *желтого тѣла* (*corpus luteum verum* s. *gravidarum*) обыкновенно встрѣчается одинъ, или много два, на одномъ или на обоихъ яичникахъ. Въ послѣднемъ случаѣ, т. е. когда встрѣчаются два желтыхъ тѣла, часто бываетъ беременность двойнями или, по крайнѣй мѣрѣ, передъ оплодотвореніемъ было 2 лопнувшихъ граафовыхъ пузырьковъ. Если бы допустить, что во время беременности продолжается созрѣваніе и лопаніе граафовыхъ пузырьковъ, то нужно было бы принять, что каждый изъ нихъ долженъ подвергаться такимъ же пластическимъ измѣненіямъ, слѣд. къ концу беременности желтыхъ тѣлъ мы должны были бы встрѣчать въ яичникѣ очень много. Однако же на дѣлѣ этого никогда не бываетъ. Поэтому мнѣніе тѣхъ акушеровъ, которые допускаютъ созрѣваніе пузырьковъ и во время беременности, нужно считать неосновательнымъ.

Въ связи съ пріостановкой созрѣванія граафовыхъ пузырьковъ и съ измѣненіями на внутренней поверхности матки во время беременности останавливаются мѣсячныя очищенія. Отсутствие ихъ въ это время считается постояннымъ правиломъ, изъ котораго едва ли могутъ быть исключенія. Если и бываютъ иногда примѣры, что у беременныхъ періодически являютъ изъ половыхъ частей кровотеченія, то ихъ слѣдуетъ считать случайными кровотеченіями, но не мѣсячнымъ очищеніемъ. Такія единичныя или повторныя отдѣленія крови, обыкновенно, происходятъ отъ различныхъ патологическихъ измѣненій въ рукавѣ, маткѣ или маточной шейкѣ, но никакъ не могутъ быть сочтены за физиологическій процессъ мѣсячнаго очищенія. Для этого послѣдняго не достаеь самыхъ существенныхъ элементовъ, именно соотвѣт-

ствущаго измѣненія слизистой оболочки матки и созрѣванія граафовыхъ пузырьковъ.

§ 13. *Измѣненія влагалища.* Влагалище во время родовъ играетъ болѣе пассивную, чѣмъ активную роль. Не принимая участія въ изгнаніи младенца (какъ мышечная сила), стѣнки рукава тѣмъ не менѣе должны быть подготовлены къ процессу родовъ въ томъ смыслѣ, чтобы онѣ получили способность растянуться въ данное время до соотвѣтствующей величины, не подвергаясь опасности разрыва. Этой цѣли удовлетворяетъ являющееся во время беременности увеличеніе массы стѣнокъ рукава подвляніемъ усиленнаго питанія. Мышечныя волокна влагалища не гипертрофируются такъ, какъ мышцы матки, но они по всей вѣроятности увеличиваются не въ объемѣ, а въ числѣ. Отъ этого, а равно и отъ участія въ пластическомъ процессѣ соединительной ткани и элементовъ слизистой оболочки, стѣнки рукава дѣлаются массивнѣе, толще, рыхлѣе, подвижнѣе. Въ связи съ этимъ увеличивается полость рукава какъ въ длину, такъ и въ ширину. Это въ особенности замѣтно у первобеременныхъ женщинъ, у которыхъ до зачатія полость рукава обыкновенно немногимъ превышаетъ величину напряженнаго полового члена, тогда какъ подв конецъ беременности, или во время родовъ она безъ труда помѣщается половину предплечія руки.

Слизистая оболочка рукава, разрыхляясь и расширяясь по плоскости своего протяженія, образуетъ широкія, толстыя, мягкія складки, особенно на передней стѣнкѣ. Подобныя же мѣшкообразныя складки являются на сводахъ. Сосочки слизистой оболочки, увеличиваясь въ объемѣ и выступая надъ поверхностью, нерѣдко прощупываются пальцемъ въ видѣ крупныхъ зеренъ, придающихъ влагалищу грубый, шероховатый видъ. Вены влагалища бывають расширены и переполнены кровью, вслѣдствіе чего поверхность слизистой оболочки получаетъ темносиневатую окраску. Подв вляніемъ усиленнаго питанія и застоя крови отдѣленіе слизи и обмѣнъ эпителия во влагалищѣ увеличиваются.

Подобныя измѣненія замѣчаются на *наружныхъ половыхъ частяхъ* и на *промежности*. Онѣ также становятся болѣе массивными, рыхлыми, вслѣдствіе чего входъ во влагалище дѣлается болѣе доступнымъ (полуоткрытымъ) и болѣе способнымъ къ растяженію. На припухшихъ малыхъ губахъ и вообще на наружныхъ частяхъ, покрытыхъ слизистой оболочкою, является отъ расширения венъ и застоевъ крови болѣе темная окраска. Вены иногда образуютъ здѣсь значительныя варикозныя расширения и сплетенія. Отдѣленіе слизистыхъ и салныхъ желѣзъ увеличивается. На большихъ губахъ иногда замѣчаются узлы расширенныхъ венъ, или отечное состояніе, вслѣдствіе затрудненнаго кровообращенія.

§ 14. *Круглыя маточныя связки*, представляющія собою продолженіе (концы) пучковъ наружнаго мышечнаго слоя матки, подвергаются во время беременности тѣмъ же измѣненіямъ, какъ и эти послѣдніе. Мышечныя волокна ихъ (связокъ) разрастаются до большихъ размѣровъ, вслѣдствіе чего связки удлинняются и утолщаются по крайней мѣрѣ въ четыре раза сравнительно съ ихъ прежней величиной. То же самое замѣчается въ нижней трети ихъ, на волокнахъ поперечнополосатыхъ, которыя образуютъ мышцу около трехъ миллиметровъ толщины, идущую до паховаго кольца. Вслѣдствіе подниманія дна матки, круглыя связки измѣняютъ свое направленіе въ болѣе вертикальное, сверху внизъ и впередъ, и такимъ образомъ при сокращеніяхъ своихъ могутъ фиксировать матку въ отношеніи къ проводной линіи таза и нѣсколько опускать ее внизъ, что имѣетъ мѣсто преимущественно во время акта родовъ.

Что касается до мягкихъ частей, окружающихъ внутренніе половые органы, какъ-то: *тазовой клетчатки, связокъ и фиброзныхъ оболочекъ тазовыхъ сочлененій*, то въ нихъ тоже замѣчается, если не разрастаніе, то по крайней мѣрѣ разрыхленіе, набуханіе, пропитываніе паренхиматозными жидкостями, вслѣдствіе чего эти ткани дѣлаются уступчивѣе и подвижнѣе.

Наконецъ, въ томъ же усиленномъ нутритивномъ процессѣ участвуютъ даже наружныя ткани нижней части туловища — поясничная и лонная области и бедра. У беременной женщины эти части дѣлаются полнѣе и шире.

§ 15. *Грудь*, какъ и матка, достигаютъ своего полного физиологическаго развитія только во время беременности. Измѣненіе ихъ состоитъ въ увеличеніи количества отдѣлительныхъ пузырьковъ, въ разрастаніи и размноженіи эпителия, ихъ выстилающаго, въ набуханіи междольчатой соединительной ткани и въ увеличенномъ накопленіи жира между дольками желѣзы. Отъ этого груди увеличиваются въ объемѣ и дѣлаются болѣе тяжелыми и упругими. Подъ конецъ беременности въ кожѣ напряженныхъ грудей явственнѣе начинаютъ просвѣчивать голубоватыя полосы венъ, а иногда показываются красновато-перломутровыя полосы (*striae*), вслѣдствіе расхожденія кожной ткани, на подобіе того, какъ это бываетъ на растянутой кожѣ живота.

Еще болѣе рѣзкія перемѣны являются на околососковомъ кружкѣ. Онъ слегка набухаетъ, болѣе выдается надъ окружающею поверхностію и дѣлается значительно темнѣе, вслѣдствіе увеличеннаго отложенія пигмента. У брюнетокъ эта окраска бываетъ значительнѣе, доходитъ до темнаго или исчерна-коричневаго цвѣта, и самый околососковый кружокъ расплывается шире. У блондинокъ потемнѣніе *Aegeolae* менѣе явственно, но все же бы-

ваетъ значительно болѣе, нежели до беременности. На полѣ околососкового кружка явственно выступаютъ надъ поверхностію небольшія зернообразныя тѣла (сальныя желѣзы), числомъ отъ 15 до 20, окружающія сосокъ въ видѣ неправильнаго круга, извѣстныя подъ именемъ *Монтимеровыхъ тѣлъ*. Самый сосокъ тоже дѣлается темнѣе и значительно удлиняется.

Описанныя измѣненія на грудяхъ большею частію появляются въ ранніе сроки беременности, въ теченіи перваго или втораго мѣсяца. Нѣсколько позднѣе начинается отдѣленіе перваго молока (colostrum), имѣющаго видъ густой, мутно сѣровой жидкости. Подъ конецъ беременности это молоко иногда выдѣляется (сочится) произвольно, а въ продолженіи первой половины оно можетъ быть выжато изъ соска въ количествѣ нѣсколькихъ капель.

2) ВЛІЯНІЕ БЕРЕМЕННОЙ МАТКИ НА БРЮШНЫЯ СТѢНКИ И ВНУТРЕННОСТИ.

§ 16. Беременная матка, помѣщаясь въ полости живота, должна мало по малу раздвигать внутренности этой полости. Прежде всего подвергаются смѣщенію тонкія кишки. Онѣ отодвигаются въ верхъ и въ сторону, такъ что передняя стѣнка матки непосредственно соприкасается съ поверхностію брюшныхъ стѣнокъ. При дальнѣйшемъ увеличеніи матки, на 7-мъ, 8-мъ и 9-мъ мѣсяцахъ, отодвигаются не только толстыя кишки, но даже печень, желудокъ; діафрагма поднимается выше въ грудную полость и, такимъ образомъ, до извѣстной степени смѣщается даже сердце и сдавливаются легкіе.

Вслѣдствіе увеличенія матки полость живота оказывается недостаточной для помѣщенія брюшныхъ внутренностей, не смотря на расширеніе нижней части грудной кѣтки и подниманіе діафрагмы. Чтобы выиграть требуемое пространство, брюшныя стѣнки должны значительно растягиваться и выпячиваться впередъ. Отъ этого животъ беременныхъ получаетъ характеристическую полушаровидную форму. При растяженіи стѣнокъ живота складки около пупка сглаживаются; пупочное кольцо выпячивается впередъ и нерѣдко раскрывается. Точно также иногда замѣчается при этомъ расхожденіе брюшныхъ мышцъ по направленію бѣлой линіи, что даетъ поводъ къ образованію здѣсь вполнѣ слѣдствіи грыжевыхъ опухолей. Въ кожѣ живота, именно въ поверхностныхъ волокнистыхъ ея пучкахъ, образуются многочисленныя зигзагообразныя расхожденія, замѣчаемыя преимущественно по боковымъ сторонамъ нижней части живота, гораздо рѣже на ягодицахъ и верхней части бедеръ. Эти неправильныя короткія полоски, идущія обыкновенно по животу сверху внизъ и кнаружи,

известны под именемъ *рубцовъ* (*striae*). Цвѣтъ ихъ бываетъ или блѣдно-перломутровый, или свѣтло-розовый, красноватый, рѣзко отличающійся отъ цвѣта остальной поверхности брюшныхъ покрововъ. Рубцовые знаки, разъ образовавшись на животѣ, обыкновенно остаются на цѣлую жизнь, а растянутыя стѣнки живота и послѣ родовъ сохраняютъ сморщенный, мѣшкообразный видъ. Не смотря на громадное увеличеніе живота беременной, подкожныя вены брюшныхъ стѣнокъ, обыкновенно, не бываютъ сильно развиты, какъ это всегда случается при другихъ опухоляхъ соответственной величины, напр.: при большихъ кистахъ.

Такъ какъ увеличивающаяся беременная матка, встрѣчая препятствіе въ позвоночномъ столбѣ, наклоняется все болѣе и болѣе впередъ, выпячивая податливыя брюшныя стѣнки, то, естественно, что центръ тяжести у беременныхъ долженъ податься впередъ, отчего беременныя женщины перемѣняютъ походку.

Чтобы поддержать равновѣсіе, онѣ должны откидывать назадъ голову и плечи съ грудною частию позвоночника; и подвигать тазобедренныя суставы немного впередъ. Отъ этого является своеобразная походка беременныхъ, замѣтная преимущественно у особъ маленькаго роста, съ короткимъ туловищемъ, у которыхъ животъ значительно больше выдается впередъ и заставляетъ ихъ болѣе выгибаться, чтобы поддержать равновѣсіе. Стройныя, высокія женщины легче могутъ маскировать свое положеніе.

Перемѣщеніе центра тяжести туловища у беременныхъ женщинъ легко даетъ возможность поскользнуться и оступиться во время ходьбы, особенно при спусканіи съ лѣстницы, или на скользкомъ мѣстѣ (на налощенномъ паркетѣ, обледѣломъ тротуарѣ, въ банѣ и пр.), что обязываетъ беременныхъ быть осторожными въ движеніяхъ.

3) ПЕРЕМѢНЫ ВО ВСЕМЪ ОРГАНИЗМѢ БЕРЕМЕННЫХЪ.

§ 17. Кромѣ описанныхъ мѣстныхъ измѣненій, во время беременности происходитъ цѣлый рядъ *перемѣнъ во всемъ организмѣ*, именно въ нервной и кровеносной системахъ, въ пищеварительныхъ органахъ и отдѣлительныхъ желѣзахъ.

Измѣненія въ *нервной системѣ* сравнительно съ другими измѣненіями отличаются непостоянствомъ и неопредѣленностью. Въ этомъ отношеніи у нѣкоторыхъ женщинъ замѣчается послѣ зачатія болѣе или менѣе рѣзкое измѣненіе характера, болѣею частию является раздражительность, нетерпѣливость, чувство тоски, страха, иногда же, напротивъ, забеременѣвшая женщина дѣлается нѣжнѣе, веселѣе, чувствуетъ себя счастливѣе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ является безотчетное отвращеніе къ нѣкоторымъ личностямъ

и даже настоящее одностороннее помѣшательство. Въ судебно-медицинской казуистикѣ можно найти много случаевъ, гдѣ беременныя женщины безъ всякой видимой причины и корыстнаго побужденія производили воровство, поджеги и другія преступленія, по своей нецѣлесообразности явно указывавшія на одностороннее умопомѣшательство.

Въ сферѣ чувствительныхъ нервовъ чаще всего у беременныхъ замѣчаются головныя и зубныя боли. Во второй половинѣ беременности иногда замѣчаются нервныя боли въ бедрахъ и въ нижней части живота, происходящія отъ давленія беременною маткою на тазовые нервы. *Въ сферѣ нервовъ движенія* болѣзненные припадки замѣчаются очень рѣдко. Они проявляются въ формѣ истерическихъ конвульсій, или временныхъ параличей въ нижнихъ конечностяхъ.

§ 18. *Измѣненія въ кровеносной системѣ* происходятъ какъ въ составѣ крови, такъ и въ ея распредѣленіи. Кровь беременныхъ дѣлается жиже; въ ней увеличивается количество воды, фибрина и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, при уменьшеніи красныхъ шариковъ и бѣлка, такъ что въ этомъ отношеніи кровь превращается въ гидремическую. Вся масса крови у беременныхъ увеличивается, кровообращеніе становится дѣятельнѣе, такъ что число ударовъ сердца въ минуту бываетъ больше, чѣмъ въ небеременномъ состояніи. Вслѣдствіе этого у беременной женщины существуетъ постоянно родъ лихорадочнаго состоянія, такъ какъ температура у нихъ постоянно нѣсколько повышена. Что касается распредѣленія крови, то оно во время беременности не можетъ быть на столько правильнымъ, какъ въ небеременномъ состояніи. Это главнымъ образомъ зависитъ отъ давленія увеличенной матки на сосуды и органы таза и брюшной полости. Вслѣдствіе этого образуются застои крови въ различныхъ частяхъ тѣла. Чаще отъ прижатія сосудовъ таза является застой крови въ нижнихъ конечностяхъ, отчего образуются отеки ногъ и варикозныя узлы. Послѣдніе являются иногда не только на венахъ нижнихъ конечностей, но также на большихъ и малыхъ губахъ или въ рукавѣ.

Застои крови, хотя въ меньшей степени, часто образуются и въ другихъ частяхъ тѣла. Беременныя часто страдаютъ приливами крови къ головѣ, отчего являются головныя боли, головокруженія, кровотеченія изъ носа, въ рѣдкихъ случаяхъ кровохарканіе или кровеизліяніе въ существо мозга ('). При воспрепятствованномъ

(') Можетъ быть вслѣдствіе прилива крови къ головѣ у беременныхъ замѣчаются иногда новообразованія костной ткани на внутренней поверхности черепа (чаще на лобной и затылочныхъ костяхъ), въ видѣ неправильныхъ пла-

кровообращеніи въ печени, селезенкѣ, почкахъ и пищеварительномъ каналѣ происходятъ болѣе или менѣе рѣзкія разстройства въ отравленіи этихъ органовъ. Кишечный каналъ и желудокъ часто подвергаются катарральному разстройству.

§ 19. При увеличеніи количества крови и болѣе дѣятельномъ кроветвореніи *питаніе тѣла беременныхъ въ первое время, естественно, должно уменьшаться.* При взвѣшиваніи ихъ чрезъ извѣстные промежутки, замѣчено значительное увеличеніе вѣса, превосходящее вѣсъ увеличивающейся матки съ ея содержимымъ, слѣд. относящееся къ остальному организму беременной⁽¹⁾. Большая часть женщинъ въ первую половину беременности имѣетъ цвѣтущій видъ, тѣло ихъ дѣлается полнѣе и получаетъ болѣе закругленную форму, чѣмъ до того времени. Впрочемъ, подъ конецъ беременности питаніе организма снова начинаетъ уменьшаться. Въ это время быстро увеличивающаяся матка отвлекаетъ къ себѣ такую значительную массу питательной жидкости, что это должно идти въ ущербъ для общаго здоровья и питанія всего тѣла. Тѣмъ не менѣе и въ это время нижнія части тѣла, напр., ягодицы, тазъ, бедра питаются лучше и больше увеличиваются въ объемъ, чѣмъ верхнія, напр. голова, руки, плечи, шея. Цвѣтъ лица во второй половинѣ беременности опять становится блѣднѣе, нерѣдко съ землистымъ оттѣнкомъ, подъ глазами показываются темные круги, носъ и губы принимаютъ отечный видъ.

§ 20. *Измѣненія въ пищеварительныхъ органахъ* прежде всего обнаруживаются въ перемѣнѣ аппетита, въ тошнотѣ и рвотѣ. Тошнота у многихъ беременныхъ является уже съ первыхъ дней послѣ зачатія. Она существуетъ либо постоянно въ теченіи цѣлаго дня, либо по утрамъ, или при видѣ пищи. Если при тошнотѣ является и рвота, то ея, обыкновенно, извергается зеленоватая жидкость, кислаго, или горькаго вкуса. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ тошнота и рвота во время беременности появляются въ такой сильной степени, что женщина не въ состояніи бываетъ переносить никакой пищи. Такое состояніе, продолжаясь долгое время, можетъ угрожать опасностію крайняго разстройства организма.

Причина тошноты и рвоты у беременныхъ стоитъ въ связи съ неправильною иннервациею со стороны матки. Наблюденія показываютъ, что этотъ припадокъ чаще и сильнѣе проявляется въ тѣхъ случаяхъ, когда беременная матка сильно поклонена или

стиннокъ и костныхъ наростовъ (osteophit). На нихъ обратилъ вниманіе Роки-танскій, встрѣчая ихъ при вскрытіяхъ болѣе, чѣмъ у половины беременныхъ.

(1) Такого рода взвѣшиванія были тщательно производимы *Гисснеромъ*.

искривлена впередъ. Съ поднятіемъ матки въ подчревную область и съ исправленіемъ ея положенія тошнота и рвота, иногда внезапно, исчезаютъ сами собой.

Аппетитъ у беременныхъ иногда проявляется сильнѣе обыкновеннаго. У нихъ является потребность чаще принимать пищу, хотя и не въ большемъ количествѣ. Относительно рода пищи беременныя женщины часто представляютъ большія странности. Весьма не рѣдко вскорѣ послѣ зачатія является отвращеніе къ мясному кушанью и непреодолимое влеченіе къ веществамъ мучнистымъ, грубымъ, часто неудобоваримымъ, напр., грибамъ, кислой капустѣ, крупѣ, углю, магниіи и пр. Такого рода измѣненія вкуса (прихоти) чаще замѣчаются въ первые 3—4 мѣсяца беременности, послѣ чего вкусъ у беременныхъ приходитъ опять въ нормальное состояніе. Со стороны желудка у беременныхъ часто замѣчается увеличенное отдѣленіе желудочнаго сока, вслѣдствіе чего является постоянная изжога. Точно также иногда приходится наблюдать въ это время *увеличенное отдѣленіе слюны*, достигающее иногда до такой степени, что въ теченіи сутокъ женщина выплевываетъ её цѣлыя кружки. *Испражненія на низъ* въ первыхъ мѣсяцахъ беременности часто представляютъ характеръ катаррального поноса, но впослѣдствіи, когда увеличенная матка начинаетъ давить на прямую кишку, является противоположное состояніе, т. е. постоянные запоры.

§ 21. *Со стороны мочевыхъ органовъ* въ первые мѣсяцы беременности обыкновенно замѣчается болѣе частый позывъ къ мочеиспусканію вслѣдствіе механическаго давленія на мочевой пузырь наклоняющейся впередъ маткой. Суточное количество мочи бываетъ увеличено, что зависитъ отъ повышеннаго давленія въ системѣ аорты и отъ гидремическаго состоянія крови, отдающей большее количество воды. Отъ этого моча беременныхъ свѣтлѣе, водянистѣе, бѣднѣе мочевиной и солями, хотя суточное количество этихъ послѣднихъ и не бываетъ уменьшено. Въ послѣднюю половину беременности въ мочѣ нерѣдко замѣчается примѣсь бѣлка, зависящая отъ застойной гипереміи почекъ и отъ катарра мочевыхъ путей. Въ прежнее время акушеры обращали большое вниманіе на мочу беременныхъ, какъ на признакъ беременности. Если мочѣ дать постоять нѣсколько часовъ, то на поверхности ея образуется радужная пленка, названная *кистенюмъ*, по присутствію которой заключали о беременности. Въ настоящее время этому явленію не придаютъ діагностическаго значенія, такъ какъ оно есть продуктъ разложенія, одинаково встрѣчающійся въ другое время, равно и у мужчинъ. Описанная плен-

ка состоитъ изъ протеиноваго вещества, трипльфосфатовъ, грибоквъ и инфузорій.

§ 22. *Измѣненія на кожь.* Эти измѣненія болѣе всего бываютъ выражены на лицѣ и на стѣнкахъ живота. Цвѣтъ лица у беременныхъ измѣняется со срокомъ беременности. Въ первую половину у здоровыхъ женщинъ онъ бываетъ живѣе, румянѣе, такъ какъ общее питаніе и количество крови въ это время повышается. Во второй половинѣ беременности, особенно къ концу, кожа становится дряблою и тусклою, вокругъ глазъ образуются темные круги, на носу и губахъ признаки отека. На лбу, бровяхъ и на спинѣ носа нерѣдко появляются *коричневья пятна* съ неправильными контурами (*Chloasma gravidarum*). Разъ появившись, они обыкновенно остаются очень долго послѣ родовъ, даже увеличиваются. — Подобное отложеніе пигмента почти постоянно замѣчается и на стѣнкахъ живота, именно вдоль по бѣлой линіи, отъ пупка до лоннаго соединенія, въ видѣ темнокоричневой полоски, шириною въ половину поперечнаго пальца. У брюнетокъ это окрашиваніе бываетъ сильнѣе, чѣмъ у блондинокъ. Оно также остается довольно долго послѣ родовъ. Въ связи съ этой окраской иногда появляется еще коричневый кругъ около пупка (*areola umbilicalis*).

§ 23. Наконецъ, я считаю не лишнимъ указать на *отношеніе беременности къ некоторымъ болѣзнямъ.* Въ этомъ отношеніи беременность болѣею частію задерживаетъ теченіе существующихъ болѣзней, рѣдко ускоряетъ ихъ ходъ, или дѣлаетъ его болѣе опаснымъ. Такъ, напр., извѣстно, что легочные туберкулы во время беременности остаются почти въ одномъ и томъ же положеніи, и женщины въ это время чувствуютъ себя значительно лучше. Такой приостановленный ходъ чахотки замѣчается обыкновенно до послѣродоваго періода; съ этого же времени чахотка начинаетъ развиваться гораздо быстрѣе, чѣмъ до беременности. Это происходитъ отъ того, что беременная матка отвлекаетъ къ себѣ значительную часть питательныхъ жидкостей и служитъ такимъ образомъ какъ бы естественной громадной фонтанелью. Вслѣдствіе той же причины во время беременности уменьшаются, а иногда и совсѣмъ исчезаютъ сами собою хроническія язвы и многія назожныя сыпи. Различныя опухоли, наприм., фибромы, кисты, саркомы, аневризмы и пр., если только они не находятся въ половыхъ органахъ или вблизи отъ нихъ, во время беременности обыкновенно останавливаются въ ростѣ. Если же подобныя опухоли существовали въ маткѣ, яичникахъ, рукавѣ, грудяхъ или наружныхъ половыхъ частяхъ, то во время беременности ростъ ихъ значительно увеличивается. У истерическихъ

женщинъ во время беременности нервные припадки большею частію уменьшаются, или даже совершенно прекращаются. Но такое прекращеніе не должно считать за полное выздоровленіе, такъ какъ послѣ родовъ припадки возвращаются въ прежней степени. Переломы костей у беременныхъ срастаются гораздо медленнѣе, нежели въ небеременномъ состояніи. Острыя лихорадочныя болѣзни весьма часто у беременныхъ женщинъ вызываютъ выкидышъ; исходъ этихъ болѣзней б. ч. тяжелѣе и опаснѣе, чѣмъ въ небеременномъ состояніи.

В) Измѣненія, происходяція въ оплодотворенномъ женскомъ яичкѣ.

§ 24. Оплодотворенное яичко проходитъ изъ фаллопиевой трубы въ полость матки въ теченіи, по крайней мѣрѣ, 10—12 дней (Бишофъ). Движеніе его въ наружной трети трубы, вѣроятно, обуславливается мерцательнымъ эпителиемъ, такъ какъ ширина канала и весьма малый объемъ яичка едвали могутъ дать возможность дѣйствовать на него непосредственно мышечнымъ стѣнкамъ яйцепровода. Въ средней и внутренней части просвѣтъ фаллопиевой трубы такъ узокъ, что здѣсь можно допустить передвиженіе яичка помощію мышечнаго движенія. При вступленіи въ матку яичко имѣетъ величину не больше $\frac{1}{8}$ "", затѣмъ къ концу перваго мѣсяца оно достигаетъ величины голубиного яйца, къ концу втораго мѣсяца имѣетъ величину куриного яйца, къ концу 3-го достигаетъ объема гусиного яйца, а съ 4-го мѣсяца начинаетъ увеличиваться гораздо быстрѣе. Подъ конецъ беременности оно имѣетъ 12—13" въ продольномъ діаметрѣ и около 8" въ поперечникѣ; вѣситъ съ плодомъ и околоплодною жидкостью приблизительно 14—16 фунтовъ.

Чтобы понять условія первоначальнаго питанія и роста зародыша, необходимо ознакомиться съ тѣми органами, которые служатъ для этой цѣли, именно съ оболочками плоднаго яйца. Такихъ оболочекъ, развивающихся изъ женскаго яичка, существуетъ двѣ: одна наружная—*кожистая*, другая внутренняя—*водная*. Эти двѣ оболочки представляютъ собою герметически закрытый пузырь, въ которомъ помѣщаются околоплодная жидкость и зародышъ. Впослѣдствіи, именно къ концу 3-го мѣсяца, изъ одного участка кожистой оболочки, при разрастаніи ворсинокъ, развивается новый органъ, специально назначенный для питанія младенца, именно плацента.

1) Кожистая оболочка (Chorion).

§ 25. Кожистая оболочка, какъ было сказано, представляетъ собою наружный покровъ развивающагося яичка. Съ одной стороны она непосредственно прилегаеъ къ отпадающей оболочкѣ матки, съ другой (стороны) плотно соединена съ водною оболочкою, составляющей внутреннюю поверхность пузыря. Первая, кожистая оболочка, покрытая маленькими безструктурными ворсинками, развивается изъ наружной каймы женскаго яичка (*zona pellucida*). Она существуетъ весьма короткое время, а потомъ исчезаетъ, замѣняется настоящей или постоянной кожистой оболочкой. Эта послѣдняя состоитъ изъ двухъ частей: наружнаго эпителиальнаго слоя (*exochorion*), происходящаго изъ серознаго покрова яичка и изъ лежащаго подъ нимъ внутренняго соединительнотканнаго слоя, содержащаго сосуды (*endochorion*). Этотъ послѣдній происходитъ изъ *Allantois*. Наружный слой кожистой оболочки въ теченіи первыхъ 4—6 недѣль беременности повсемѣстно покрытъ нѣжными густыми ворсинками, въ которыхъ очень скоро образуются полости или каналы. Въ концѣ третьей, или въ началѣ четвертой недѣли въ эти каналы проникаетъ подлежащій слой соединительной ткани съ находящимися въ немъ сосудами *Allantoidis*. Всѣ ворсинки, которыя соприкасаются съ завороченной оболочкой (*m. reflexa*), не проникаютъ въ нее очень глубоко, развиваются меньше и скоро теряютъ сосуды; а ворсинки, соприкасающіяся съ запоздалой оболочкой, продолжаютъ расти, развѣтвляться и служатъ основой для развитія плаценты. Вслѣдствіе этого въ концѣ втораго мѣсяца беременности кожистая оболочка измѣняетъ свой видъ. Ее можно раздѣлить въ это время на два различныхъ отдѣла: въ одномъ она представляетъ тонкую, полупрозрачную оболочку изъ соединительной ткани, кое-гдѣ покрытую рѣдкими, не имѣющими сосудовъ и увядающими ворсинками, которыми она соприкасается съ отвороченной оболочкой—это *chorion leve*. Другой отдѣлъ кожистой оболочки, обращенный къ запоздалой оболочкѣ, представляетъ, напротивъ, сильно развитыя, густыя, развѣтвленныя ворсинки, снабженныя сосудами,—это *chorion frondosum*. Изъ него впоследствии развивается плацента.

Гистологическое строеніе ворсинокъ кожистой оболочки состоитъ изъ наружнаго эпителиальнаго покрова, образуемаго сплошнымъ рядомъ кѣлокъ, кругловатой, нѣсколько вытянутой въ длину формы, съ большими ядрами. Подъ этия слои находится основное вещество ворсинки, состоящее изъ нѣжной соединительной ткани съ заключающимися въ ней зародышевыми сосудами (петли и капилляры). Внутри каждой ворсинки находится пустое пространство, продолговатый ка-

наль, идущій по всѣмъ развѣтвленіямъ ворсинки. Въ этотъ каналъ впослѣдствіи проникають сосуды зародыша, именно на томъ участкѣ ворсинокъ, изъ котораго развивается плацента. — Гладкая часть кожистой оболочки (*chorion leve*), представляющая крѣпкую, полупрозрачную перепонку, безъ сосудовъ и нервовъ, продолжаетъ существовать въ этомъ видѣ въ теченіи всей беременности, увеличиваясь въ объемѣ соотвѣтственно увеличенію плоднаго яйца, и составляетъ самую плотную часть стѣнокъ плоднаго пузыря.

2) Водная оболочка.

§ 26. Водная оболочка (*amnion*) представляетъ собою прозрачную, очень тонкую плену, развивающуюся изъ эпидермоидальнаго слоя общихъ покрововъ зародыша. Совершенно закрытый мѣшокъ вполне сформированной водной оболочки образуетъ внутреннюю поверхность плоднаго пузыря, непосредственно прилегаетъ къ внутренней поверхности плаценты и опускается вдоль по пупочному канатику, составляя его наружную оболочку, вплоть до пупочнаго кольца. Эта оболочка тоже не имѣетъ ни сосудовъ, ни нервовъ.

Микроскопическое строение водной оболочки состоитъ изъ однослойнаго коротко-цилиндрическаго эпителия, выстилающаго всю внутреннюю поверхность амниотическаго мѣшка, и изъ наружнаго волокнистаго слоя, въ которомъ находятся веретенообразныя и звѣздообразно-развѣтвленныя ячейки съ продолговатыми зернами. Этотъ наружный слой соединительной ткани на пупочномъ канатикѣ переходитъ въ вартонову студень⁽¹⁾.

3) Желточный или пупочный пузырекъ (*VESICULA UMBILICALIS*).

§ 27. Такъ называется одинъ изъ временно-существующихъ органовъ, служащихъ для питанія зародыша въ первыхъ недѣляхъ его утробной жизни. Онъ образуется изъ внутренняго зародышеваго пласта, который прежде образованія брюшной полости окружаетъ собою большое пространство, раздѣляющееся впослѣдствіи на двѣ части: одна, внутренняя часть, служитъ для образованія кишечнаго канала, другая, наружная, для пупочнаго пузырька. По мѣрѣ

(1) На томъ мѣстѣ, гдѣ водная оболочка съ пупочнаго канатика переходитъ на плаценту, встрѣчаются небольшія эпителиальныя разраженія въ видѣ плоскихъ возвышенностей, или папиллярныхъ образований. Они соотвѣтствуютъ ворсинкамъ или карункуламъ водной оболочки, которыя были найдены у нѣкоторыхъ животныхъ уже давно (Винкель).

образованія брюшныхъ стѣнокъ и ихъ сращения, эти двѣ части больше и больше раздѣляются между собой, такъ что наружная часть, или пупочный пузырькъ, сообщается съ брюшною полостію только тонкимъ перешейкомъ (*ductus omphaloentericus*), чрезъ который проходятъ отъ зародыша къ пупочному пузырьку первые сосуды фетальной системы (*vasa omphaloenterica*). Наконецъ, когда брюшная полость закрывается совершенно (къ концу четвертой недѣли), *vesicula umbilicalis* начинаетъ атрофироваться, сосуды его запусѣваютъ и отъ *ductus omphaloentericus* остается только непроходимый шнурокъ. Этотъ запусѣвшій органъ очень часто можно видѣть и на зрѣломъ послѣдѣ, въ видѣ бѣловатаго пузырька, лежащаго между *amnion* и *chorion*, сообщающагося тонкимъ бѣловатымъ шнуркомъ (*ductus omphaloentericus*) съ пупочнымъ канатикомъ. Такъ такъ пупочный пузырькъ образуется изъ тѣхъ же элементовъ (внутр. зародыш. пласта), какъ и кашечный каналъ, то въ *строеніи его*, подобно строенію кишекъ, различаются два слоя: внутренней эпителиальный и наружный волокнистый (соединит. ткань), несущій въ себѣ зародышевые сосуды.

4) ALLANTOIS.

§ 28. Это есть органъ, назначенный для проведенія первыхъ сосудовъ зародыша къ периферіи яйца. Онъ развивается очень рано, именно тотчасъ послѣ образованія водной оболочки. Въ это время на нижнемъ концѣ зародыша, между водной оболочкой и пупочнымъ пузырькомъ, появляется возвышеніе, въ которомъ образуется полость; это и есть начало *allantoidis*. Въ скоромъ времени у этого пузырька образуется довольно длинная ножка, чрезъ которую проходятъ отъ зародыша къ периферіи концы первичныхъ аортъ. По мѣрѣ увеличенія *allantoidis* и удлиненія его ножки, сосуды зародыша доходятъ до периферіи яйца и распространяются по ворсинкамъ кожистой оболочки, вросая въ нихъ.

Такимъ образомъ, *allantois* имѣетъ то важное значеніе, что онъ проводитъ *arteriæ umbilicales* къ кожистой оболочкѣ и служить началомъ развитія пупочнаго канатика и плаценты.

5) Околоплодная жидкость.

Полость плоднаго пузыря, кромѣ зародыша, бываетъ наполнена околоплодною жидкостію (*liquor amnii*). Эта жидкость появляется съ 2—3 недѣли беременности. Въ первое время она имѣетъ совершенно прозрачный видъ, потомъ становится нѣсколько мутнѣе, бѣложелтоватаго цвѣта, дѣлается слизистой или клей-

кой. Околоплодная жидкость имѣетъ особенный запахъ, напоминающій запахъ крови. Если намочить эту жидкостью полотно, то на немъ послѣ высыханія остаются желтоватя жесткія пятна. *Химическій составъ* этой жидкости: вода, бѣлокъ, слизистое вещество, частички жира, экстрактивные вещества и соли. *Реакція* слабо щелочная. Кромѣ этихъ составныхъ частей, въ упомянутой жидкости находятся мочевины и примѣсь первороднаго кала. Во второй половинѣ беременности сюда попадаютъ также первородная смазка и волосы, отстающіе отъ поверхности плода. Болѣе рѣдкой, случайной примѣсью является кровь, попадающая въ полость плоднаго пузыря изъ сосудовъ плаценты, или пупочнаго канатика. Въ первыя недѣли беременности околоплодная жидкость бываетъ богаче плотными составными частями, именно бѣлкомъ и солями, нежели въ послѣдующее время.

Количество околоплодной жидкости постепенно увеличивается въ теченіи всей беременности и къ концу ея достигаетъ около 2 фунт. Относительно объема плода количество околоплодной жидкости увеличивается неравномѣрно: въ первую половину беременности относительное количество ея бываетъ гораздо больше, а во второй половинѣ, когда плодъ начинаетъ расти быстрѣе, количество ея сравнительно съ нимъ уменьшается.

Околоплодная жидкость назначена главнымъ образомъ для защищенія плода отъ внѣшнихъ вліяній. Плодный пузырь, образуя въ маткѣ значительное пространство, даетъ возможность плавающему въ немъ плоду свободно развиваться и производить движенія. Напряженные стѣнки пузыря не допускаютъ до зародыша никакого давленія или сжатія, ни со стороны мышечныхъ маточныхъ стѣнокъ, ни отъ наружныхъ толчковъ, ушибовъ или ударовъ по животу. Безъ этой защиты нѣжный зародышъ не могъ бы развиваться по тому самому, что мышечныя стѣнки матки сдавливали бы его и пупочный канатикъ и этимъ, естественно, препятствовали бы кровообращенію. Во время родовъ плодный пузырь также необходимъ, какъ во время беременности. Если бы его не было, то при родовыхъ сокращеніяхъ маточныя стѣнки сжимали бы какъ плодъ, такъ и плаценту съ пупочнымъ канатикомъ. Отъ этого легко могло бы произойти неправильное кровообращеніе въ сосудахъ младенца, или преждевременное отдѣленіе плаценты. Мы, дѣйствительно, видимъ, что до разрыва плоднаго пузыря, не смотря на продолжительность родовъ, опасности для жизни младенца съ этой стороны, обыкновенно, не бываетъ; но послѣ излитія водъ каждый лишній часъ можетъ повлечь за собой разстройство кровообращенія и угрожать младенцу большою опасностію. Сверхъ того плодный пузырь, напрягаясь ввремя маточныхъ сокращеній и вѣдряясь въ маточное рыльце, содѣйстви-

еть его растяженію какъ упругій эластическій клинъ, не раздражая маточныхъ стѣнокъ, какъ раздражали бы жесткія и неровныя части непосредственно прилегающаго къ нимъ плода.

Что касается происхожденія околоплодной жидкости, то въ этомъ отношеніи свѣдѣнія наши еще до сихъ поръ не совсѣмъ точны. Можно предполагать, что эта жидкость вырабатывается изъ крови матери и просачивается чрезъ кожистую и водную оболочки въ полость плоднаго пузыря. Въ первые 2—3 мѣсяца беременности мѣстомъ такого отдѣленія можетъ быть вся отпадающая оболочка, снабженная въ это время сосудами; но впослѣдствіи, когда на значительной поверхности этой оболочки сосуды исчезаютъ, мѣстомъ отдѣленія можетъ быть только внутренняя поверхность плаценты. Поэтому въ первые мѣсяцы беременности количество околоплодной жидкости сравнительно съ объемомъ матки выдѣляется больше, нежели послѣ образованія плаценты. Что источникъ происхожденія околоплодной жидкости долженъ быть именно тотъ, на который мы указали, это могутъ подтвердить слѣдующіе факты. Нерѣдко помянутая жидкость скопляется не только въ плодномъ пузырьѣ, но между кожистой и водной оболочками, или между кожистой и отпадающей оболочками. Эта жидкость, извѣстная подъ именемъ ложныхъ водъ, по физическимъ свойствамъ весьма сходна съ настоящею околоплодною жидкостью, и присутствіе ея между упомянутыми оболочками можетъ быть объяснено только задержаніемъ этого отдѣленія при фильтраціи его чрезъ оболочки плоднаго пузыря. Нерѣдко наблюдались случаи накопленія значительнаго количества околоплодной жидкости при атрофированномъ, очень маленькомъ зародышѣ, умершемъ, наприм. 4—6 недѣль. При такъ называемомъ пузырьчатомъ заносѣ (*mola vesiculosa*) подобная жидкость скопляется въ растянутыхъ ворсинкахъ кожистой оболочки, превращая каждую изъ нихъ въ отдѣльный водянистый пузырь. Въ этомъ случаѣ другаго источника для происхожденія жидкости, кромѣ сосудовъ слизистой оболочки, быть не можетъ, потому что при пузырьчатомъ заносѣ плодъ обыкновенно погибаетъ очень рано.

Нѣкоторые акушеры высказывали мысль, что околоплодная жидкость есть продуктъ отдѣленія плода. Съ этимъ мнѣніемъ, однакоже, трудно согласиться, если принимать во вниманіе, что *liquor amnii* продолжаетъ выдѣляться въ теченіи всей беременности. Не считая первыхъ недѣль эмбриональной жизни, плодныя оболочки не имѣютъ сосудовъ, слѣд. непосредственно отдѣлять какую бы то ни было жидкость не могутъ. Тоже самое нужно сказать и про пупочный канатикъ, хотя въ немъ и проходятъ сосуды зародыша, потому что околоплодная жидкость существуетъ въ значительномъ количествѣ прежде, нежели сформи-

руется пупочный канатикъ. Что касается самого плода, то въ немъ нѣтъ ни одного органа, которому можно было бы приписать отдѣленіе этой жидкости. Почки и кожа не могутъ быть источникомъ такого отдѣленія, потому что околоплодная жидкость, по своимъ физическимъ свойствамъ не походить ни на потъ, ни на мочу. Наконецъ, изъ акушерской практики извѣстно нѣсколько случаевъ, гдѣ, не смотря на полную атрофію зародыша или смерть его, околоплодная жидкость не только существовала, но съ продолженіемъ беременности продолжала увеличиваться.

Присутствіе въ околоплодной жидкости мочевины и тотъ фактъ, что ребенокъ во время утробной жизни испускаетъ мочу въ плодный пузырь, не даетъ еще права выводить заключеніе, что прибавленіе амниотической жидкости во второй половинѣ беременности поддерживается исключительно мочетдѣленіемъ. Моча въ плодномъ пузырьѣ есть посторонняя примѣсь, точно также какъ и кусочки кожныхъ отдѣленій (первородной смазки). Самый составъ околоплодной жидкости (присутствіе въ ней бѣлка) и слишкомъ раннее ея появленіе въ зародышевой жизни (послѣ двухъ недѣль отъ зачатія) показываютъ, что эта жидкость не можетъ быть рассматриваема какъ скопленіе ненужныхъ выдѣленій плода.

6) Плацента.

§ 30. *Плацента* или дѣтское мѣсто (placenta) есть органъ, назначенный для питанія и дыханія плода во время утробной жизни. Къ концу беременности плацента имѣетъ форму круглой лепешки, 6—8" въ діаметрѣ, 1—1½" толщины, и отъ 1½ до 2 фунтовъ вѣса. Въ плацентѣ различаютъ двѣ поверхности: наружную, обращенную къ маткѣ, и внутреннюю, обращенную къ плоду. Наружная поверхность, въ свѣжемъ состояніи темно-краснаго цвѣта, раздѣлена помощію глубокихъ бороздъ на нѣсколько лопастей или долей. Каждая доля въ свою очередь подраздѣляется на нѣсколько меньшихъ долекъ, такъ что вълѣдствіе этого дѣленія наружная поверхность плаценты получаетъ избороденный или бугристый видъ. Дольки, находящіяся въ срединѣ плаценты бываютъ нѣсколько толще периферическихъ, отчего поверхность получаетъ слегка выпуклую форму. Кромѣ описанныхъ бороздъ и дольчатыхъ возвышеній, на наружной поверхности плаценты, при внимательномъ разсматриваніи, можно замѣтить тонкій налетъ сѣровато-желтаго вещества, лежащаго или сплошнымъ слоемъ, или въ видѣ островковъ, и проникающаго между дольками по направленію бороздъ въ глубину плаценты. Этотъ желтоватый налетъ есть ничто иное, какъ остатки отпадающей оболочки (decidua

sertorina), при помощи которой существовала органическая связь между плацентой и стѣнкою матки. При внимательномъ разсмотрѣніи мы здѣсь замѣтимъ отъ 15 до 20 круглыхъ отверстій, величиною отъ куриного до гусиного пера и больше, съ ровными, какъ бы обрѣзанными краями. Эти отверстія ведутъ въ глубину плаценты, въ пространства между дольками, и представляютъ собою слѣды тѣхъ кровеносныхъ путей, чрезъ которые протекала кровь изъ матки въ ткань дѣтскаго мѣста и обратно. Соотвѣтственно этимъ отверстіямъ, точно такія же находятся на внутренней поверхности матки. Кромѣ того на наружной поверхности плаценты иногда находятся плотные фибриновые желваки неправильной формы, величиною отъ пятакка до серебрянаго рубля и болѣе, и известковыя отложенія въ формѣ зеренъ и небольшихъ пластинокъ. Это есть ничто иное, какъ случайные остатки тѣхъ регрессивныхъ измѣненій, которымъ подвергается во время беременности или запоздалая отпадающая оболочка, или кровь, случайно излившаяся на поверхность, или въ ткань дѣтскаго мѣста.

Внутренняя поверхность плаценты имѣетъ плоскую, или нѣсколько вогнутую форму, безъ бороздъ и дольчатыхъ возвышеній. Она бываетъ покрыта частию плоднаго пузыря, т. е. водной оболочкой и кожистой. Въ срединѣ, или съ края этой поверхности прикрѣпляется пупочный канатикъ, сосуды котораго, въ видѣ толстыхъ, древовидно развѣтвленныхъ корней, лучеобразно расходятся отъ мѣста прикрѣпленія во всѣ стороны, прикрытые съ поверхности только водной оболочкой. Кожистая оболочка плотно сращена съ лежащими на ней нижними дольками плаценты. Края плаценты имѣютъ или тупую, закругленную форму, или незамѣтно сливаются съ кожистой оболочкой въ видѣ тонкихъ язычковъ. Здѣсь кожистая и отпадающая оболочка сливаются вмѣстѣ, и при этомъ сліяніи образуютъ пустое пространство кругомъ всей плаценты, ограниченное съ внутренней стороны прилегающими крайними дольками, а снаружи и съ боковъ сливающимися упомянутыми оболочками. Это пространство, шириною въ гусиное перо или нѣсколько толще, представляетъ такимъ образомъ круговой каналъ, идущій кругомъ плаценты и сообщающійся посредствомъ многихъ отверстій съ пространствами, находящимися между ея дольками.

Плаценту, обыкновенно, раздѣляютъ на двѣ части: *на материнскую и зародышевую* (placenta uterina s. materna и placenta foetalis). Первою называется тотъ участокъ, въ которомъ протекаетъ материнская кровь и который развился изъ слизистой оболочки матки; второю—гдѣ обращается кровь зародыша и гдѣ ткань состоитъ изъ разросшихся ворсинокъ кожистой оболочки.

Такое раздѣленіе, впрочемъ, не нужно понимать, какъ нѣчто рѣзко разграниченное; напротивъ, та и другая часть тѣсно слиты между собой, такъ что различить ихъ можно только путемъ гистологическаго изслѣдованія. Материнская и зародышевая части плаценты находятся между собой въ такомъ отношеніи, что ворсинки зародышевой части скрыты въ материнской на подобіе корней дерева въ почвѣ земли. Это отношеніе всего нагляднѣе можно видѣть на выкидышахъ конца 2-го или въ 3-мъ мѣсяцѣ беременности. Въ это время вышедшее изъ матки и опущенное въ воду плодное яйцо представляетъ на одной ограниченной части своей поверхности густыя какъ бархатъ и довольно длинныя ворсинки, сѣроватаго или блѣдно-розоваго цвѣта. Эти-то ворсинки кожистой оболочки (*chorion frondosum*) и составляютъ начало развитія или основу зародышевой части дѣтскаго мѣста. Впослѣдствіи онѣ вырастаютъ въ опадающую оболочку (*decidua serotina*), которая и составляетъ материнскую часть плаценты. Сосуды этого отдѣла слизистой оболочки, колоссально увеличиваясь и измѣняясь извѣстнымъ образомъ, образуютъ собой будущіе сосуды материнской части плаценты.

§ 31. *Зародышевая часть* (*placenta foetalis*), какъ уже было сказано, представляетъ собою массу разросшихся ворсинокъ кожистой оболочки съ проходящими внутри ихъ сосудами зародыша. Каждая изъ этихъ ворсинокъ представляетъ нѣсколько длинныхъ отростковъ или вѣтвей, подраздѣляющихся въ свою очередь на нѣсколько меньшихъ вѣточекъ. Диаметръ ствола ворсинки по всей его длинѣ остается почти одинаковымъ, за исключеніемъ верхняго конца, на которомъ замѣчается колбообразное утолщеніе. Вѣтви ворсинки имѣютъ меньшій диаметръ, чѣмъ главный стволъ. Не смотря на большую вѣтвистость и близкое разстояніе между ворсинками, онѣ не срастаются между собою, а вездѣ остаются изолированными.

Строеніе всѣхъ ворсинокъ одинаково. Каждая изъ нихъ состоитъ: 1) изъ наружнаго эпителиальнаго покрова, 2) изъ слоя соединительной ткани и 3) изъ проходящей внутри канала ворсинки петли сосудовъ. Наружный покровъ образуется сплошнымъ рядомъ правильно расположенныхъ ячеекъ плоскаго эпителия съ ясно видимыми большими ядрами, круглыми или овальными, и зернами. Въ мацерированныхъ плацентахъ весь этотъ эпителиальный покровъ, или часть его, иногда сходитъ съ ворсинки въ родѣ перчатки. Въ этомъ случаѣ подъ нимъ обнажается другой слой или покровъ, состоящій изъ молодой соединительной, или слизистой ткани. Это есть основа ворсинки, составляющая стѣнки канала. Въ каналѣ проходитъ петля сосудовъ, въ родѣ толстыхъ капилляровъ, въ которой различаютъ артеріальное и ве-

нозное теченіе. Отъ этого главнаго ствола идутъ нѣсколько отпрысковъ, по одному для каждой вѣтки ворсинки, и эти отпрыски, точно также, какъ и главный сосудъ, на колбообразномъ концѣ вѣтки образуютъ петлю и идутъ назадъ въ видѣ такового же стволика. Между описанными сосудами ворсинокъ нерѣдко замѣчаются анастомозы. Кромѣ упомянутыхъ вѣточекъ, въ стѣнкахъ каждой ворсинки существуетъ еще довольно густая капиллярная сѣть, оплетающая ворсинку со всѣхъ сторонъ и лежащая непосредственно подъ эпителиальнымъ покровомъ.

Ворсинки кожистой оболочки, сгруппированныя въ кучки и дольки, и въ этомъ видѣ составляющія наибольшую массу плаценты, со всѣхъ сторонъ непосредственно обмываются материнскою кровью, протекающею около нихъ по стокамъ и щелямъ материнскаго участка плаценты.

§ 32. *Материнскую часть плаценты* (placenta materna) составляетъ разросшаяся и измѣненная слизистая оболочка матки, именно на томъ мѣстѣ, къ которому прикрѣпилось оплодотворенное яичко. Въ этомъ мѣстѣ слизистая оболочка (membrana decidua serotina) дѣлается значительно толще, эпителиальные элементы ея быстро размножаются, желѣзы увеличиваются въ объемъ и капиллярная сѣть сосудовъ разрастается и расширяется до весьма значительныхъ размѣровъ. Въ эту рыхлую почву вѣдряются ворсинки кожистой оболочки, которыя, вѣтвясь и разрастаясь, въ свою очередь вступаютъ въ самыя близкія отношенія съ сосудами и желѣзами этого участка. Впослѣдствіи желѣзы исчезаютъ и здѣсь, какъ на остальныхъ частяхъ отпадающей оболочки, или по крайней мѣрѣ теряютъ тотъ видъ, въ которомъ мы привыкли ихъ наблюдать. Сосуды же запоздалой оболочки не только не атрофируются въ теченіе всей беременности, но, постепенно увеличиваясь, продолжаютъ существовать въ формѣ плацентарныхъ синусовъ. Эти синусы образуются, по всей вѣроятности, изъ сліянія двухъ или нѣсколькихъ смежныхъ капиллярныхъ вѣтокъ, при чемъ внутреннія соприкасающіяся ихъ стѣнки отъ взаимнаго давленія всасываются, и чрезъ это сосудъ увеличивается до весьма большихъ размѣровъ. Такъ или иначе происходитъ измѣненіе сосудовъ запоздалой оболочки, но въ развитой плацентѣ они получаютъ колоссальные размѣры. Въ этомъ видѣ они представляютъ сѣть широкихъ каналовъ, сообщающихся другъ съ другомъ многочисленными анастомозами и повсемѣстно окружающіхъ вѣдряющіяся въ нихъ ворсинки. Такимъ образомъ, слѣдовательно, материнскую часть плаценты будутъ составлять почти исключительно эти широкіе каналы съ протекающею по нимъ материнскою кровью, и тонкія стѣнки ихъ, т. е. измѣненные стѣнки капилляровъ слизистой оболочки

матки съ небольшимъ количествомъ остающагося промежуточнаго вещества этой оболочки, тоже измѣненнаго въ формѣ колоссальныхъ ячеистыхъ элементовъ. (См. § 9).

§ 32. Изъ вышеприведеннаго анатомическаго устройства плаценты видно, что въ этомъ органѣ долженъ происходить *постоянный обменъ* материнской и зародышевой крови и выработка чрезъ эпителиальные элементы изъ материнской крови необходимыхъ для зародыша питательныхъ жидкостей, соответственно потребностямъ его организаціи. Материнская кровь нигдѣ не смѣшивается непосредственно съ кровію зародыша, но обменъ между той и другой происходитъ только чрезъ эпителиальныя оболочки. При такомъ отношеніи материнскихъ и зародышевыхъ сосудовъ, кровь зародыша не только обогащается изъ крови матери всѣми нужными для питанія матеріалами, вмѣстѣ съ кислородомъ, и отдаетъ ей обратно углекислоту, но сверхъ того эти матеріалы перерабатываются для специальныхъ цѣлей въ эпителиальныхъ тканяхъ зародышевой части плаценты. Слѣдовательно, плацента должна считаться органомъ дыханія утробнаго младенца и аппаратомъ, замѣняющимъ ему весь бездѣйствующій во время утробной жизни пищеварительный аппаратъ. При такомъ физиологическомъ значеніи и по анатомическому устройству плацента имѣетъ право считаться желѣзистымъ органомъ⁽¹⁾.

§ 33. Чтобы точнѣе понять кровообращеніе материнской части плаценты, необходимо обратить вниманіе на состояніе сосудовъ въ той части маточныхъ стѣнокъ, которая соответствуетъ прикрѣпленію дѣтскаго мѣста. Здѣсь мы замѣчаемъ громадное развитіе сосудовъ, именно вѣнь, которыя образуютъ густую сѣть синусовъ, подобно синусамъ материнской части плаценты. Эти

(1) Подобные взгляды на значеніе плаценты были высказываемы еще очень давно. Такъ напр. *Аранциусъ* и *Ріоланъ* предполагали, что въ плацентѣ смѣшивается съ кровію *chylus* и что послѣдній, можетъ быть, здѣсь отдѣляется. *Вартонъ* и *Гарвей* думали, что дѣтское мѣсто назначено для приготовленія молока и что оно, такимъ образомъ, замѣняетъ для дитяти во время утробной жизни материнскія груди. По свидѣтельству *Морисо* въ его время нѣкоторые акушеры называли плаценту маточною печенью (*jesor uterini*) въ томъ смыслѣ, что она приготовляетъ и очищаетъ для дитяти материнскую кровь (*quia sanguinem ad foetum nutritionem praeparat et defecat*). *Andreas Laurentius* сравниваетъ дѣтское мѣсто съ поджелудочной желѣзой въ томъ отношеніи, что первое имѣетъ для плода тоже значеніе, что и поджелудочная желѣза для органовъ пищеваренія. По мнѣнію *Галлера* черезъ плаценту передается какой-то питательный сокъ, но неизвѣстно, кровь ли это, или другая влага. О значеніи дѣтскаго мѣста онъ выражается такъ: *magnum esse instrumentum percolationis humoris a matre ad foetum cunctis, nobile officium est placentae*.

сосуды, образующіеся изъ разросшихся венъ и капилляровъ, имѣютъ ту особенность, что тонкія артеріи здѣсь прямо вливаются въ расширенный венозный синусъ, напр., шириною отъ гусиного пера до мизинца. Такая сосудистая сѣть доходитъ до самой внутренней поверхности матки и здѣсь многочисленными отверстиями сообщается съ синусами материнской части плаценты. Если мы будемъ разсматривать стѣнки этихъ отверстій, то мы не найдемъ въ нихъ анатомическихъ признаковъ ни венозныхъ, ни артеріальныхъ стволовъ. Стѣнки сосудовъ, при переходѣ изъ матки въ плаценту, представляются очень тонкими, состоящими только изъ одной внутренней сосудистой оболочки (*tunica intima*). Такимъ образомъ эти переходные сосуды нельзя считать ни венами, ни артеріями матки,—они суть новыя образования изъ разросшихся капилляровъ слизистой оболочки, подобно тѣмъ сосудистымъ каналамъ, которые мы замѣчаемъ въ материнской плацентѣ. Вслѣдствіе такого устройства, сосуды, связующіе плаценту съ маткой, не имѣютъ ничего похожаго на обыкновенныя вены и артеріи съ ихъ эластическими стѣнками и не могутъ удерживать плаценту въ крѣпкомъ соединеніи съ маткой. Сосудистая связь на этомъ мѣстѣ такъ незначительна, что достаточно одной тяжести плаценты или легкаго сокращенія матки, чтобы повсемѣстно нарушить цѣлость этихъ многочисленныхъ сосудовъ, не смотря на то, что діаметръ ихъ часто превосходитъ толстое гусиное перо.

Кровообращеніе въ материнской части плаценты, такимъ образомъ, должно быть разсматриваемо въ связи съ кровообращеніемъ въ синусахъ маточной стѣнки. Эти послѣдніе съ плацентарными синусами представляютъ какъ бы одно цѣлое. Артеріальная кровь чрезъ тонкія вѣточки маточныхъ артерій прямо вливается въ надплацентарные синусы матки и отсюда медленной струей растекается по материнской плацентѣ, обмываетъ здѣсь выдающіяся ворсинки зародышевой плаценты и соотвѣтственными ходами снова возвращается въ надплацентарные синусы и отсюда по настоящимъ венамъ стекаетъ въ общій кругъ кровообращенія.

§ 34. *Плацента начинаетъ развиваться* во 2-й половинѣ 3-го мѣсяца беременности. Къ половинѣ 4-го она имѣетъ уже видъ правильно развитаго органа, хотя ростъ ея далеко не заканчивается этимъ временемъ. По мѣрѣ увеличенія плода, въ дальнѣйшихъ мѣсяцахъ беременности, плацента тоже продолжаетъ увеличиваться вслѣдствіе размноженія и разрастанія ворсинокъ и сосудовъ запоздалой отпадающей оболочки, такъ что плацента восьмимѣсячнаго плода будетъ значительно больше, чѣмъ 6—7 мѣсячнаго. Къ какому времени беременности ростъ плаценты совершенно останавливается, до сихъ поръ еще нельзя ска-

затъ; но на послѣднемъ мѣсяцѣ она, по видимому, уже больше не увеличивается, а напротивъ представляетъ слѣды увяданія. Эти слѣды замѣчаются преимущественно въ периферическихъ слояхъ наружной поверхности плаценты, гдѣ встрѣчается запусгѣніе ворсинокъ и регрессивное измѣненіе на поверхностномъ слоѣ отживающей запоздалой оболочки. Вслѣдствіе этихъ регрессивныхъ измѣненій, вѣроятно, и связь плаценты съ маткой болѣе и болѣе уменьшается.

§ 35. Плацента, обыкновенно, помѣщается въ верхнемъ отдѣлѣ матки, чаще всего на передней или задней стѣнкѣ⁽¹⁾. Гораздо рѣже она помѣщается на той или другой боковой сторонѣ верхняго отдѣла матки, и въ этомъ случаѣ чаще на правой. Еще рѣже она развивается въ нижнемъ отрѣзкѣ матки, сбоку или кругомъ маточнаго рыльца. Такимъ образомъ, слѣдовательно, плацента можетъ развиваться во всѣхъ точкахъ внутренней поверхности матки, начиная отъ дна и кончая внутреннимъ рыльцемъ, т. е. вездѣ, гдѣ существуетъ отпадающая оболочка и гдѣ яичко при поступленіи въ матку можетъ присосаться къ ея стѣнкамъ. Если мы видимъ, что плацента гораздо чаще прикрѣпляется въ верхнемъ отдѣлѣ матки, то это зависитъ отъ того, что оплодотворенное яичко, выступая изъ фаллопиевой трубы, тотчасъ же удерживается здѣсь на разрыхленной и утолщенной слизистой оболочкѣ.

Плацента удерживается на своемъ мѣстѣ запоздалою отпадающею оболочкою, имѣющею непосредственную связь съ маткой. Впослѣдствіи, когда плодный пузырь наполняетъ все свободное пространство полости матки, онъ до извѣстной степени тоже долженъ имѣть значеніе въ удержаніи плаценты, подпирая ее и препятствуя смѣщенію. Это значеніе плоднаго пузыря еще болѣе должно выражаться въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности, когда, вслѣдствіе начинающагося увяданія запоздалой оболочки, связь плаценты съ маткой дѣлается рыхлѣе. Въ концѣ беременности эта связь бываетъ такъ незначительна, что если бы не плодный пузырь, наполняющій матку, плацента отстала бы отъ мѣста своего прикрѣпленія въ силу собственной тяжести, или при незна-

⁽¹⁾ Гуссеровъ на 188 случаевъ точнаго опредѣленія положенія въ маткѣ плаценты нашелъ ее 77 разъ на передней и 93 на задней стѣнкѣ верхняго отрѣзка матки, 12 разъ справа и 6 разъ слѣва. Шредеромъ плацента опредѣлена: 37 разъ на передней, 18 на задней стѣнкѣ, 1 съ праваго боку, 8 разъ справа и впередъ, 7 разъ справа и назадъ, 2 раза слѣва и впередъ. По Биддеру плацента прикрѣплялась 73 раза на задней стѣнкѣ, 53 на передней, 8 разъ на двѣ матки, 4 раза слѣва и 6 справа (Petersburg. Med. Zeitschr. V. XVII Heft 4. 5. 1869 г.).

чительныхъ сокращеніяхъ маточныхъ стѣнокъ. Это мы дѣйствительно видимъ послѣ изгнанія младенца, когда полость матки дѣлается пустою и плацента при первомъ сокращеніи маточныхъ стѣнокъ отстаетъ отъ мѣста своего прикрѣпленія, опускается въ нижній отрѣзокъ матки, заворачивая на себя оболочки плоднаго пузыря.

7) Пупочный канатикъ.

§ 36. Пупочнымъ канатикомъ (*funiculus umbilicalis*) называется сосудистый шнурокъ, помощію котораго плацента соединяется съ брюшною поверхностію младенца. У зрѣлаго плода онъ бываетъ около 15—20" длины и въ мизинецъ толщины. Этотъ канатикъ состоитъ изъ оболочки и сосудовъ. Оболочка, покрывающая его, есть ничто иное, какъ водная оболочка плоднаго пузыря, которая, начинаясь отъ пупочнаго кольца, въ видѣ чехла окружаетъ канатикъ со всѣхъ сторонъ и съ внутренней поверхности плаценты переходитъ на плодный пузырь. Подъ этой оболочкой находится бѣловатое, желеобразное, эластическое вещество, извѣстное подъ именемъ *вартоновой студени*. Оно помещается въ неправильныхъ широкихъ клѣткахъ соединительной ткани и существуетъ не всегда въ одинаковомъ количествѣ. Отъ количества вартоновой студени зависитъ большая или меньшая толщина канатика. Вартонова студень начинаетъ образоваться съ конца 3-го, или начала 4-го мѣсяца беременности; до того времени канатикъ представляется тонкимъ, состоя только изъ оболочки, соединительно-тканной основы и сосудовъ. Значеніе вартоновой студени, вѣроятно, заключается въ томъ, чтобы защищать заключенные въ ней сосуды отъ случайнаго давленія, или прижатія. Иногда эта студень отъ неравномѣрнаго скопленія образуетъ на поверхности пупочнаго канатика родъ выдающихся бугровъ, извѣстныхъ подъ именемъ студенистыхъ узловъ, не имѣющихъ, впрочемъ, никакого практическаго значенія. Ни въ вартоновой студени и содержащихъ ее клѣткахъ, ни въ оболочкѣ пупочнаго канатика, не находится ни нервовъ, ни сосудовъ, за исключеніемъ капиллярнаго вѣнчика, выходящаго изъ кожи живота и простирающагося на нѣсколько линій дальше пупочнаго кольца. На верхней границѣ этого вѣнчика образуется впослѣдствіи (по отдѣленіи плода отъ матери) демаркаціонная линія при отпаденіи пупочнаго отрѣзка.

По всей длинѣ пупочнаго канатика проходятъ три сосуда: одна вена и двѣ артеріи. *Вена* по объему бываетъ значительно больше, нежели обѣ артеріи вмѣстѣ. Она представляетъ главный стволъ всѣхъ зародышевыхъ венъ плаценты. Путемъ этой вены

проходить къ зародышу очищенная и заправленная свѣжимъ питательнымъ матеріаломъ кровь изъ плаценты; слѣдовательно въ физиологическомъ смыслѣ вена пупочнаго канатика имѣетъ значеніе артеріи, хотя по анатомическому устройству она имѣетъ всѣ признаки обыкновенныхъ венозныхъ стволовъ. Проходя чрезъ пупочное кольцо въ полость живота, вена поднимается по направлению передней стѣнки вверхъ къ печени и здѣсь на нижней ея поверхности раздѣляется на двѣ вѣтви. Изъ нихъ одна вѣтвь вливается въ воротную вену печени, другая, подъ именемъ аранціева венознаго протока (*ductus venosus Arantii*), вливается въ восходящую полую вену. На всемъ своемъ протяженіи вена пупочнаго канатика не имѣетъ клапановъ.

Артеріи пупочнаго канатика происходятъ изъ *arteria iliaca* и идутъ чрезъ пупочное кольцо по длинѣ пуповины до мѣста ея прикрѣпленія къ плацентѣ и здѣсь развѣтвляются на многочисленные вѣтви, изъ которыхъ каждая идетъ въ отдѣльную дольку плаценты. При дальнѣйшемъ развѣтвленіи артеріальныя вѣточки образуютъ крупныя капиллярныя стволыки, идущіе въ каждую плацентарную ворсинку, на концѣ которой онѣ образуютъ петлю и переходятъ въ соответствующій венозный стволыкъ.

Какъ вены, такъ и артеріи въ пупочномъ канатикѣ нерѣдко образуютъ многочисленные спиральныя извивы, которые обыкновенно замѣчаютъ не раньше 3—5 мѣсяца беременности. Гораздо чаще и сильнѣе спиральное направленіе бываетъ на артеріяхъ, нежели на венѣ. Это происходитъ отъ неравномѣрнаго роста въ длину сосудовъ и оболочки пупочнаго канатика. До 3—4 мѣсяца пупочный канатикъ прибываетъ въ длину почти одинаково съ сосудами, потому въ это время извилистаго направленія на нихъ не замѣчается; но въ слѣдующіе мѣсяцы сосуды, особенно артеріи, нерѣдко начинаютъ рости быстрѣе, нежели оболочки канатика, поэтому они, естественно, должны изгибаться кругомъ его въ видѣ спирали. На венѣ пупочнаго канатика, кромѣ извивовъ, нерѣдко замѣчаются мѣстныя варикозныя расширенія, величиною отъ горошины до грецкого орѣха, извѣстныя подъ именемъ *ложныхъ узловъ*.

Пупочный канатикъ, обыкновенно, идетъ въ видѣ шнурка одинаковой толщины до самой внутренней поверхности плаценты и сливается съ ней посрединѣ, или съ края. Первый случай называется центральнымъ прикрѣпленіемъ пуповины, второй эксцентрическимъ или краевымъ. Тѣ случаи, когда сосуды пуповины раздѣляются на вѣтви раньше мѣста прикрѣпленія, считаются патологическими; поэтому о нихъ, равно какъ и другихъ неправильностяхъ въ строеніи пуповины, будетъ сказано въ патологической части акушерства.

С. Утробный плодъ.

1) Видоизмѣненія плода въ различные періоды беременности.

§ 37. Плодъ (foetus) во время утробной жизни имѣетъ различныя названія. До сформированія плаценты, или до 3-хъ мѣсяцевъ беременности, онъ называется *зародышемъ* (embryo), до 7 мѣсяцевъ — *незрѣлымъ плодомъ* (fructus immaturus); послѣ 7 мѣсяцевъ, когда плодъ дѣлается жизнеспособнымъ, онъ получаетъ названіе *недоношеннаго утробнаго младенца*, а по истеченіи 10 лунныхъ мѣсяцевъ называется *зрѣлымъ утробнымъ младенцемъ*.

Зародышъ, или утробный плодъ, помѣщается въ полости плоднаго яйца, окруженный со всѣхъ сторонъ околоплодною жидкостью. Начиная съ двухъ недѣль послѣ зачатія, его уже можно различить отчетливо простымъ глазомъ. При постепенномъ ростѣ въ теченіи утробной жизни, въ человѣческомъ зародышѣ происходитъ постоянный рядъ весьма важныхъ перемѣнъ, измѣняющихъ не только устройство его внутреннихъ органовъ, но и наружный видъ. Специальнымъ изученіемъ этихъ перемѣнъ, сопровождающихъ развитіе и ростъ утробнаго плода въ различные періоды беременности, занимается отдѣльная наука — эмбриологія. Поэтому мы коснемся здѣсь этого предмета только въ смѣслѣ наружныхъ отличительныхъ признаковъ утробнаго плода въ различные періоды его развитія, на сколько это нужно для чисто практическихъ акушерскихъ цѣлей.

Самый ранній срокъ, въ который былъ точно наблюдаемъ зародышъ человѣка, — это *шесть недѣль послѣ зачатія*. Такой зародышъ точнѣе всего былъ описанъ Томсономъ въ Эдинбургѣ. Величина его равняется въ это время 1"', а величина всего плоднаго яйца около 3"'; водная оболочка къ этому времени, вѣроятно, уже была сформирована, но allantois еще не было. Зародышъ спиной прикасался къ плодному яйцу.

На третьей недѣль послѣ зачатія плодное яйцо равняется 6—8"', а самый зародышъ имѣетъ 2—3"' длины и представляетъ слизистую массу, не имѣющую еще определенныхъ признаковъ человѣческаго вида. Въ этой сѣрвовой, рыхлой массѣ продолговатаго, нѣсколько изогнутаго очертанія, можно различить двѣ половины, отдѣленныя другъ отъ друга небольшимъ перехватомъ. Одна изъ этихъ частей, меньшая, служитъ впоследствии для развитія головы, а другая, большая, оказывающаяся хвостобразнымъ придаткомъ, превращается въ туловище и конечности. Полость живота соединяется съ пупочнымъ пузырькомъ, имѣющимъ значительные размѣры. Пупочный канатикъ еще не существуетъ. Питаніе плода въ это время совершается чрезъ пупочный пузы-

рекъ, въ которомъ находятся двѣ артеріи и двѣ вены. Allantois начинаетъ формироваться и содержать сосуды, но они еще не вошли въ полость ворсинокъ. Трехнедѣльный зародышъ точно описанъ *Костомъ*.

Къ концу 1-го луннаго мѣсяца плодное яйцо имѣетъ величину голубиного яйца, зародышъ достигаетъ около 5''' длины. Въ это время съ той и съ другой стороны обозначающей шейки бываютъ замѣтны 4 бороздки, на подобіе жаберъ у рыбъ, извѣстныя подъ именемъ жаберныхъ отверстій. На животѣ замѣчается продолговатая расщелина, изъ которой выходитъ ножка пупочнаго пузырька, который начинаетъ уже атрофироваться. На мѣстѣ положенія конечностей замѣчаются бугорки; глаза обозначаются черными точками; начинаютъ формироваться пупочный канатикъ, еще очень короткій.

Къ концу 2-го мѣсяца плодное яйцо равняется гусиному яйцу, зародышъ имѣетъ около 12''' въ длину и около одной драхмы вѣса. Въ немъ уже замѣтенъ человѣческой видъ. Головка сравнительно съ туловищемъ довольно велика, но уже получаетъ округленную форму. Глаза обозначаются въ видѣ небольшихъ черныхъ точекъ, отверстія носа въ видѣ плоскихъ углубленій, наружный слуховой проходъ въ видѣ небольшихъ отверстій. Ротъ имѣетъ форму широкой расщелины, въ глубинѣ которой замѣтенъ небольшой отростокъ, начало языка. Жаберныя щели большею частью въ это время совершенно закрываются. Конечности уже настолько сформированы, что позволяютъ различать плечо, предплечье и кисть, со слѣдами начинающагося раздѣленія пальцевъ. Животъ закрытъ до самаго пупочнаго кольца, которое находится въ самомъ низу передней брюшной стѣнки. Изъ этого кольца выходитъ пупочный канатикъ, обыкновенно длиннѣе самого зародыша. Подъ пупочнымъ кольцомъ находится небольшое коническое возвышеніе, обозначающее собою наружный половой органъ.

Къ концу 3-го мѣсяца зародышъ имѣетъ въ длину отъ 2—2½'' и вѣситъ около 1 унціи. Онъ имѣетъ явственный человѣческой образъ. Губы, носъ и уши получаютъ болѣе или менѣе правильную форму. Вѣки тоже развиты, но еще остаются сросшимися. На глазахъ существуетъ *membrana pupillaris*. Пальцы на конечностяхъ отдѣлены другъ отъ друга. Наружные половые органы развиты нѣсколько болѣе, но всетаки отличить полъ еще не возможно, такъ какъ клиторъ и penis имѣютъ одинаковую величину. Пупочное кольцо поднимается нѣсколько выше и большею частью въ немъ уже не заключается петли кишекъ. На большей части костей замѣтны уже точки окостенѣнія, ребра явственно обозначены, на пальцахъ есть зачатокъ ногтей.

Къ концу 4-го мѣсяца плодъ имѣетъ около 4—5" длины и отъ $4\frac{1}{2}$ — $6\frac{1}{2}$ унцій вѣса, кости черепа уже хорошо сформированы и отчасти окостенѣли, но еще значительно отстоятъ другъ отъ друга (широкіе швы и роднички). Носъ, ротъ и уши получили правильную форму. На пальцахъ замѣчаются ногти. Наружныя половыя части настолько развиты, что можно отличить полъ. Вслѣдствіе образования промежности задній проходъ представляетъ отдѣльное отверстіе. Пупочное кольцо поднимается нѣсколько выше предыдущаго мѣсяца. Кожа плода дѣлается плотнѣе; на ней замѣчается образованіе волосъ.

Къ концу 5-го мѣсяца плодъ достигаетъ величины 10—12" и 10 до 15 унцій вѣса. Лице имѣетъ старческой видъ. Вѣки начинаютъ раздѣляться. Кожа какъ на тѣлѣ, такъ и на головѣ бываетъ покрыта тонкимъ, нѣжнымъ, бѣловатымъ пушкомъ (lanugo) и на ней мѣстами показывается начало первородной смазки (vernix caseosa)

Къ концу 6-го мѣсяца плодъ достигаетъ 12—14" длины и отъ $2\frac{1}{2}$ —3 ф. вѣса. Вѣки раздѣлены, рѣсницы и брови выступаютъ яснѣе. Пушекъ на кожѣ является въ большемъ количествѣ. Волосы на головѣ довольно длинны. Кожа, вслѣдствіе отсутствія подкожной жирной клетчатки, представляется морщинистой и тѣло младенца не имѣетъ еще надлежащей полноты и округлости формъ. Отъ этой же причины морщинистое лицо имѣетъ какъ бы старческое выраженіе. Плодъ, рожденный въ этотъ періодъ, можетъ нѣкоторое, впрочемъ, короткое время оставаться живымъ, но къ продолжительной, самостоятельной жизни еще не способенъ.

Семимѣсячный плодъ имѣетъ 14—15" длины и $3\frac{1}{2}$ —4 ф. вѣса. Тѣло принимаетъ закругленныя формы; морщины большею частію исчезаютъ. Волосы на головѣ вырастаютъ въ значительномъ количествѣ, дѣлаясь длиннѣе и крѣпче. Вѣки открыты, тембрана pupillaris болѣе не существуетъ. Ногти не достигаютъ еще концовъ пальцевъ, хотя имѣютъ значительную крѣпость. Къ концу этого мѣсяца плодъ, обыкновенно, дѣлается жизнеспособнымъ, т. е. въ состояніи продолжать самостоятельную жизнь внѣ матки, хотя случаи, гдѣ бы такіе недоноски долго оставались живыми и здоровыми, встрѣчаются не часто.

Восемимѣсячный плодъ достигаетъ 15—16" длины и $4\frac{1}{2}$ —5 ф. вѣса. Ногти еще не вполне достигаютъ концовъ пальцевъ. У мальчиковъ одно изъ яичекъ, обыкновенно лѣвое, находится въ мошонкѣ. Пупочное кольцо все еще лежитъ ниже средней линіи живота.

На 9-мъ мѣсяцѣ плодъ имѣетъ около 16" длины и 6—7 ф. вѣса. Волосы на головѣ дѣлаются длиннѣе, крѣпче и темнѣе.

Пушокъ на тѣлѣ, начинающій падать еще въ концѣ предыдущаго мѣсяца, теперь дѣлается значительно рѣже. Ногти достигаютъ конца пальцевъ. Въ исключительныхъ случаяхъ у мальчиковъ оба яичка уже находятся въ мошонкѣ. По истеченіи 10-го луннаго мѣсяца плодъ обыкновенно достигаетъ надлежащей способности къ самостоятельной жизни, поэтому онъ называется зрѣлымъ.

2) Зрѣлый утробный младенецъ.

§ 38. *Опредѣленіе признаковъ зрѣлаго утробнаго младенца* необходимо, какъ для практическаго акушера, такъ въ особенности для судебного врача. На основаніи этихъ признаковъ нерѣдко приходится рѣшать вопросы о правахъ наслѣдства, о преступности, или невинности женщины, подозрѣваемой въ дѣтоубійствѣ, или чаще, вопросъ о томъ, въ состояніи ли новорожденный младенецъ вести самостоятельную жизнь и на сколько велики шансы къ продолженію этой жизни.

Зрѣлый доношенный младенецъ обыкновенно имѣетъ 18—20" длины и 8—10 ф. вѣса; въ исключительныхъ случаяхъ онъ можетъ достигать до 22" длины и до 12 ф. вѣса. Онъ имѣетъ закругленные формы, бѣлую кожу, безъ морщинъ и непокрытую пушкомъ, за исключеніемъ развѣ плечиковъ. Волосы на головѣ большою частію темнаго цвѣта, нерѣдко достигаютъ 1—1½" длины; ушные и носовые хрящи крѣпки; ногти сплона развиты, крѣпки и выдаются изъ за конца пальцевъ. У мальчиковъ яички, обыкновенно, уже помѣщаются въ морщинистой мошонкѣ. Кости черепа очень крѣпки, швы между ними узки. Доношенный младенецъ тотчасъ послѣ рожденія смотритъ оживленно, кричитъ звонкимъ голосомъ, рѣзко отличающимся отъ пискливаго голоса недоносковъ, и производитъ сильныя движенія. Въ скоромъ времени онъ испускаетъ мочу и первородный калъ (meconium). Послѣ начавшагося дыханія, кожа новорожденнаго младенца получаетъ красноватый цвѣтъ. Она бываетъ покрыта, въ особенности на спинѣ и въ складкахъ, напр. въ пахахъ, около шейки, бѣловатымъ, творожистымъ веществомъ, извѣстнымъ подъ именемъ *первородной смазки* (vernix caseosa). Эта смазка есть ни что иное, какъ накопившійся продуктъ отдѣленія салыныхъ желѣзъ въ соединеніи съ отжившими чешуйками кожицы. Первородная смазка начинаетъ образоваться съ того срока беременности, когда начинаютъ фунгировать салыныя желѣзы кожи, т. е. съ 4 или 6 мѣсяца.

Для опредѣленія зрѣлости или незрѣлости младенца обращается вниманіе на *положеніе пупочнаго кольца*. Въ на-

чалъ развитія плода пупочное кольцо находится въ нижней части передней брюшной стѣнки, надъ лоннымъ соединеніемъ; но съ дальнѣйшимъ ростомъ оно поднимается вверхъ и въ концу беременности лежитъ почти на срединѣ между *scrobiculum cordis* и лоннымъ соединеніемъ.

Размѣры отдѣльныхъ частей доношеннаго младенца имѣютъ особенное значеніе для практическаго акушерства, потому что по нимъ нерѣдко приходится дѣлать соображенія на счетъ соразмѣрности, или несоразмѣрности объема этихъ частей съ размѣрами таза. Въ этомъ отношеніи самую важную роль играютъ *размѣры головки плода*, составляющей самую объемистую и неуступчивую часть его тѣла. На головкѣ доношеннаго младенца необходимо помнить слѣдующіе размѣры:

Прямой, отъ корня носа до самой выпуклой части затылка = $4\frac{1}{4}$ — $4\frac{1}{2}$ ".

Поперечный (большой) между буграми темянныхъ костей съ той и другой стороны = $3\frac{1}{4}$ — $3\frac{1}{2}$ ".

Поперечный малый между наиболѣе выдающимися точками вѣнечнаго шва = 3 — $3\frac{1}{4}$ ".

Большой диагональный размѣръ, отъ подбородка до самой выпуклой части затылка = 5 — $5\frac{1}{4}$ ".

Лобно-затылочный: отъ передняго края большаго родничка до нижняго края затылочной кости $3\frac{1}{2}$ — $3\frac{3}{4}$ ".

и отъ самой выпуклой части лба до того же пункта затылочной кости $3\frac{3}{4}$ — $4\frac{1}{4}$ ".

Вертикальный, отъ макушки до большой затылочной дыры $3\frac{1}{4}$ — $3\frac{1}{2}$ ".

Наибольшая ширина основанія черепа 2 — $2\frac{1}{4}$ ".

Продольный размѣръ личика, отъ подбородка до нижняго края лба 3 "

и до верхняго края лба $5\frac{1}{4}$ ",

Окружность тазовки 14 — 15 ".

Размѣры между плечиками и ягодицами у новорожденнаго младенца не имѣютъ такого значенія, потому что эти части болѣе мягки и подвижны и при сдавливаніи могутъ въ значительной степени уменьшаться. *Ширина плечиковъ*, или поперечный размѣръ ихъ = $4\frac{1}{2}$ ". *Прямой размѣръ грудной клеточки* спереди назадъ = $3\frac{1}{2}$ ". *Поперечный размѣръ ягодицъ*, между гребенками подвздошныхъ костей = 4 ". *Прямой размѣръ ягодицъ*, отъ верхняго края лоннаго соединенія до соотвѣтственной части крестца = $2\frac{1}{4}$ ".

Вѣсъ и размѣры доношеннаго плода нерѣдко бываютъ нѣсколько больше или меньше показанныхъ. Это зависитъ: отъ наследственности, степени питанія, пола плода, возраста матери, и отъ того, въ который разъ женщина была беременна. Тѣлосложеніе родителей, отражаясь на дѣтяхъ какъ наслед-

ственный признак, нерѣдко вліяетъ на массу развитія утробнаго плода какъ со стороны отца, такъ и матери. Тоже самое можно сказать про условія здоровья родителей, особенно матери. Относительно пола замѣчено, что мальчики среднимъ числомъ бываютъ длиннѣе и тяжелѣе дѣвочекъ. Голова у первыхъ бываетъ нѣсколько объемистѣе, чѣмъ у послѣднихъ. Дѣти первородящихъ обыкновенно бываютъ нѣсколько меньше, нежели у многорождавшихъ. У очень молодыхъ матерей дѣти не бываютъ такъ развиты и упитаны, какъ у болѣе зрѣлыхъ. Роды съ приближеніемъ къ климактерическому возрасту (съ 39-го года) обыкновенно даютъ дѣтей нѣсколько меньшаго размѣра, чѣмъ тѣ, которые были въ цвѣтущемъ возрастѣ. Наконецъ, на объемъ дѣтей имѣютъ вліяніе болѣзни матери, какъ общія, такъ и половой сферы (страданія плаценты, hydramion).

§ 39. *Строеніе головки доношеннаго младенца* значительно различается отъ головы взрослого человѣка. Сравнительно съ послѣдней она представляется мягче, уступчивѣе; кости черепа не образуютъ сплошной костяной массы, а отдѣлены другъ отъ друга перепончатыми промежутками. Вслѣдствіе этого кости дѣтскаго черепа податливы и до извѣстной степени могутъ надвигаться другъ на друга. Лобная кость у дѣтей состоитъ изъ двухъ несросшихся половинокъ. Остающіеся перепончатые промежутки между костями черепа образуютъ швы и роднички, имѣющіе въ акушерствѣ очень важное значеніе, какъ руководящія точки для опредѣленія различныхъ положеній младенца. Въ этомъ смыслѣ имѣютъ значеніе для акушера слѣдующіе швы: *лобный шовъ* (sutura frontalis), идущій между обѣими половинками лобной кости. Онъ начинается у корня носа и оканчивается въ переднемъ углу большаго родничка. *Внечный шовъ* (sutura coronaria) идетъ между лобными и темянными костями, поперечно къ большому родничку, раздѣляясь имъ на двѣ половины: правую и лѣвую. *Стрѣловидный шовъ* (s. sagittalis) идетъ между верхними краями обѣихъ темянныхъ костей, отъ задней части большаго родничка до передней части малаго. Наконецъ *затылочный шовъ* (s. occipitalis) находится между затылочной и темянными костями. Съ той и другой стороны бедра этаго шва сходятся на вершинѣ затылочной кости, сливаясь съ малымъ родничкомъ.

Кромѣ швовъ, на головкѣ зрѣлаго младенца еще болѣе достойны вниманія акушера *роднички* (fonticuli), именно большой и малый. *Большой или передній родничекъ* (fonticulus major) находится по срединѣ передняго края темяни, именно, гдѣ сходятся лобныя кости съ темянными. Этотъ родничекъ имѣетъ форму трапеціи. Продольный размѣръ его у зрѣлаго младенца равняется приблизительно 10''' , а поперечный около 6. ''' Изъ 4-хъ угловъ передній, самый длинный и острый, обращенъ къ сторонѣ лба, задній, самый короткій и тупой, обращенъ къ сторонѣ затылка, и два

боковыхъ угла обращены въ ту и другую сторону къ темяннымъ костямъ.

Малый или задній родничекъ (fonticulus minor) лежитъ на срединѣ задней части темяни, гдѣ обѣ темяння кости сходятся съ затылочною костью. Онъ имѣетъ трехъугольную форму и у зрѣлаго младенца бываетъ такого незначительнаго объема, что едва вмѣщаетъ конецъ указательнаго пальца. Изъ трехъ его угловъ одинъ обращенъ прямо впередъ, къ темени, гдѣ обѣ темяння кости сходятся съ затылочною костью, два остальныхъ направляются косвенно кнаружи и назадъ.

Вслѣдствіе существованія на головкѣ у новорожденнаго младенца швовъ и родничковъ, кости черепа, при прохожденіи чрезъ каналъ таза, могутъ приближаться одна къ другой, даже въ нѣкоторыхъ случаяхъ заходить одна на другую. Отъ этого объемъ черепа, при сдавливаніи его во время родовъ со стороны таза, можетъ до извѣстной степени уменьшаться. У незрѣлаго младенца, при большой ширинѣ швовъ и родничковъ, это уменьшеніе можетъ быть еще значительнѣе.

Кромѣ того, роднички имѣютъ для насъ очень важное значеніе для распознаванія черепныхъ положеній, такъ какъ, ощупывая ихъ, мы можемъ съ точностію сказать, въ какую сторону обращенъ лобъ, въ какую затылокъ. Поэтому акушеру необходимо знать отличительные признаки большаго и малаго родничка и необходимъ навыкъ отличать ихъ по осязанію. Большой родничекъ отличается отъ малаго своимъ объемомъ, а главное тѣмъ, что въ него входитъ не 3, а 4 шва.—Чтобъ воспользоваться этимъ послѣднимъ признакомъ, необходимо оцупать края родничка по всей его окружности. Безъ этого оцупыванія, руководясь однимъ объемомъ родничка, можно впасть въ ошибку, потому что объемъ родничковъ въ различное время беременности и у различныхъ плодовъ можетъ быть не одинаковъ. Это зависитъ отъ степени развитія костей, отъ большаго или меньшаго сжатія головы, отъ соврожденной головной водянки и пр. Опредѣленіе малаго родничка приходится при родахъ дѣлать несравненно чаще, нежели большаго, тотому что тѣ черепныя положенія, при которыхъ малый родничекъ обращенъ впередъ, встрѣчаются чаще.

Кромѣ двухъ упомянутыхъ родничковъ можетъ представиться, хотя въ очень рѣдкихъ случаяхъ, изслѣдующему пальцу на головкѣ младенца еще одинъ изъ боковыхъ родничковъ (задній), лежащихъ при соединеніи чешуйчатаго шва съ ламбдообразнымъ. Передній боковой родничекъ покрытъ толстымъ слоемъ мягкихъ частей и потому, обыкновенно, не прощупывается.

Кости у новорожденнаго младенца бываютъ мягче, эластичнѣе костей взрослыхъ. Вслѣдствіе этого онѣ больше противосто-

ять внѣшнимъ насиліямъ и рѣже подвергаются перелому. Связки, соединяющія черепъ съ позвоночникомъ и отдѣльныя кости позвоночника и конечностей между собою, у новорожденныхъ дѣтей бываютъ гораздо болѣе упруги, эластичны, нежели у дѣтей старшаго возраста, тѣмъ болѣе у взрослыхъ. Вслѣдствіе этого головка во время родовъ можетъ сильно отгибаться назадъ (при лицевыхъ положеніяхъ) безъ вреда для младенца. Отъ этого же въ нѣкоторыхъ случаяхъ акушеры позволяютъ себѣ безнаказанно производить насильственные потягиванія за головку для освобожденія плечиковъ и туловища, или за туловище для освобожденія головки. Отъ этой же причины тѣло новорожденного младенца можетъ сгибаться гораздо легче и значительнѣе безъ всякихъ опасныхъ послѣдствій, что мы, напр. видимъ при операціяхъ труднаго поворота, извлеченія, освобожденія ручекъ и пр., при чемъ въ другихъ возрастахъ легко произошелъ бы вывихъ или переломъ, а во время родовъ это обходится совершенно безнаказанно. Само собою разумѣется, что и при этихъ насиліяхъ, которымъ такъ часто и такъ смѣло подвергается рождающійся младенецъ, должна быть соблюдаема извѣстная граница. Бывали примѣры, гдѣ при чрезмѣрномъ растяженіи, или нажиманіи рукою акушера производились у младенца вывихи и переломы костей черепа и конечностей, даже полнаго отрыванія головки, ножки или ручки.

3 Положеніе и членорасположеніе плода въ маткѣ.

§ 49. Подъ именемъ *положенія плода* (situs) разумѣется отношеніе продольнаго его размѣра къ продольному размѣру матки. Оно бываетъ или *вертикальное* (прямое), когда продольная ось младенца совпадаетъ съ длинникомъ матки, или *косвенное* (поперечное), когда эти оси перекрещиваются. Первое положеніе раздѣляется на черешное, лицевое и ягодичное, смотря по тому, какая изъ этихъ частей предлежитъ къ выходу изъ матки. Та часть младенца, которая обращена къ маточному рыльцу, называется *предлежащею частію*.

Положеніе плода во время беременности бываетъ не одинаково. До тѣхъ поръ, пока матка не приняла еще форму овоида, пока количество околоплодной жидкости сравнительно съ объемомъ плода еще весьма значительно, плодъ, какъ помѣщенный въ свободномъ пространствѣ, можетъ принимать самое разнообразное положеніе. Но при дальнѣйшемъ теченіи беременности, когда матка изъ грушевидной превращается въ яйцевидную форму, съ преобладаніемъ продольнаго размѣра надъ всѣми остальными, когда тѣло плода значительно вырастаетъ и уже не такъ свободно помѣщается въ полости матки, оно по необходимости должно при-

искривать себя болѣе удобное положеніе. Такъ какъ продольный размѣръ младенца преобладаетъ надъ всѣми остальными, точно также и матка по продольному размѣру представляетъ гораздо больше пространства, то младенецъ въ силу механическихъ условій приспособленія, естественно, переходитъ мало по малу изъ горизонтальнаго или косвеннаго положенія въ вертикальное. Это случается болѣею частію около 3—4-го мѣсяца.

Помѣщаясь по продольной оси матки, младенецъ можетъ расположиться или верхнимъ, или нижнимъ концомъ впередъ; но гораздо чаще впередъ обращается головка, нежели ягодицы. Причина такого положенія младенца изстари занимала любознательность акушеровъ, но до сихъ поръ не рѣшена еще удовлетворительно. Еще *Гиппократъ*¹⁾ училъ, что младенецъ до 7 мѣсяцевъ лежитъ въ маткѣ нижнимъ концомъ впередъ, а послѣ 7 мѣс. вдругъ поворачивается головкой внизъ. Это ученіе держалось очень долго. Впослѣдствіи пытались доказать, въ противоположность этому ученію, что положеніе младенца во время всей беременности остается неизмѣннымъ, но эта теорія не могла долго держаться, потому что наблюденія прямо показывали, что младенецъ дѣйствительно

(¹) Ученіе *Гиппократа* о положеніи младенца въ маткѣ раздѣлялъ и *Аристотель*, объясняя это положеніе закономъ тяжести. Именно, по его понятію, точка укрѣпленія младенца находится на пупочномъ кольцѣ (ребенокъ виситъ на пуповинѣ), отъ того передняя часть его, вмѣстѣ съ головкой, имѣя болѣе объемъ и вѣсъ, опускается внизъ. *Реальдъ Колумбъ* (1544), ученикъ Везалія, первый высказался противъ теоріи Гиппократа и на основаніи точныхъ наблюденій на живыхъ женщинахъ и на трупахъ въ первый разъ установилъ три постоянныхъ положенія: черепное, ягодичное и поперечное. *Гарвей* (1628) допускалъ свободное движеніе младенца въ околоплодной жидкости въ различныя стороны и приводилъ въ доказательство этого обвинанія пуповины. *Опитозъ* (1743) первый началъ объяснять причину черепныхъ положеній на основаніи физическихъ законовъ наибольшей тяжести головки сравнительно съ остальными частями тѣла. Эта теорія существовала очень долго. Противъ нея въ недавнее время (1849) высказался *Симпсонъ*. По его мнѣнію, установка положенія младенца зависитъ отъ его рефлекторныхъ движеній, при которыхъ плодъ принаравливается къ маткѣ, отыскивая для себя болѣе удобное помѣщеніе. Такое удобство можетъ быть только при черепныхъ положеніяхъ, потому что во всякомъ другомъ маточныя стѣнки будутъ больше нажимать на тѣло плода и этимъ самымъ возбуждать новые рефлексы съ цѣлію измѣнить неловкое, неудобное положеніе. Эта теорія, впрочемъ, не составляетъ новости. Её высказывалъ еще *Амбруазъ Парѣ* (1545) и въ повѣйшее время подтверждалъ *Поль Дюбуа* (1833). *Креде* и *Кристеллеръ* (1854—55) причину черепныхъ положеній младенца искали въ мышечныхъ сокращеніяхъ матки, растянутыя стѣнки которой дѣйствуютъ на плодъ и устанавливаютъ его въ болѣе удобное положеніе.

измѣняетъ положеніе и даже не одинъ разъ въ теченіи беременности, а нѣсколько. Въ послѣднее время снова обратились къ теоріи перекувыркиванія (culbute), приводя въ доказательство ея тѣ факты, что при преждевременныхъ родахъ гораздо чаще встрѣчаются годичныя положенія, тогда какъ при зрѣлыхъ родахъ или вообще въ концѣ беременности—черепныя. Эти факты безъ сомнѣнія справедливы, но объясненіе ихъ можетъ быть различно. Если утробный младенецъ въ теченіи первыхъ 6—7 мѣсяцевъ беременности гораздо чаще помѣщается нижнимъ концомъ впередъ, или косвенно, а потомъ, дѣйствительно, поворачивается головкой внизъ, то этотъ поворотъ не можетъ быть принимаемъ за причину черепныхъ положеній. Самъ по себѣ поворотъ есть слѣдствіе другихъ причинъ, обуславливающихъ измѣненіе въ положеніи младенца, слѣд. онъ не разрѣшаетъ теоріи, а представляетъ то искомое, къ разрѣшенію котораго стремились. Сказать, что младенецъ чаще всего рождается въ черепныхъ положеніяхъ потому, что поворачивается головкой внизъ значить—ничего не сказать.

По другой теоріи происхожденіе черепныхъ положеній объяснялось физическимъ закономъ тяжести отдѣльныхъ частей младенца. Такъ какъ голова и верхняя часть туловища тяжелѣе нижней части, поэтому младенческое тѣло, плавая въ околоплодной жидкости, погружается верхнимъ концомъ внизъ, къ нижнему отрѣзку матки. Эта теорія точно также не можетъ считаться вполне безупречной. Прежде всего она неосновательна потому, что на тѣло младенца нельзя смотрѣть, какъ на мертвое физическое тѣло, плавающее въ свободномъ пространствѣ. Напротивъ, на положеніе его въ маткѣ должны оказывать вліяніе и активныя движенія, и форма полости матки, и сокращеніе маточныхъ стѣнокъ. Вслѣдствіе этого вышеприведенный физическій законъ здѣсь теряетъ свою силу. Кромѣ того, если бы даже вполне допустить примѣнимость этого закона для объясненія черепныхъ положеній, то и тутъ нельзя разрѣшить разбираемаго явленія. Еще *Поль Дюбуа* (1839), *Дунканъ* (1855), *Вейтъ*, *Гонингъ* производили опыты для разрѣшенія этого вопроса надъ трупомъ новорожденнаго младенца, погружая его въ сосудъ съ водой, имѣющій форму матки. При этомъ оказывалось, что трупъ погружается въ косвенномъ направленіи и достигаетъ дна прежде всего однимъ изъ плечиковъ. Это происходитъ отъ того, что наибольшая тяжесть въ тѣлѣ младенца находится не въ головкѣ, а въ правомъ боку, гдѣ лежитъ печень. Въ силу этого утробный плодъ, предоставленный закону тяжести, чаще всего въ концѣ беременности принималъ бы косвенное или поперечное направленіе, чего однако не бываетъ. Если бы черепныя положенія происходили по законамъ тяжести, то они чаще встрѣчались бы въ первой половинѣ бере-

менности, когда больше околоплодной жидкости и подвижность младенца свободнѣе, между тѣмъ на дѣлѣ оказывается совѣтъмъ противное (¹). Наконецъ, если мы обратимъ вниманіе на роды животныхъ, у которыхъ матка находится въ горизонтальномъ положеніи, то и у нихъ увидимъ, что плодъ чаще всего рождается головой впередъ, чего уже никакъ нельзя объяснить закономъ тяжести. Принимая все это во вниманіе, слѣдуетъ придавать гораздо болѣе значенія при объясненіи происхожденія черепныхъ положеній не тяжести плода, а формѣ полости матки и дѣйствию ея мышечныхъ стѣнокъ.

§ 41. При объясненіи причинъ того или другаго положенія младенца въ маткѣ, необходимо имѣть въ виду свойство и форму какъ младенческаго тѣла, такъ и полости матки; другими словами—необходимо имѣть въ виду законы принаровленія младенца въ полости матки. Въ первые 3 мѣсяца беременности плодъ по незначительности своего объема и при обилии водъ не имѣетъ надобности въ опредѣленномъ положеніи; но со второй половины беременности ростъ его начинаетъ быстро увеличиваться и переростать матку. Въ это время матка сохраняетъ еще форму груши, при чемъ въ верхней ея части оказывается больше пространства, нежели въ нижнемъ отрѣзкѣ. По этой причинѣ плоду, имѣющему больше объема на головномъ концѣ, удобнѣе расположиться нижнимъ концомъ къ маточному устью. Въ такомъ положеніи онъ остается до тѣхъ поръ, пока не начнетъ растягиваться нижній отрѣзокъ матки и матка не получитъ форму овоида. При такомъ измѣненіи формы матки, когда пространство ея полости оказывается одинаковымъ какъ въ верхней, такъ и въ нижней части, плодъ, помѣщавшійся до того времени верхнею частию туповища около дна матки, съ наклоненною внизъ головкою, на-

(¹) Изъ новѣйшихъ писателей теорію тяжести для объясненія положеній младенца принимаетъ *Шредеръ*, подновляя еѣ новыми соображеніями (*Lehrbuch d. Geb.* 1874 p. 50). При этомъ онъ беретъ въ расчетъ положеніе матки относительно горизонта. При стоячемъ положеніи женщины ось матки находится къ горизонту подъ угломъ 35° , при чемъ самой низкой точкой будетъ не маточное внутреннее рыльце, а мѣсто на передней маточной стѣнкѣ. Отъ этого, по закону тяжести, плодъ долженъ помѣститься такимъ образомъ, что, если спинка его обращена впередъ, то головка должна соответствовать маточному рыльцу, а если спинка обращена въ сторону, то головка по тому же закону тяжести должна быть нѣсколько направлена въ противоположную сторону. Такъ какъ плодъ, погруженный въ вертикальномъ положеніи въ жидкость, глубже опускается правой, нежели лѣвой стороной, поэтому спинка его должна быть направлена впередъ и влѣво, а головка нѣсколько отклоняется въ правую сторону.

чинаетъ мало по малу опускаться головкой внизъ. Такимъ образомъ при первоначальномъ расположеніи плода по длинѣ матки, по физическимъ законамъ приспособленія, сперва образуется ягодичное положеніе. При этомъ положеніи однакоже длина младенца не вполне совпадаетъ съ продольнымъ размѣромъ матки, именно головка и верхняя часть туловища образуютъ дугообразную линію около дна матки, при чемъ головка отчасти переходитъ на противоположную сторону матки. При такомъ положеніи головка и верхняя половина туловища, какъ тяжелѣйшія части, естественно должны имѣть наклонность опускаться внизъ. Это можетъ происходить или постепенно, или быстро, при содѣйствіи произвольныхъ движеній плода, или сокращеній матки. Такимъ образомъ устанавливается вторичное черепное положеніе. Вторичное черепное положеніе, какъ видно изъ условій его происхожденія, гораздо легче образуется на 8—9 мѣсяцѣ беременности, когда младенецъ въ полости матки, по тѣснотѣ помѣщенія, принимаетъ болѣе дугообразную форму и когда для увеличенія пространства помѣщенія начинаетъ растягиваться нижній отрѣзокъ матки. Отъ этого при срочныхъ родахъ черепныя положенія встрѣчаются гораздо чаще, нежели при родахъ преждевременныхъ.

§ 42. *Лицевыя положенія* нужно считать за случайныя отклоненія черепныхъ положеній, или за испорченныя черепныя. По всей вѣроятности они образуются только во время родовъ, или подъ самый конецъ беременности, вслѣдствіе случайнаго упирания лбомъ или затылкомъ младенца о ту или другую боковую стѣнку таза. Вслѣдствіе такого упора, при нажиманіи младенца сверху, головка отгибается назадъ, и вмѣсто черепа въ половыя пути вставляется личико. Принимать за причину лицевыхъ положеній самопроизвольное отгибаніе головки, вслѣдствіе сокращенія затылочныхъ мышцъ, равно какъ принимать эти положенія во время беременности при свободной подвижности младенца, я считаю невозможнымъ. Самопроизвольное разгибаніе головки могло бы быть явленіемъ минутнымъ, такъ какъ безъ механической причины младенецъ въ этомъ положеніи, вслѣдствіе его неестественности, долго оставаться не можетъ. Отъ этой причины лицевое положеніе не можетъ существовать въ то время беременности, когда головка младенца еще подвижна.

Ягодичныя положенія образуются точно также, какъ и черепныя во время первоначальнаго принаровленія тѣла младенца къ продольному размѣру матки. Ягодичное положеніе остается во все время беременности въ томъ случаѣ, когда нижній отрѣзокъ матки по какимъ либо причинамъ недостаточно растягивается. Замѣчаемый иногда переходъ черепныхъ положеній въ яго-

дичныя (въ концѣ беременности) можетъ происходить не иначе, какъ подъ вліяніемъ случайныхъ причинъ, содѣйствовавшихъ передвиженію младенца (сотрясенія живота, неестественныя наклоненія тѣла), или вслѣдствіе активнаго движенія плода, возможнаго при большомъ количествѣ околоплодныхъ водъ, или вслѣдствіе особеннаго сокращенія маточныхъ стѣнокъ.

§ 43. Кромѣ общихъ положеній младенца верхнимъ или нижнимъ концомъ, мы различаемъ во время родовъ различныя подраздѣленія этихъ положеній, называемыя *позиціями* или *видами положеній* (*positio*). *Видомъ положенія* или *позиціею* называется отношеніе поверхностей младенца къ различнымъ сторонамъ таза или тѣла матери. При нормальномъ положеніи плода, самымъ обыкновеннымъ видомъ помѣщенія считается тотъ, при которомъ спинка младенца бываетъ обращена къ лѣвому боку матери и нѣсколько впередъ. Изъ этого, самаго нормальнаго и самаго частаго, положенія бываютъ однако же исключенія, не мѣняющія правильному ходу родовъ и потому считающіяся за видоизмѣненіе нормальнаго положенія. Такихъ отступленій или видовъ считается три: изъ нихъ въ одномъ случаѣ спинка младенца бываетъ обращена въ правую сторону матери, во второмъ— въ лѣвую сторону и назадъ и, наконецъ, рѣже всего въ правую сторону и назадъ. Такимъ образомъ всякое вертикальное положеніе подраздѣляется на 4 вида, смотря по тому, въ какую сторону матери бываетъ обращена спинка.

Причина, почему утробный младенецъ помѣщается именно въ этихъ, а не въ другихъ позиціяхъ, точно также заключается въ требуемыхъ соотношеніяхъ между размѣрами плода и маткой. Здѣсь точно также выполняется тотъ общій законъ, по которому наибольшіе размѣры плода должны совпадать съ наибольшими размѣрами матки. Въ полости матки, кромѣ продольнаго размѣра, мы имѣемъ прямой, поперечный и косвенный. Изъ нихъ прямой размѣръ самый короткій, косвенный самый длинный (не считая продольнаго), а поперечный размѣръ представляетъ какъ бы средину между тѣмъ и другимъ. Примѣнительно къ этому, для удобства помѣщенія, младенецъ располагается въ маткѣ такъ, чтобы наибольшіе его размѣры приходились по наибольшимъ же размѣрамъ матки. Самый большій размѣръ головки, какъ извѣстно, есть прямой, самый меньшій— поперечный. Въ ягодицахъ и плечикахъ, напротивъ, наибольшій размѣръ— поперечный, наименьшій прямой. Поэтому головка, располагаясь въ нижнемъ отрѣзкѣ матки, должна выбирать наиудобнѣйшій размѣръ для своего помѣщенія; такимъ размѣромъ можетъ быть только косвенный или поперечный, по которымъ обыкновенно и располагается продольный размѣръ головки. Мы видимъ, что головка зрѣлаго пло-

да гораздо чаще помѣщается по косвенному размѣру, чѣмъ по поперечному, и это зависитъ отъ направленія плечиковъ и ягодиць. Если бы головка продольнымъ диаметромъ помѣщалась по поперечному размѣру нижняго отрѣзка матки, то плечики и ягодицы должны были бы расположиться наибольшими своими размѣрами по прямому размѣру матки, въ которомъ имъ было бы гораздо тѣснѣе, чѣмъ въ поперечномъ или косвенномъ. Отъ этого ягодицы и плечики обыкновенно помѣщаются такъ, чтобы поперечный размѣръ ихъ совпадалъ съ однимъ изъ косвенныхъ размѣровъ матки и соответственно этому головка отклоняется отъ поперечнаго размѣра, направляясь въ противоположный косвенный. На этомъ основаніи какъ при черепныхъ, такъ и при ягодичныхъ положеніяхъ, спинка младенца, обращаясь вправо или влѣво, всегда немного направляется впередъ или назадъ.

Выше мы сказали, что чаще всего встрѣчаются такія положенія, при которыхъ спинка младенца обращена впередъ и влѣво. Изъ всѣхъ видовъ черепнаго положенія этотъ видъ встрѣчается 65 разъ на 100. Причина, почему чаще встрѣчается именно этотъ видъ черепнаго положенія, до сихъ поръ въ точности еще не рѣшена. Основательнѣе всего и здѣсь искать причину частоты сказаннаго положенія не столько въ физическихъ законахъ тяжести, сколько въ формѣ и положеніи матки, въ активной дѣятельности ея мышечныхъ стѣнокъ. Во всякомъ случаѣ нужно допустить, что причины, по которымъ спинка младенца склоняется направо или налево, во время беременности могутъ измѣняться, отъ этого нерѣдко измѣняются и виды положенія.

§ 44. *Членорасположеніемъ младенца (habitus)* называется направленіе различныхъ частей его тѣла и отношеніе ихъ другъ къ другу. При обыкновенномъ, естественномъ членорасположеніи члены младенца должны быть помѣщены такъ, чтобы они занимали по возможности меньше пространства, придавали бы плоду болѣе округленный компактный видъ. Эта цѣль достигается такимъ образомъ, что головка нагибается впередъ и прижимается подбородкомъ къ груди, ручки, согнутыя въ локтевыхъ суставахъ, складываются на груди около личика, а ножки, согнутыя въ колѣнахъ и бедрахъ, прижимаются къ животу. Такимъ образомъ тѣло плода получаетъ продолговато-яйцеобразную форму, нѣсколько выгнутую сзади напередъ. Такое членорасположеніе младенца обуславливается, какъ устройствомъ и развитіемъ его тѣла, такъ и мѣстоположеніемъ его въ маткѣ. Такъ какъ самый большій (продольный) размѣръ матки въ концѣ беременности имѣетъ только 10—12", а младенецъ достигаетъ 18—20" длины, то естественно, что онъ долженъ, насколько возможно, уменьшить свой продоль-

ный размѣръ,—сгибать головку и нижнія конечности. Пригибаніе головки къ груди происходитъ вслѣдствіе того, что первая сочленяется съ позвоночникомъ не посрединѣ основанія черепа, а болѣе сзади, отчего при этомъ сочлененіи образуется рычагъ втораго рода, переднее плечо котораго будетъ значительно длиннѣе задняго. Вслѣдствіе этого головка, предоставленная самой себѣ, естественно склоняется впередъ и можетъ быть выпрямлена только при помощи затылочныхъ мышцъ, которыя у утробнаго младенца развиты весьма слабо и при томъ не могутъ дѣйствовать постоянно. Физиологическія кривизны позвоночника, которыя существуютъ у дѣтей и взрослыхъ и до извѣстной степени регулируютъ центр тяжести туловища и головы, у утробнаго младенца не существуютъ. У него позвоночный столбъ образуетъ одну общую отлогую кривизну, начинающуюся у крестца и оканчивающуюся у затылка. Такая кривизна не только не будетъ содѣйствовать прямому положенію головки, но, напротивъ, будетъ увеличивать наклонность къ ея сгибанію впередъ.

Нижнія конечности у утробнаго младенца тоже имѣютъ естественно согнутое направленіе. Если мы будемъ у него искусственно отводить бедра, то должны употребить значительное насиліе, чтобы привести ихъ въ прямую линію съ тѣломъ, и при этомъ выпрямленіе все-таки произойдетъ на счетъ искривленія поясничной части позвоночника. Полусогнутое состояніе бедеръ у утробнаго младенца есть слѣдствіе физиологическаго укороченія тазобедренной связки, происходящаго въ свою очередь отъ недостатка растяженія, такъ какъ полнаго разгибанія ножекъ во время утробной жизни обыкновенно не бываетъ. Такимъ образомъ согнутое состояніе спинки, пригибаніе головки и ножекъ впередъ, составляющія естественное и самое важное условіе членорасположенія младенца, представляютъ собою необходимое послѣдствіе особенностей его анатомическаго устройства. Что касается до расположенія ручекъ и сгибанія колѣнъ, то это зависитъ отъ тѣсно-помѣщенія въ маткѣ, и потому, при свободѣ движенія, отступленія отъ правильнаго членорасположенія въ этихъ частяхъ могутъ встрѣчаться довольно часто.

4) Питаніе плода въ утробѣ матери.

§ 45. Источникомъ питанія плода во время утробной жизни можетъ быть только одна материнская кровь; но пути, чрезъ которые доставляется плоду изъ крови матери питательный матеріалъ въ различное время беременности бываютъ различны. Въ самое первое время беременности, оплодотворенное яичко, подобно низшимъ животнымъ организмамъ, не имѣетъ никакихъ ор-

гановъ, специально назначенныхъ для питанія. Въ это время питательная влага всасывается изъ прилегающихъ материнскихъ тканей всюю поверхностію яичка и проводится черезъ его оболочки въ самому зародышу. Такой способъ питанія существуетъ въ яичкѣ все время, пока оно проходитъ черезъ фаллопиеву трубу къ маткѣ, до тѣхъ поръ, пока на немъ не образуются постоянныя *ворсинки*. Съ развитіемъ ворсинокъ на поверхности кожистой оболочки, онѣ представляютъ уже родъ самостоятельнаго органа, назначеннаго для питанія. Ворсинки кожистой оболочки, присасываясь къ слизистой оболочкѣ матки, втягиваютъ въ себя, подобно лимфатическимъ путямъ, питательную жидкость и проводятъ еѣ въ полость плоднаго яйца, откуда зародышъ получаетъ питаніе, какъ и въ первомъ случаѣ, всюю поверхностію своего тѣла. Нѣсколько позднѣе въ зародышѣ развивается, такъ называемый, *пузырь* (*vesicula umbilicalis*), который играетъ роль приемника для питательной жидкости, проводимой въ него черезъ ворсинки кожистой оболочки и сообщаемой зародышу посредствомъ *ductus omphaloentericus* и *vasa omphaloenterica*. Еще позднѣе, именно въ 3-мъ мѣсяцѣ беременности, когда ворсинки кожистой оболочки начинаютъ рѣдѣть и исчезать на значительной поверхности плоднаго яйца, а на извѣстномъ участкѣ начинаетъ развиваться *п्लацинта*, роль питательнаго органа сосредоточивается преимущественно въ этой послѣдней. Мы сказали *преимущественно* потому, что и въ это время беременности питаніе плода въ извѣстной степени можетъ еще совершаться черезъ поверхность его тѣла изъ околоплодной жидкости. Доказательство этого можно видѣть въ томъ, что околоплодная жидкость содержитъ въ себѣ значительное количество бѣлка, играющаго, какъ извѣстно, очень важную роль въ питаніи организма. Кожа зародыша до 4—5 мѣсяцевъ обладаетъ большею всасывающею способностію, такъ какъ она еще въ это время не покрыта плотными чешуйками кожицы (*Epidermis*) и не облѣплена слоемъ, такъ называемой, первородной смазки. Наконецъ, околоплодная жидкость какъ въ это, такъ и въ позднѣйшее время беременности, по всей вѣроятности, проглатывается плодомъ и всасывается черезъ обыкновенные пищеварительные пути. На это указываетъ присутствіе въ желудкѣ и первородномъ калѣ слѣдовъ первородной смазки и волосъ, которые могли попасть сюда не иначе какъ съ проглоченною околоплодною жидкостью. О значеніи плаценты, какъ органа питанія, мы уже говорили выше (§ 32, стр. 36), именно, что здѣсь работается изъ крови матери почти весь питательный матеріалъ, необходимый для зародыша. вмѣстѣ съ тѣмъ плацента должна считаться и органомъ дыханія, потому что черезъ ея ворсинки зародышъ

получаетъ изъ крови матери необходимое количество кислорода⁽¹⁾. Доказательствомъ этому могутъ служить извѣстные всѣмъ акушерамъ случаи быстро наступающей смерти младенца отъ задушенія вслѣдствіе прижатія или охлажденія пуповины. При такихъ случаяхъ младенецъ обыкновенно умираетъ въ теченіи нѣсколькихъ минутъ, такъ что подобную быструю смерть нельзя объяснить недостаткомъ питанія, потому что безъ пищи младенецъ можетъ жить гораздо дольше.—Если бы смерть здѣсь происходила вслѣдствіе прижатія вены пупочнаго канатика, слѣд. отъ недостатка крови, то на трупахъ всегда можно было бы видѣть слѣды сильной анеміи, какъ у истекшихъ кровью, чего мы на самомъ дѣлѣ не замѣчаемъ. Что плацента для утробнаго младенца служитъ, между прочимъ, и органомъ дыханія, въ доказательство этого приводятъ старинный экспериментъ, произведенный еще Везалемъ. Онъ состоитъ въ слѣдующемъ: если погрузить только что рожденнаго или вынутаго изъ матки щенка съ неразорваннымъ пузыремъ въ теплую воду и время отъ времени сжимать его пуповину, то можно видѣть какъ за каждымъ такимъ сжиманіемъ животное будетъ открывать ротъ и выражать стремленіе къ дыхательнымъ движеніямъ, желая какъ бы защититься отъ задушенія.

5) Отдѣленія въ тѣлѣ утробнаго младенца.

§ 46. Отдѣленія въ тѣлѣ утробнаго младенца сравнительно бываютъ незначительны. Въ этомъ отношеніи можно указать на отдѣленія: желчи, жидкостей кишечнаго канала, мочи и кожного сала.

Отдѣленіе желчи начинается съ 3-го мѣсяца беременности; а съ 5-го мѣсяца желчь можно найти уже въ желчномъ пузырьѣ въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ. Съ этого времени она начинаетъ поступать въ кишечный каналъ и съ теченіемъ беременности все увеличивается болѣе и болѣе.

Жидкость кишечнаго канала точно также начинаетъ отдѣляться съ 3-го мѣсяца. Въ началѣ это отдѣленіе представляется въ видѣ небольшого количества слизи, скопляющейся въ желуд-

(1) До сихъ поръ еще не существуетъ точныхъ изслѣдованій относительно тѣхъ продуктовъ, которые вырабатываются въ плацентѣ изъ крови матери и поступаютъ на питаніе младенца, и наоборотъ, какіе выбрасываются изъ крови младенца въ общій потокъ кровообращенія матери, какъ отжившій матеріалъ. *Пфлюгеромъ* произведены были опыты только относительно измѣненія цвѣта крови подъ вліяніемъ плацентарнаго дыханія, доказывающіе несомнѣнно, что младенческая кровь здѣсь получаетъ кислородъ и отдаетъ углекислоту.

къ и тонкихъ кишкахъ. Впослѣдствіи эта жидкость начинаетъ отдѣляться въ большемъ количествѣ, и на 5-мъ мѣсяцѣ, отъ присоединенія къ ней желчи, измѣняетъ свой цвѣтъ и плотность. Она превращается въ темно-зеленоватую, вязкую, кашицеобразную массу, извѣстную подъ именемъ *первороднаго кала* (*meconium*). Слѣдовательно, первородный калъ есть ничто иное, какъ слизь кишечнаго канала въ соединеніи съ желчью и отслоившимся эпителиемъ слизистой оболочки. Впослѣдствіи къ этому прибавляется, какъ посторонняя примѣсь, въ неопредѣленномъ количествѣ чешуйки кожицы, тонкіе волоски и кусочки первородной смазки, попадающіе въ кишечный каналъ съ поверхности тѣла изъ околоплодной жидкости.

Накопленіе первороднаго кала сначала начинается въ тонкихъ кишкахъ и потомъ постепенно идетъ дальше, такъ что въ 7-мъ мѣсяцѣ *meconium* встрѣчается уже въ толстыхъ кишкахъ, а къ концу беременности и въ прямой кишкѣ.

Выхожденіе первороднаго кала черезъ задній проходъ встрѣчается во время беременности въ видѣ исключенія. Во время родовъ это происходитъ гораздо чаще, именно вслѣдствіе прижатія живота, особенно при родахъ нижнимъ концомъ.

Моча утробнаго младенца отдѣляется въ значительномъ количествѣ, и не только скопляется въ мочевомъ пузырьѣ, но даже въ большей или меньшей степени изливается наружу, т. е. въ околоплодную жидкость.

Присутствіе значительнаго количества мочи въ мочевомъ пузырьѣ утробнаго младенца подтверждается многочисленными случаями вскрытія доношенныхъ и недоношенныхъ мертворожденныхъ дѣтей, равнымъ образомъ и тѣмъ, что живые дѣти во время родовъ, или вскорѣ послѣ того, обыкновенно испускають мочу. Въ доказательство того мнѣнія, что младенецъ мочится и во время утробной жизни, можно привести присутствіе въ околоплодной жидкости мочевины и случаи чрезмѣрнаго растяженія мочеваго пузыря при соврожденномъ зараженіи мочеиспускательнаго канала. Такихъ случаевъ въ новѣйшей литературѣ извѣстно три: *Беллера*, *Геккера* и *Кристеллера*. Въ этихъ случаяхъ мочевой пузырь былъ до такой степени растянутъ мочей, что образовалъ въ животѣ младенца громадную опухоль, препятствовавшую прохожденію младенца чрезъ каналъ таза.

Накожное отдѣленіе жирной первородной смазки (*vernix caseosa*) начинается съ 6-го мѣсяца беременности. Это отдѣленіе салныхъ желѣзъ кожи, соединяясь съ отпадающими чешуйками кожицы, образуетъ бѣлую или бѣловато-желтую, вязкую и салоподобную массу, облѣпляющую неравномѣрнымъ слоемъ значительную часть поверхности младенца. Что эта смазка есть про-

дуктъ салныхъ желѣзъ, а не осадокъ изъ околоплодной жидкости, какъ думали прежде, доказательствомъ этому служатъ химическія и микроскопическія свойства первородной смазки и то, что она образуется не только на открытыхъ поверхностяхъ младенца, но и на тѣхъ частяхъ, которыя мало доступны околоплодной жидкости, напр. въ складкахъ подъ подбородкомъ, въ пахахъ, на внутренней поверхности бедеръ, около половыхъ частей и проч.

Потовыя желѣзы во время утробной жизни не дѣйствуютъ, что продолжается даже и послѣ родовъ въ теченіи нѣсколькихъ недѣль. Въ такомъ же состояніи недѣятельности находятся и слезныя желѣзы.

6) Проявленіе жизни младенца во время беременности.

§ 47. Человѣческій зародышъ, какъ органическое тѣло, начинаетъ жить съ самаго перваго дня зачатія, но проявленіе этой жизни дѣлается доступнымъ для посторонняго изслѣдованія только спустя $3\frac{1}{2}$ — $4\frac{1}{2}$ мѣсяца беременности, когда плодъ достигаетъ такого развитія, что въ состояніи обнаруживать самостоятельныя движенія и признаки ударовъ сердца.

а) Движеніе плода.

Активное движеніе плода въ первое время происходитъ главнымъ образомъ вслѣдствіе начинающагося упражненія мышцъ конечностей. Мышечная система у утробнаго младенца къ концу 3-го мѣсяца бываетъ уже настолько развита, что онъ способенъ къ этому времени производить самостоятельныя движенія. Эти первыя движенія, по причинѣ ихъ слабости, однакоже остаются недоступными ни для ощущенія матери, ни для посторонняго осязанія.

Кромѣ слабости первыхъ движеній, неуловимость ихъ зависитъ, между прочимъ, и отъ того, что плодъ въ это время еще слишкомъ малъ и отдѣленъ отъ маточныхъ стѣнокъ значительнымъ количествомъ околоплодной жидкости. Для того, чтобы движеніе было доступно ощущенію матери или посторонняго человѣка, необходимо, чтобы оно передавалось маточнымъ стѣнкамъ и стѣнкамъ живота беременной. Для этого плоть долженъ имѣть не только достаточную мышечную силу, но и достигнуть такого объема, чтобы при движеніи онъ касался маточныхъ стѣнокъ. Это, обыкновенно, бываетъ не раньше 4 — $4\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ беременности.

Первое движеніе младенца обнаруживается въ видѣ слабыхъ отрывочныхъ толчковъ, повторяющихся нѣсколько разъ въ день и

отличаемых только опытными, или очень внимательными женщинами. Через несколько дней эти толчки начинают учащаться и достигают большей силы, такъ что около 5—5½ мѣсяцевъ они могутъ быть уже легко опредѣлены постороннимъ наблюдателемъ, прикладывающимъ на нѣкоторое время къ животу беременной руку или ухо. На 7—8 мѣсяцахъ толчки младенца обыкновенно бываютъ на столько сильны, что замѣчаются зрѣніемъ по движенію кожи живота и нерѣдко причиняютъ матери болѣе или менѣе чувствительную боль.

Короткія отрывочныя движенія или толчки производятся разгибаніемъ и отбрасываніемъ конечностей младенца. Кромѣ этихъ движеній, съ 7—8 мѣсяца начинаютъ обнаруживаться движенія другого рода, болѣе крупныя, распространяющіяся на цѣлую часть или половину живота, и болѣе медленныя,—это сгибаніе и переворачиваніе всего тѣла младенца, или сгибаніе и разгибаніе головки. При такомъ движеніи животъ беременной измѣняетъ свою форму, выпячиваясь то съ той, то съ другой стороны. Кромѣ этихъ двухъ родовъ движенія, младенецъ можетъ измѣнить свое положеніе и поворотомъ около своей поперечной оси; это будетъ настоящее перекувыркиваніе, но ему нельзя придавать того значенія, какое придавали прежде,—какъ причинѣ черепныхъ положеній. Такое движеніе во время беременности можетъ повторяться неоднократно, пока младенецъ, достигая значительной величины, не установится въ прочномъ положеніи, что бываетъ обыкновенно въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности (см. § 40, стр. 50).

Переворачиваніе младенца около своей поперечной оси подтверждается какъ непосредственными наблюденіями чрезъ брюшныя стѣнки и сводъ влагалища, такъ и случаями обматыванія пуповины около различныхъ частей младенца и узловъ на ней, могущихъ произойти только такимъ образомъ, что ребенокъ, кувыркаясь и случайно попадая въ образовавшуюся петлю пуповины, затягиваетъ на ней узелъ.

Сила движеній младенца въ различные сроки беременности у различныхъ женщинъ бываетъ не одинакова. Это зависитъ отъ степени развитія и здоровья плода и отъ количества околоплодной жидкости: чѣмъ ея больше, тѣмъ движенія сильнѣе и распространеннѣе и на оборотъ. Впрочемъ, это иногда зависитъ, если можно такъ выразиться, и отъ характера младенца. Случается встрѣчать такія беременности, гдѣ плодъ двигается очень рѣдко, медленно, лѣнливо и, не смотря на то, рождается совершенно правильно развитымъ и здоровымъ. Бываетъ, что въ теченіи нѣсколькихъ дней беременная совсѣмъ не чувствуетъ движенія и начинаетъ беспокоиться о жизни плода, но потомъ они снова являются. Потому одно отсутствіе движенія, не долго

наблюдаемое, не слѣдуетъ еще считать вѣрнымъ признакомъ смерти младенца. При различныхъ болѣзняхъ плаценты, или самаго младенца, очень часто обнаруживаются въ теченіи нѣсколькихъ часовъ, или даже дней, необыкновенно сильныя и безпокойныя движенія, вдругъ потомъ совершенно исчезающія. Такія движенія обыкновенно указываютъ на опасность для жизни младенца, а быстрое прекращеніе ихъ—на смерть.

§ 48. Кромѣ активныхъ движеній младенца, зависящихъ отъ его мышечной дѣятельности, могутъ быть во время беременности и *движенія пассивныя*, хотя гораздо рѣже. Они случаются, напр. при мертвомъ плодѣ, вслѣдствіе переворачиванія беременной съ одного бока на другой, при чемъ и тѣло, находящееся въ маткѣ, также можетъ, по закону тяжести, медленно повернуться и опуститься въ соотвѣтственную сторону, что женщины чувствуютъ очень явственно. Такія движенія могутъ быть и у соннаго младенца, при значительномъ количествѣ околоплодныхъ водъ, пока еще положеніе его не установилось прочно.

Пассивныя движенія младенца вслѣдствіе сокращенія маточныхъ стѣнокъ главнымъ образомъ проявляются во время родовъ, но могутъ иногда встрѣчаться и во время беременности. Они, обыкновенно, бываютъ по направленію сверху внизъ, къ выходу матки, но могутъ быть и другаго рода, какъ показываютъ случаи измѣняющихся положеній младенца, напр., переходы изъ косвенныхъ въ поперечныя, изъ черепныхъ въ ягодичныя и наоборотъ.

Фальшивыя движенія называютъ различныя ощущенія въ животѣ, принимаемыя беременными, или даже не беременными женщинами за движенія младенца. Чаще всего это ложное ощущеніе поддерживается движеніями кишечнаго канала, особенно при скопленіи газовъ, пульсаціей аорты, или мышечными спазмами въ брюшныхъ стѣнкахъ. Иногда это движеніе можетъ быть и чисто воображаемымъ, напр. у женщинъ, страстно желающихъ дѣтей, или страшно боящихся беременности. Разказы о такихъ фальшивыхъ движеніяхъ акушерамъ приходится выслушивать нерѣдко; потому необходимо, чтобы убѣдиться въ дѣйствительности движенія, ощущать его самому, не полагаясь на увѣренія пациентки.

Можетъ ли женщина, или дѣтушка, беременная живымъ младенцемъ, совершенно не замѣчать его движеній?—Этотъ вопросъ главнымъ образомъ имѣетъ судебно-медицинское значеніе, именно при обвиненіяхъ въ дѣтубійствѣ, когда обвиняемая объясняетъ смерть плода неожиданностію его рожденія, или объясняетъ свои поступки, вредныя для младенца, полнымъ незнаніемъ о своей беременности. На такой вопросъ можно отвѣтить

слѣдующимъ образомъ. Не смотря на то, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ беременность, начиная съ 7—8 мѣсяца, сопровождается такими движеніями плода, что самая неопытная и невнимательная особа должна замѣтить и обратить вниманіе на эти движенія; могутъ однакоже встрѣтиться и такіе случаи, гдѣ движеніе въ теченіе всей беременности бываетъ очень слабо, такъ что женщина, невнимательная къ своимъ ощущеніямъ, можетъ или совсѣмъ не замѣчать его, или, замѣтя, не придавать ему значенія признака беременности. Здѣсь можетъ быть такая же ошибка, какъ при фальшивыхъ движеніяхъ, т. е. какъ тамъ движенія кинекъ, аорты, брюшныхъ мышцъ принимаются за движенія младенца, такъ здѣсь, наоборотъ, движенія младенца могутъ быть приняты и истолкованы какъ явленія обыкновенныя, время отъ времени встрѣчающіяся въ животѣ и при отсутствіи беременности, не обращающія на себя никакого вниманія. По крайней мѣрѣ мнѣ неоднократно приходилось указывать замужнимъ первобеременнымъ женщинамъ въ 7—8 мѣсяцахъ на явственное движеніе плода, о которомъ онѣ до тѣхъ поръ, по ихъ словамъ, ничего не знали.

б) Сердцебіеніе младенца.

§ 49. Присутствіе въ полости матки живаго младенца, кромѣ движеній, обнаруживается выслушиваніемъ его сердцебіенія. Для того, чтобы удары младенческаго сердца были слышны чрезъ брюшныя покровы матери, необходимо такое развитіе плода, чтобы сердечныя толчки его были достаточно сильны для сотрясенія не только грудной стѣнки, но и передавались бы околоплодной жидкости, маточнымъ стѣнкамъ и стѣнкамъ живота. Такой силы удары сердца, обыкновенно, достигаютъ только во 2-й половинѣ 5-го мѣсяца беременности, т. е. между 18—20 недѣлями, рѣдко раньше этого срока, напр. около 4-хъ мѣсяцевъ, а иногда и позже, напр. 5—5½ мѣсяцевъ. Болѣе раннее или позднее появленіе сердечныхъ ударовъ зависитъ какъ отъ степени развитія плода, такъ вообще отъ толщины той среды, чрезъ которую звукъ долженъ проходить для встрѣчи его съ ухомъ изслѣдователя. Такимъ образомъ толщина брюшныхъ стѣнокъ, количество околоплодныхъ водъ, болѣе близкое или отдаленное помѣщеніе плода относительно передней маточной стѣнки существенно вліяютъ какъ на первый срокъ появленія младенческаго сердцебіенія, такъ и на его силу и отчетливость.

Звуки сердцебіенія младенца при выслушиваніи похожи на бой карманныхъ часовъ. Число сердечныхъ ударовъ въ минуту не во все время беременности бываетъ одинаково. Чѣмъ меньше развитъ

плодъ, тѣмъ удары его сердца чаще; чѣмъ плодъ крѣпче, зрѣлѣе, тѣмъ удары рѣже. Къ концу беременности у хорошо развитаго, здороваго плода число ударовъ сердца колеблется между 120 — 160 въ минуту. Въ болѣе ранніе сроки беременности, напр. на 7—8-мъ мѣсяцѣ, удары сердца достигаютъ 170—180 въ минуту.

Нѣкоторые акушеры въ недавнее время (*Фринкенгейзеръ, Gumming*) высказывали мнѣніе, будто число ударовъ сердца неодинаково у мальчиковъ и дѣвочекъ и на основаніи такой разницы предполагали даже считать это признакомъ для опредѣленія пола плода до рожденія его на свѣтъ. Если число сердцебиеній въ минуту оказывалось болѣе 140,—это принималось за признакъ дѣвочки, если менѣе 140, то за мальчика. Такое предугадываніе пола плода, по числу ударовъ его сердца, на дѣлѣ оказывается несостоятельнымъ, такъ какъ у слабо развитаго мальчика число сердечныхъ ударовъ можетъ быть больше, нежели у крѣпкой дѣвочки. Это зависитъ, какъ выше было сказано, отъ срока беременности, отъ степени развитія плода и отъ состоянія его здоровья. Такъ какъ дѣвочки болѣею частію бываютъ развиты нѣсколько слабѣе мальчиковъ, то у нихъ сердцебиеніе дѣйствительно бываетъ иногда чаще, но это непостоянное явленіе не можетъ служить признакомъ для опредѣленія пола плода. Послѣ усиленныхъ движеній младенца, сердцебиеніе его обыкновенно учащается. Тоже бываетъ при различныхъ болѣзняхъ и затрудненномъ кровообращеніи утробнаго плода, при чемъ удары сердца бываютъ не только чаще, но и слабѣе. Впрочемъ, и у здоровыхъ плодовъ сила сердечныхъ ударовъ не всегда бываетъ одинакова; одинъ разъ звуки сердца выслушиваются звонко и отчетливо, въ другой разъ слабо и глухо. Это зависитъ какъ отъ срока беременности, такъ и отъ положенія младенца. Самое явственное сердцебиеніе выслушивается на мѣстѣ соприкосновенія задней части грудной кѣтки младенца съ переднею стѣнкою матки. Поэтому оно выслушивается яснѣе при всѣхъ тѣхъ положеніяхъ, гдѣ спинка младенца обращена впередъ, и менѣе явственно, гдѣ спинка обращена назадъ.

При выслушиваніи живота беременной женщины, обыкновенно, находится одинъ пунктъ, гдѣ сердцебиеніе слышно всего отчетливѣе; затѣмъ, чѣмъ дальше отъ этого пункта, тѣмъ звуки дѣлаются глуше. Этотъ наяснѣйшій пунктъ сердцебиенія указываетъ на положеніе спинки младенца и потому можетъ служить однимъ изъ признаковъ для опредѣленія его положенія при наружномъ изслѣдованіи.

Отсутствіе сердцебиенія, точно также какъ отсутствіе движеній, не всегда указываетъ на смерть плода. Оно можетъ

оставаться неуловимымъ для изслѣдующаго уха, вслѣдствіе того, что между грудной стѣнкой младенца и передней стѣнкой матки, при нѣкоторыхъ положеніяхъ плода, остается слишкомъ большой промежутокъ, наполненный околоплодною жидкостью, мѣшающей отчетливому распознаванію звука. Это можетъ зависѣть также и отъ толщины брюшныхъ стѣнокъ, или отъ присутствія какихъ нибудь постороннихъ опухолей между маткой и брюшными стѣнками. Такіе случаи, однакоже, нужно считать исключеніями; поэтому продолжительное отсутствіе сердцебіенія и движенія младенца въ такую пору беременности, когда они должны быть явственно ощутимы, равно какъ внезапное прекращеніе сердцебіенія, до того времени ясно слышимаго, въ большинствѣ случаевъ можно считать за довольно вѣрный признакъ наступившей смерти.

При выслушиваніи сердцебіенія младенца нужно имѣть въ виду возможность смѣшать его съ ускореннымъ пульсомъ матери (біеніе аорты). Въ сомнительныхъ случаяхъ, для отличія того и другаго, слѣдуетъ, не отнимая уха, взять за пульсъ беременной женщины, причемъ совпаденіе, или несовпаденіе ударовъ укажетъ на ихъ тождество, или разницу. Присутствіе сердцебіенія можно считать несомнѣнно доказаннымъ только тогда, когда есть возможность отчетливо различать и считать сердечные удары.

в) Шумы пупочнаго канатика.

§ 50. Кромѣ сердцебіенія младенца, при выслушиваніи живота беременныхъ иногда бываетъ замѣтенъ ритмическій шумъ, на подобіе шума раздувательнаго мѣха, совпадающій съ ударами младенческаго сердца. Этотъ шумъ нужно считать случайнымъ явленіемъ, такъ какъ онъ при беременности выслушивается не постоянно, а напротивъ довольно рѣдко, и разъ явившись, можетъ снова исчезать. Совпаденіе этого шума съ младенческимъ сердцебіеніемъ прямо указываетъ, что источникъ его происхожденія слѣдуетъ искать въ кровеносной системѣ младенца, а не матери.

О причинахъ происхожденія шума пупочнаго канатика высказывались различныя мнѣнія. Прежде думали, что этотъ шумъ происходитъ вслѣдствіе обвиванія пуповины около различныхъ частей младенца и сжиманія ея сосудовъ. Это можно считать одной изъ причинъ происхожденія шума, но несущественной и не постоянной, такъ какъ шумъ пупочнаго канатика часто замѣчается и при отсутствіи обвиванія пуповины, и наоборотъ обвиваніе часто не сопровождается никакими пуповинными шумами. По наблюденіямъ *Геккера* и *Шредера* при обвиваніи пуповины

шумы пупочнаго канатика встрѣчаются даже рѣже, чѣмъ безъ обвиванія, Другіе, напр., *Кивитъ*, приписывали этотъ шумъ сердцу младенца, именно недостатокъ въ его клапанахъ; но съ этимъ нельзя согласиться, потому что шумъ слышится одновременно съ ясными ударами сердца, а равно выслушивая сердце у рожденнаго ребенка, въ подобныхъ случаяхъ никакихъ постороннихъ шумовъ не замѣчается. Слѣдовательно причина шумовъ должна находиться въ сосудахъ пуповины, именно въ артеріяхъ, такъ какъ шумъ представляется ритмическимъ, совпадающимъ съ первымъ ударомъ сердца. Шумъ въ артеріяхъ можетъ происходить либо отъ расширенія, либо отъ какого бы то ни было стѣсненія ихъ просвѣта. Въ пупочномъ канатикѣ аневризмъ обыкновенно не бываетъ, точно также, какъ и опухолей, давящихъ на сосуды; поэтому причина стѣсненія просвѣта артерій можетъ быть только во временномъ прижатіи ихъ или частями младенца къ маточной стѣнкѣ и собственному тѣлу, или въ искривленіи канатика около пупочнаго кольца (Геккерь). Въ подтвержденіе этого послѣдняго мнѣнія указываютъ на то обстоятельство, что шумъ пупочнаго канатика чаще всего замѣчается въ томъ мѣстѣ, гдѣ всего слышнѣе сердцебіеніе младенца; удаляясь отъ этого мѣста, онъ исчезаетъ, между тѣмъ чистые удары сердца все еще слышны.

Шумы пупочнаго канатика, выслушиваемые въ беременной маткѣ, могутъ служить признакомъ присутствія живаго младенца, даже и тогда, если бы не было слышно его сердцебіенія. На болѣзнь или опасность для жизни младенца эти шумы, обыкновенно, не указываютъ, потому что въ большинствѣ случаевъ при этомъ дѣти рождаются живыми и здоровыми, такъ какъ препятствія въ кровообращеніи, вызывающія шумъ, бываютъ кратковременны и не настолькоъ значительны, чтобы вызвать серьезное опасеніе за жизнь младенца.

Кромѣ шумовъ пупочнаго канатика, иногда (очень рѣдко) можно слышать точно такіе же шумы въ сердцѣ младенца, именно при его болѣзняхъ и порокахъ развитія. Въ этомъ случаѣ они будутъ сопровождать сердечные тоны повсюду. О шумахъ матки будетъ сказано ниже.

Д) О признакахъ беременности.

§ 51. Такъ какъ во время беременности въ организмъ женщины происходитъ цѣлый рядъ новыхъ явленій, болѣе или менѣе характеристическихъ, то этими явленіями и пользуются для распознаванія беременности. Въ предыдущихъ параграфахъ уже было выяснено, какъ эти явленія многочисленны и разнообразны, оттого и признаковъ беременности можно насчитать очень много,

хотя значеніе ихъ далеко неодинаково. Здѣсь мы должны сгруппировать ихъ въ извѣстномъ порядкѣ и опредѣлить каждому изъ нихъ свое мѣсто и значеніе.

Группируя признаки беременности можно руководиться различными основаніями и потому классифицировать ихъ такъ или иначе. Одни берутъ при этомъ въ расчетъ мѣсто развитія признаковъ (анатомическое дѣленіе), другіе—срокъ беременности (хронологическое), третьи—степень вѣрности или невѣрности каждаго признака (практическое). По первому дѣленію признаки распределяются на общіе, относящіяся къ цѣлому организму, и на мѣстные, относящіяся къ половымъ частямъ. По второму дѣленію перечисляютъ признаки по мѣрѣ возникновенія ихъ съ теченіемъ беременности, а по третьему, принимая въ расчетъ достовѣрность признака, подраздѣляютъ ихъ на сомнительные, вѣроятные и достовѣрные.

Вопросъ о присутствіи или отсутствіи беременности гораздо чаще приходится рѣшать въ теченіи первыхъ четырехъ мѣсяцевъ. Въ послѣдующее время, особенно съ появленіемъ явственнаго движенія и сердцебіенія плода, въ обыкновенныхъ случаяхъ беременная женщина сама въ состояніи опредѣлить свое положеніе, не прибѣгая къ помощи акушера или акушерки. Поэтому изслѣдованіе въ это время большею частію предпринимается не столько для подтвержденія присущей беременности, сколько для рѣшенія другихъ, связанныхъ съ нею вопросовъ (напр. о жизни или смерти плода, о его положеніи, о присутствіи или отсутствіи какихъ либо болѣзненныхъ осложненій). Очень рѣдко послѣ пяти мѣсяцевъ можетъ возникнуть вопросъ о томъ, существуетъ ли самая беременность, и это можетъ имѣть мѣсто только въ случаяхъ почему либо особенно замаскированныхъ, напр. осложненныхъ какими либо мѣстными страданіями (брюшная водянка, опухоли живота и пр.). Въ обыкновенныхъ же случаяхъ рѣшеніе вопроса о присутствіи беременности имѣетъ значеніе только въ первую ея половину.

Приступая къ рѣшенію этого вопроса, можно руководиться слѣдующими общими приемами. Прежде всего слѣдуетъ распросить пациентку относительно ея общаго здоровья, болѣзненныхъ ощущеній и предшествовавшихъ регулъ, не только за послѣднее, но и за болѣе отдаленное время, — узнать имѣла ли она дѣтей, когда были послѣдніе роды, были ли выкидыши. Заручившись этими данными и найдя въ нихъ нѣкоторыя указанія на вѣроятность предполагаемой беременности (отсутствіе регулъ, появленіе тошноты), слѣдуетъ приступить къ объективному изслѣдованію, начавъ прежде всего съ груди. Зная напередъ, — рожала ли женщина или нѣтъ, давно ли были послѣдніе роды, кормила ли гру-

дью, — можно точнѣе анализировать явленія, могущія встрѣтиться на грудяхъ. Потемнѣніе околососковыхъ кружковъ, присутствіе монгомеровыхъ тѣлъ и появленіе молока будутъ имѣть со-всѣмъ иное значеніе у женщины ни разу не рожавшей, или давно рожавшей, нежели у разрѣшившейся нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ, а тѣмъ болѣе у кормящей грудью.

Осмотрѣвъ груди, слѣдуетъ приступить къ внутреннему акушерскому изслѣдованію. Его лучше всего производить на кровати, или на кушеткѣ, въ положеніи на спинѣ съ согнутыми въ колѣнахъ и разведенными ногами. При такомъ положеніи менѣе напрягаются брюшныя стѣнки и половые органы дѣлаются доступнѣе, чѣмъ напр. при стоячемъ положеніи. Передъ изслѣдованіемъ женщина должна снять лишнее платье и юбки, чтобы можно было осмотрѣть обнаженную нижнюю часть живота. Наружныя половыя части при этомъ прикрываются простыней.

Внутреннее изслѣдованіе производится посредствомъ введеннаго во влагалище указательнаго пальца, которымъ прежде всего стараются прощупать положеніе маточной шейки. Послѣ того пальцемъ ощупываютъ передній сводъ, въ которомъ въ большинствѣ случаевъ можно опредѣлить контуры склоненнаго сюда тѣла и дна матки. Это изслѣдованіе необходимо производить совмѣстно съ другой рукой, которою нажимаютъ снаружи на брюшныя стѣнки выше лоннаго соединенія. При такомъ способѣ изслѣдованія, если брюшныя стѣнки не очень толсты и не напряжены, очень легко удается ощупать матку со всѣхъ сторонъ, опредѣлить ея положеніе, форму, размѣры и плотность. Изъ этихъ данныхъ можно вывести наиболѣе точныя заключенія о предполагаемой беремености. Двухмѣсячная беременная матка, прощупываемая черезъ сводъ влагалища и брюшные покровы, даетъ ощущеніе плотнаго, нѣсколько эластическаго, подвижнаго тѣла, съ рѣзко очерченными контурами, величиною приблизительно въ кулакъ взрослога челоуѣка. Около трехъ мѣсяцевъ она имѣетъ величину нѣсколько менѣе головки новорожденнаго ребенка (¹). При ощупываніи необходимо обращать особенное вниманіе на переднезадній (прямой) размѣръ матки, такъ какъ при беремености онъ представляетъ характерное увеличеніе (округленіе дна и верхняго отрѣзка матки, въ отличіе отъ плоской формы небеременнаго состоянія). Само собой разумѣется, что изслѣдованіе не должно быть предпринимаемо при переполненномъ мочевомъ

(¹) Матка, прощупываемая черезъ брюшныя покровы, представляется на осязаніе нѣсколько больше ея настоящей величины. При толстыхъ брюшныхъ стѣнкахъ контуры ея будутъ казаться еще больше, что необходимо принимать во вниманіе при опредѣленіи срока беремености.

пузырь, который въ такомъ случаѣ легко можетъ быть принятъ за увеличенную матку, или можетъ мѣшать ощупыванію послѣдней. Изслѣдованіе чрезъ прямую кишку большею частію оказывается излишнимъ. Для большей полноты свѣдѣній иногда полезно по окончаніи ручнаго изслѣдованія осмотрѣть рукавъ и маточную шейку зеркаломъ для опредѣленія существующаго при беременности разрыхленія и измѣненія цвѣта слизистыхъ оболочекъ. При осмотрѣ живота обращается вниманіе на присутствіе коричневой полоски вдоль по бѣлой линіи, а въ позднѣйшіе мѣсяцы на присутствіе такъ называемыхъ рубцовыхъ знаковъ (Striae). Послѣ изложенія общихъ приѣмовъ изслѣдованія, перейдемъ къ анализу отдѣльныхъ признаковъ.

Признаки беременности въ первой ея половинѣ.

§ 52. а) *Общіе признаки, относящіеся къ переменамъ во всемъ организмѣ беременной женщины*, въ практическомъ отношеніи имѣютъ мало значенія, такъ какъ эти перемены могутъ происходить, кромѣ беременности, отъ различныхъ другихъ причинъ, а потому и степень достовѣрности ихъ не можетъ быть значительна. Тѣмъ не менѣе однакоже на эти признаки надо обращать вниманіе, потому что они въ ряду съ другими явленіями беременности могутъ имѣть, если не прямое, то подкрѣпляющее діагностическое значеніе. Кромѣ того эти признаки достойны вниманія и потому, что они являются въ ранніе сроки беременности, когда мѣстныя, болѣе точныя проявленія послѣдней не успѣли еще развиться.

Изъ общихъ признаковъ можно указать на слѣдующіе:
1) *Измѣненіе аппетита и вкуса*. Нерѣдко съ самыхъ первыхъ дней зачатія у женщинъ является отвращеніе къ извѣстной пищѣ, напр., мясной, или особенное влеченіе къ другимъ, нерѣдко грубымъ и неудобоваримымъ кушаньямъ. Женщины, особенно беременныя уже не въ первый разъ, очень часто руководятся такимъ неожиданно наступившимъ измѣненіемъ вкуса для опредѣленія начавшейся беременности. Подобныя субъективныя ощущенія акушеръ долженъ считать только за намекъ на беременность, дающій возможность только предполагать о ея существованіи, именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ существуетъ еще нѣсколько явленій, могущихъ послужить къ тому же предположенію. Этотъ признакъ имѣетъ цѣну только въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ является у женщинъ, до того времени не страдавшихъ никакимъ расстройствомъ пищеварительнаго аппарата, и гдѣ наступившее явленіе нельзя объяснить никакой другой патологической причиной.

2) Тоже самое нужно сказать про *тошноту* и *рвоту*. Если тошнота является безъ всякой видимой причины у женщины до того времени здоровой, если вмѣстѣ съ тѣмъ не показываются мѣсячныя очищенія у женщины, до того времени правильно менструировавшей, если при этомъ является измѣненіе вкуса и нѣкоторыя другія особенности въ общемъ состояніи, то такія явленія могутъ съ нѣкоторою вѣроятностію быть объяснены слѣдствіемъ беременности, и стало бытъ считаться первымъ признакомъ ея проявленія. При оцѣнкѣ этихъ признаковъ всегда нужно имѣть въ виду, что они нерѣдко являются независимо отъ беременнаго состоянія у малокровныхъ и блѣдно-кровныхъ особъ, подверженныхъ катарру желудка, при глистахъ и т. п. Въ такихъ случаяхъ при распросахъ больной мы узнаемъ, что подобныя явленія повторяются не въ первый разъ.

Другія явленія въ общемъ состояніи беременной женщины, какъ то: измѣненія характера, нервная раздражительность, солидность, головныя боли и пр. имѣютъ еще меньше значенія, потому что постоянство этихъ явленій при беременности гораздо рѣже, а съ другой стороны причина ихъ очень часто можетъ находиться въ различныхъ болѣзненныхъ расстройствахъ организма.

§ 53. б) *Мѣстные признаки, относящіеся къ половой системѣ*. Мы ихъ раздѣлимъ на двѣ группы и сначала разберемъ признаки, относящіеся къ первой половинѣ беременности. Здѣсь мы имѣемъ: 1) *Прекращеніе мѣсячныхъ очищеній*. Этотъ признакъ имѣетъ важное значеніе, такъ какъ онъ является раньше всѣхъ другихъ. За то, какъ и всѣ ранніе признаки, онъ не отличается точностію. Прекращеніе регуль можетъ дать только вѣроятное предположеніе о беременности, но не служитъ прямымъ указаніемъ на это состояніе, такъ какъ регулы могутъ прекратиться и отъ многихъ другихъ причинъ (кормленіе грудью, малокровіе, истощеніе, простуда, страданіе яичниковъ, зарощеніе маточнаго устья и пр.). Съ другой стороны можетъ случиться, что и у забеременѣвшей женщины въ первый мѣсяцъ можетъ показаться кроветеченіе изъ половыхъ частей, напоминающее мѣсячное очищеніе, слѣдовательно присутствіе такого кроветеченія не всегда еще говоритъ противъ беременности. Вообще этотъ признакъ имѣетъ гораздо больше цѣны у женщинъ здоровыхъ, до того времени правильно менструировавшихъ, въ случаѣ, гдѣ отсутствіе регуль нельзя объяснить никакой другой причиной, кромѣ беременности, и гдѣ вмѣстѣ съ тѣмъ являются другіе признаки, указывающіе на беременность, напр. измѣненіе вкуса и тошнота. Прекращеніе мѣсячныхъ очищеній, какъ признакъ беременности, имѣетъ для насъ еще и ту цѣну, что по нему же мы опредѣляемъ

срокъ зачатія и высчитываемъ срокъ наступленія родовъ. Этотъ признакъ не имѣетъ никакой цѣны въ тѣхъ случаяхъ, когда беременность наступаетъ при отсутствіи регуль, напр., у женщинъ, кормящихъ грудью.

2) *Измѣненіе груди.* Послѣ прекращенія мѣсячныхъ очищеній, въ первую половину беременности, вторымъ признакомъ можно считать измѣненія на грудяхъ. Они начинаютъ обнаруживаться нерѣдко уже на 2—3 мѣсяцѣ—стало быть когда мѣстныя измѣненія формы матки выступаютъ еще неясно. Измѣненія на грудяхъ состоятъ въ припуханіи ихъ, въ чувствѣ полноты и тяжести, въ *потемнѣніи соска и околососковыхъ кружковъ* и въ выступаніи на полѣ кружковъ зерновидныхъ *монгомеровыхъ тѣлъ*. При нажиманіи грудей около соска иногда удается на его поверхность выдѣлить каплю или нѣсколько капель сѣрватою жидкости (первородное молоко).

Такія измѣненія грудей, особенно присутствіе молока, нѣкоторые считаютъ за несомнѣнный признакъ беременности, но это не совсѣмъ справедливо. Увеличеніе грудей можетъ зависѣть не отъ одной беременности, но и отъ многихъ другихъ причинъ, напр. отъ болѣзненнаго задержанія мѣсячныхъ очищеній, отъ хроническихъ страданій матки, яичниковъ и самыхъ грудей, при чемъ иногда можетъ отдѣляться и молоко, совершенно независимо отъ беременности. Потемнѣніе сосковъ и присутствіе монгомеровыхъ тѣлъ иногда можетъ долго оставаться отъ прежней беременности. Поэтому къ признакамъ на грудяхъ слѣдуетъ относиться съ большою осторожностію. Они имѣютъ больше цѣны у женщинъ не рождавшихъ, или давно имѣвшихъ послѣднюю беременность (нѣсколько лѣтъ), и у лицъ, не страдавшихъ и не страдающихъ никакими болѣзнями внутреннихъ половыхъ органовъ, правильно менструировавшихъ и не имѣющихъ никакихъ затвердѣній или опухолей на грудяхъ.

3) *Измѣненіе матки.* Опредѣленіе беременности помощію ощупыванія матки возможно не раньше 1½—2 мѣсяцевъ и то въ благопріятныхъ случаяхъ, именно при тонкихъ покровахъ живота и при наклоненіи матки впередъ, когда органъ можно отчетливо прощупать чрезъ брюшныя стѣнки. Тамъ, гдѣ контуры матки легко осязатъ, опредѣленіе беременности можно сдѣлать очень точно. Беременная матка дѣлается круглѣе, передне-задній ея діаметръ увеличивается, на ощупь она мягче, эластичнѣе, увеличившееся дно матки прощупывается выше лоннаго соединенія. При повторенныхъ изслѣдованіяхъ (чрезъ 1—2 недѣли) оно будетъ оказываться съ каждымъ разомъ выше, поднимаясь съ извѣстной, правильной послѣдовательностію. Вообще ощупываніе формы, плотности и величины

беременной матки можно считать въ первую половину беременности однимъ изъ болѣе точныхъ признаковъ, конечно при извѣстномъ навыкѣ къ этому изслѣдованію.

Неопытный изслѣдователь можетъ смѣшать беременную матку съ патологическими опухолями въ полости малаго таза, особенно съ *кистой яичника*. Для отличія можетъ служить: форма кисты, обыкновенно круглая, мѣстоположеніе ея въ заднемъ ду-гласовомъ пространствѣ или сбоку, прощупываніе, кромѣ опухоли, отодвинутой впередъ, или въ сторону, не увеличенной матки, и болѣе медленный ростъ опухоли. При небольшихъ кистахъ обыкновенно является и мѣсячное очищеніе. Другія опухоли яичниковъ, напр. фиброиды, воспаления и пр. могутъ подавать поводъ къ ошибкѣ гораздо рѣже, потому что онѣ на ощупь значительно плотнѣе и болѣею частію не имѣютъ такой правильной шаровидной формы.

Растяженіе матки кровью (Haematometra), при зарощеніи маточнаго рыльца тоже можетъ дать поводъ къ смѣшенію съ беременностію, такъ какъ при этой болѣзни будетъ отсутствіе регуль, увеличеніе и измѣненіе формы матки въ родѣ беременно-сти. Однакоже отличить эти два состоянія не трудно: увеличеніе матки отъ накопившейся въ ней крови идетъ очень медленно, матка прибываетъ не недѣлями, а мѣсяцами, даже годами, точно также и отсутствіе мѣсячныхъ очищеній бываетъ очень продолжительнымъ, совершенно не соответствующимъ объему матки. Если сращеніе существуетъ на наружномъ маточномъ рыльцѣ, то его можно иногда опредѣлить осязаніемъ и зрѣніемъ.

Растяженіе мочевого пузыря не можетъ быть смѣшано съ беременной маткой, потому что эту опухоль всегда можно уничтожить, выпустивъ мочу катетеромъ.

4) *Измѣненіе маточной шейки*, какъ признакъ беременности, состоитъ: въ темнофіолетовомъ окрашиваніи, въ разрыхленіи, въ увеличеніи объема шейки, въ болѣе низкомъ ея положеніи, въ измѣненіи формы наружнаго маточнаго рыльца, а во второй половинѣ беременности, въ укороченіи шейки. Эти признаки считаются необходимою принадлежностію беременности, но діагностическое значеніе ихъ далеко не точно. Всѣ эти измѣненія могутъ встрѣчаться не только во время беременности, но и при другихъ состояніяхъ, напр. предъ мѣсячнымъ очищеніемъ, при застояхъ крови въ маткѣ, при хроническомъ катаррѣ и воспаленіи маточной шейки и пр. слѣдовательно въ практическомъ отношеніи измѣненія маточной шейки для распознаванія беременности не даютъ намъ достаточныхъ указаній. Тоже самое должно сказать и объ измѣненіяхъ *рукава*. Профессоръ *Гольцъ* (въ Дерптѣ) и Шпигельбергъ этимъ измѣненіямъ придаютъ большое

значеніе. По ихъ мнѣнію, припуханіе стѣнокъ рукава, большая растяжимость ихъ, увеличеніе *colurnaе rugarum* составляютъ такое постоянное явленіе при беременности, что уже въ первыхъ мѣсяцахъ могутъ служить довольно вѣрнымъ средствомъ для распознаванія. Но съ этимъ едва ли можно безусловно согласиться, потому что подобныя измѣненія могутъ зависѣть отъ различныхъ причинъ, напр. частыхъ совокупленій, хроническихъ бѣлей, разрыва промежности и т. п.

5) *Измѣненіе наружнаго вида живота*, какъ признакъ беременности, имѣетъ мало значенія. Въ первые мѣсяцы животъ увеличивается такъ незначительно, что опредѣлить это увеличеніе трудно. Съ другой стороны объемъ живота можетъ обуславливаться весьма разнообразными причинами, напр., ожиреніемъ брюшныхъ стѣнокъ, раздутіемъ кишекъ, переполненіемъ мочевого пузыря, брюшной водянкой, различными опухолями (кисты, фиброиды) и т. п. Во второй половинѣ беременности увеличенный объемъ живота имѣетъ не больше значенія, какъ потому, что можетъ быть отъ весьма разнообразныхъ причинъ, такъ и потому, что въ этотъ періодъ беременности являются другіе, болѣе точныя признаки, изъ за которыхъ діагностическое значеніе величины и формы живота теряется.

Также нужно смотрѣть на значеніе *рубцовъ на кожѣ брюшныхъ стѣнокъ, изглаживаніе пупка*, присутствіе тупаго звука отъ увеличенной матки, на *варикозное расширеніе венъ нижнихъ конечностей*. Всѣ эти признаки не имѣютъ ничего характернаго для беременности и притомъ являются слишкомъ поздно.

И такъ, резюмируя все сказанное о признакахъ беременности въ 1-й ея половинѣ, мы прійдемъ къ тому заключенію, что абсолютно вѣрныхъ признаковъ, при помощи которыхъ можно было бы опредѣлить беременность несомнѣннымъ образомъ, *почти* не существуетъ. Я сказалъ „почти“ на томъ основаніи, что каждый признакъ въ отдѣльности недостаточенъ для діагноза, но, сопоставляя цѣлый рядъ этихъ признаковъ, одновременно существующихъ у женщины, можно вывести, если не абсолютно — точное, то весьма вѣроятное заключеніе о беременности. Напр., если у женщины, правильно менструировавшей, прекратились мѣсячныя очищенія, околососковый кружокъ потемнѣлъ, груди припухли, по временамъ являются тошнота и рвота, измѣнился вкусъ, матка увеличена въ объемѣ и чрезъ извѣстные промежутки времени (1—2 нед.) продолжаетъ увеличиваться больше и больше, то на основаніи всего этого можно съ большою вѣроятностію сказать, что женщина беременна.

ПРИЗНАКИ БЕРЕМЕННОСТИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНѢ.

§ 54. На сколько шатко опредѣленіе беременности въ первой половинѣ ея, на столько оно точно и легко во второй. Въ это время мы руководимся при распознаваніи не двусмысленными явленіями, не выводимъ заключенія изъ цѣлаго ряда неточныхъ симптомовъ, а можемъ съ положительностію сказать, даже на основаніи одного вѣрнаго признака, что женщина непременно беременна. Эти вѣрные признаки получаютъ отъ проявленія жизни утробнаго плода, или при помощи его осязанія. Такимъ образомъ, *вѣрными признаками беременности будутъ: выслушиваніе сердцебіенія младенца, ощущеніе его движеній и ощупываніе предлежащей части* чрезъ сводъ влагалища, или отдѣльныхъ частей младенца чрезъ брюшныя стѣнки.

1) *Сердцебіеніе младенца* можно отчетливо различать, начиная съ 4½ мѣс. беременности. Выслушиваніе производится или непосредственно ухомъ, приложеннымъ къ брюшнымъ покровамъ, или стетоскопомъ. Чаще всего сердцебіеніе слышится въ лѣвой сторонѣ живота, потому что ребенокъ чаще бываетъ обращенъ спинкою въ лѣвую сторону. Звуки младенческаго сердца, какъ выше сказано, имѣютъ нѣкоторое сходство съ боемъ карманныхъ часовъ. Они должны быть строго отличаемы отъ біенія сосудовъ матери, особенно когда удары сердца послѣдней сильно ускорены. Въ сомнительныхъ случаяхъ необходимо провѣрить, совпадаютъ ли, или не совпадаютъ удары выслушиваемаго сердцебіенія съ пульсомъ изслѣдуемой женщины.

По сердцебіенію младенца мы не только опредѣляемъ беременность, но также и то, живъ ли младенецъ и въ какомъ положеніи онъ находится въ маткѣ. Мѣсто яснѣйшихъ звуковъ обыкновенно указываетъ на положеніе спинки младенца; напр., если сердцебіеніе яснѣе всего выслушивается въ нижней лѣвой части живота,—это указываетъ, что головка младенца обращена внизъ, а спинка влѣво, и, наоборотъ, если сердцебіеніе слышно въ верхней части,—это указываетъ на ягодичное положеніе, со спинкой влѣво или вправо, смотря по тому, съ которой стороны слышно сердцебіеніе. Впрочемъ по однимъ этимъ признакамъ нельзя еще сдѣлать точнаго опредѣленія положенія младенца, такъ какъ звуки сердца нерѣдко выслушиваются на значительномъ пространствѣ матки, распространяясь по околоплодной жидкости.

Отсутствіе сердцебіенія, какъ сказано, не даетъ еще намъ права съ перваго раза заключать о смерти младенца. Случается, что въ одно время сердцебіеніе слышится отчетливо, а въ другое нѣтъ; это зависитъ отъ измѣненія положенія младенца.

Сердцебиениемъ пользуются также для опредѣленія присутствія двойней, при чемъ удары сердца должны замѣчаться въ двухъ мѣстахъ, раздѣленныхъ болѣе или менѣе значительнымъ пространствомъ, гдѣ они или совсѣмъ не слышны, или слышны весьма не отчетливо. Сверхъ того сердечные удары того и другаго младенца, обыкновенно, не совпадаютъ одинъ съ другимъ и не бываютъ совершенно одинаковы, — одни чаще, а другіе рѣже.

§ 55. 2) *Маточный шумъ*. Кромѣ сердцебиенія, при выслушиваніи живота беременной женщины слышится еще, такъ называемый, *маточный*, или, какъ прежде его называли, *плацентарный шумъ* (susurus uterinus s. placentaris). Это есть довольно рѣзкій ритмическій шумъ, на подобіе шума раздувательнаго мѣха, иногда съ оттѣнками свиста или шипѣнія, всегда совпадающій съ биениемъ сосудовъ матери. Маточный шумъ иногда начинаетъ показываться уже на 4-мъ мѣсяцѣ беременности, но гораздо чаще онъ появляется на 5-мъ мѣсяцѣ; иногда даже нѣсколько позднѣе. Чаще всего онъ слышится по обѣимъ сторонамъ матки, или въ одинаковой степени, или съ одной стороны сильнѣе и рѣзче; иногда же онъ бываетъ замѣтенъ только съ одной стороны. Рѣдко этотъ шумъ выслушивается на днѣ матки, или около середины ея тѣла, а гораздо чаще по сторонамъ нижняго отрѣзка. Иногда онъ замѣчается на двухъ различныхъ пунктахъ, съ различными оттѣнками въ тонѣ и звукѣ. Очень рѣдко этого шума совершенно не слышно въ теченіи всей беременности.

Относительно *происхожденія маточнаго шума* врачи долгое время были не согласны; одни производили его изъ сосудовъ таза (внѣ матки), другіе — изъ сосудовъ плаценты и трети — изъ сосудовъ матки, измѣненныхъ во время беременности. Последнее мнѣніе въ настоящее время признается всеми за самое вѣроятное⁽¹⁾. Такъ какъ сосуды матки (артеріи) во время беременно-

(¹) Что маточный шумъ не можетъ принадлежать плацентѣ, это ясно уже изъ того, что въ сосудахъ материнской части плаценты кровообращеніе не имѣетъ артеріальнаго характера, слѣдовательно не можетъ произвести перемежающагося ритмическаго шума. Кромѣ того маточный шумъ удавалось слышать въ теченіи нѣкотораго времени и послѣ отдѣленія плаценты. Сосуды живота и таза точно также не могутъ быть мѣстомъ происхожденія шума. Въ этомъ отношеніи предположеніе можно было бы отнести только къ артеріямъ, такъ какъ вены сама по себѣ не могутъ дать подобнаго шума, а прямаго сообщенія ихъ съ артеріями (безъ посредства капилляровъ) здѣсь не существуетъ. Изъ артерій можно было бы указать только на крупныя стволы, именно аа. epigastricae, iliacaе и aorta abdominalis. Но всѣ эти сосуды у каждаго индивидуума имѣютъ опредѣленное анатомическое положеніе, слѣдовательно и

сти развиваются весьма сильно и получают спиральное направление, а соответственно мѣсту прикрѣпленія плаценты тонкія артеріи прямо переходятъ въ широкіе венные синусы, то при движеніи крови въ такихъ условіяхъ легко можетъ образоваться ритмическій шумъ въ родѣ того, какъ онъ образуется при *varix anevrismaticus*.

Чаще всего мѣстомъ происхожденія этого шума служатъ восходящія по бокамъ шейки вѣтки *arteriae uterinae*, особенно на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ они входятъ въ толщу матки. Здѣсь они имѣютъ очень извилистый ходъ и просвѣтъ ихъ, вмѣстѣ взятыхъ, значительно больше соответствующаго имъ главнаго ствола, что и даетъ условія для происхожденія шума. Тоже самое можетъ быть и внутри маточной стѣнки, тамъ, гдѣ артеріи впадаютъ въ расширенныя вены или синусы (надплацентарные синусы). Маточный шумъ не пропадаетъ тотчасъ съ опорожненіемъ матки, а выслушивается нѣкоторое время послѣ родовъ, иногда до 5—6 дней. При вѣматочной (брюшной) беременности онъ слышенъ также явственно, какъ и при беременности нормальной, въ чемъ я убѣдился нѣсколько разъ; въ первомъ случаѣ онъ замѣчается ранѣе (въ концѣ 3-го мѣс.), чѣмъ въ послѣднемъ.

Какъ признакъ беременности, маточный шумъ можетъ имѣть весьма вѣское значеніе, особенно если можетъ быть выслушиваемъ на третьемъ, или на четвертомъ мѣсяцѣ, когда признаки беременности еще не вполне точны. Въ концѣ 3-го мѣсяца маточный шумъ иногда можно слышать, нажимая глубоко стетоскопомъ на брюшныя стѣнки непосредственно за верхнимъ краемъ лоннаго соединенія, противъ того мѣста, гдѣ находится боковая часть нижней половины матки. При тонкихъ и податливыхъ брюшныхъ стѣнкахъ иногда удается слышать шумъ даже на 8—9 недѣлѣ беременности, что въ это время имѣетъ важное діагностическое значеніе. То обстоятельство, что иногда шумъ раздувательнаго мѣха бываетъ слышенъ при опухоляхъ нижней части живота (фиброиды, кисты) внѣ матки, не умаляетъ его діагностическаго значенія при беременности, потому что въ подобномъ случаѣ опухоли могутъ быть легко опредѣлены по свойственнымъ имъ признакамъ и мѣстоположеніе шума не будетъ соответствовать мѣсту положенія матки.

шумъ выслушивался бы постоянно на одномъ и томъ же мѣстѣ, придерживаясь анатомическаго направленія сказанныхъ сосудовъ, чего на самомъ дѣлѣ не видимъ. Наконецъ, при выслушиваніи шума, происходящаго въ большихъ артеріяхъ, прижатыхъ какою либо постороннею опухолью, мы замѣчали бы артеріальный толчекъ, но при шумахъ матки этого не бываетъ.

Для опредѣленія жизни или смерти плода маточный шумъ не имѣетъ никакого значенія. Въ этомъ отношеніи онъ даже можетъ иногда мѣшать распознаванію, совпадая съ мѣстомъ сердцебіенія младенца и заглушая его. Чтобы это не могло послужить къ ошибкѣ въ распознаваніи жизни плода, нужно повторять выслушиваніе нѣсколько разъ, чрезъ извѣстные промежутки времени, причемъ, отъ перемѣщенія младенца, сердцебіеніе его можетъ быть слышно въ другомъ мѣстѣ, или при выслушиваніи крѣпче нажимать стетоскопъ и внимательнѣе стараться уловить изъ-за шума ясные сердечные звуки.

Кромѣ этихъ двухъ постоянныхъ шумовъ (*susurus uterinus* и звуки сердцебіенія) въ беременной маткѣ могутъ быть слышны иногда еще нѣсколько шумовъ непостоянныхъ. Къ нимъ относятся: а) *шумъ пупочнаго капатика*, о которомъ мы уже говорили выше. Диагностическое значеніе его такое же, какъ и сердцебіенія, т. е. что онъ указываетъ на присутствіе въ маткѣ живаго младенца. б) *Посторонній шумъ*, происходящій изъ *сердца младенца* при недостаткѣ его клапановъ, или при другихъ порокахъ. Въ этомъ случаѣ чистыхъ сердечныхъ звуковъ не будетъ слышно, а шумъ будетъ постоянный (см. § 50). Такъ какъ врожденные пороки сердца у дѣтей представляютъ весьма рѣдкое явленіе, то и шумъ этотъ выслушивается очень рѣдко. в) *Шумъ отъ тренія плода* о маточныя стѣнки. Онъ могъ бы имѣть нѣкоторое диагностическое значеніе, если бы не ощущался одновременно съ движеніемъ плода и его сердцебіемъ. д) *Шумъ передвиженія газовъ* въ кишечномъ каналѣ беременной, часто являющійся при запорахъ и метеоризмѣ. Онъ можетъ быть наблюдаемъ у беременныхъ и небеременныхъ, у мужчинъ и женщинъ, а потому не имѣетъ никакого значенія.

§ 56. 3) *Движеніе младенца* есть также совершенно вѣрный признакъ не только беременности, но и жизни плода. Оно ощущается или рукой, приложенной къ животу беременной женщины, или ухомъ во время выслушиванія сердцебіенія. Если движенія повторяются рѣдко и въ данную минуту не ощутимы, ихъ можно вызвать искусственно, слегка потирая животъ, или прикладывая къ нему холодную руку. Все равно, какой бы родъ движенія мы не замѣтили, отрывочные ли толчки, или крупныя поворачиванія, они будутъ всегда достаточны для опредѣленія присутствія живаго младенца. Нужно остерегаться только, чтобы не принять за толчекъ младенца подергиваніе (клоническій спазмъ) брюшныхъ мышцъ, или передвиженіе кишекъ. Впрочемъ, подобная ошибка едвали возможна, потому что толчки младенца до такой степени характерны, что при небольшомъ навыкѣ ихъ всегда можно отличить отъ всего посторонняго. Движеніе младенца въ

началѣ бываетъ замѣтно въ различныхъ сторонахъ живота, но потомъ, подѣ конецъ беременности, когда младенецъ прочиѣ установится въ опредѣленномъ положеніи, оно начинаетъ обнаруживаться преимущественно въ одной какой нибудь сторонѣ, правой, или лѣвой. Въ это время, по мѣсту движенія можно приблизительно судить о положеніи младенца. Въ той сторонѣ, гдѣ замѣтно движеніе, помѣщаются обыкновенно ножки и ручки, а въ противоположной—спинка. Тѣ случаи, гдѣ подѣ конецъ беременности движеніе замѣчается съ той и другой стороны живота, могутъ давать предположеніе о присутствіи двойней. Впрочемъ, какъ положеніе младенца, такъ и число плодовъ должны быть опредѣляемы не столько по движенію, сколько по другимъ признакамъ.

§ 57. 4) *Ощупываніе плода чрезъ брюшныя покровы, или чрезъ рукавъ*, нужно считать третьимъ вѣрнымъ признакомъ беременности. Къ сожалѣнію и этотъ признакъ является не раньше 5-го мѣсяца. *Ощупываніе плода чрезъ брюшныя стѣнки* легко удается, начиная съ 6 -- 7 мѣсяца. Раньше этого срока оно возможно только при благоприятныхъ условіяхъ, именно при тонкости и вылости брюшныхъ стѣнокъ и при небольшомъ количествѣ околоплодныхъ водъ. Для этого изслѣдованія женщина кладется на спину, съ согнутыми колѣнями; акушеръ прикладываетъ обѣ руки по ту и другую сторону живота и, передвигая пальцами снизу вверхъ, старается прощупать въ увеличенной маткѣ плотное подвижное тѣло. Въстѣ съ этимъ ощупываніемъ обыкновенно замѣчается и движеніе младенца.

Тамъ, гдѣ брюшныя стѣнки, по своей толщинѣ или чувствительности, не даютъ возможности ощупать младенца, это можно сдѣлать гораздо легче и удобнѣе помощію внутренняго изслѣдованія чрезъ рукавъ. *Ощупывая сводъ влагалища и нижній сегментъ матки введеннымъ пальцемъ*, мы иногда уже на 5-мъ мѣсяцѣ, чаще на 6 и 7, замѣчаемъ здѣсь шаровидное тѣло, свободно плавающее въ жидкости и при подталкиваніи пальцемъ отходящее кверху и снова постепенно опускающееся. Это баллотированіе плода такъ характерно, что его едвали можно смѣшать съ другимъ подобнымъ ощущеніемъ. Потому этимъ признакомъ мы всегда можемъ пользоваться для опредѣленія беременности. Для такого изслѣдованія можно оставить женщину и въ стоячемъ положеніи, при чемъ подлежащая часть опускается ниже, слѣдовательно и толчекъ возбудить легче.

Баллотированіе (Ballotement) въ діагностическомъ отношеніи имѣетъ важное значеніе, какъ вѣрный признакъ беременности, одинаково присущій живому и мертвому плоду. Въ этомъ отношеніи, слѣдовательно, онъ даже имѣетъ нѣкоторое преимущество передъ дви-

женіемъ и сердцебіеніемъ. Впрочемъ, въ вѣкоторыхъ, правда, рѣдкихъ случаяхъ этого признака можно и не найдти, именно при очень высокомъ положеніи подлежащей части, когда она не достижима для пальца, напр., при узкихъ тазахъ и косвенныхъ положеніяхъ,—или онъ обнаруживается слишкомъ поздно. Наконецъ, нужно имѣть въ виду, что въ исключительныхъ случаяхъ за балотирующую головку плода можно принять и постороннюю опухоль, напр. подвижный фиброидъ при брюшной водянкѣ, плотныя опухоли сальника, или кисту яичника съ плавающими въ ней плотными кусками. Такіе случаи, впрочемъ, представляются рѣдко и нисколько не умаляютъ діагностическаго значенія разбираемаго признака. Для предупрежденія ошибки нужно производить самое тщательное, всестороннее изслѣдованіе признаковъ беременности, или предполагаемой болѣзни, не ограничиваясь только однимъ явленіемъ.

Обстоятельства, мѣшающія распознаванію беременности.

§ 58. 1) *Слишкомъ старый или молодой возрастъ беременной.* Если у женщины, напр. 40—45 лѣтъ, вдругъ прекращаются регулы и вслѣдъ затѣмъ являются различныя субъективныя припадки беременности, то разрѣшеніе вопроса здѣсь можетъ представить гораздо больше затрудненій, такъ какъ прекращеніе регулъ можно объяснить здѣсь наступающимъ климактерическимъ возрастомъ. Распознаваніе въ такихъ случаяхъ нерѣдко затрудняется еще и тѣмъ, что такія женщины имѣютъ большею частію толстыя, ожирѣвшія брюшныя стѣнки, чрезъ которыя не удастся прощупать увеличенную матку. Въ періодъ нормальнаго прекращенія регулъ у женщинъ нерѣдко являются: припуханіе груди и различныя болѣзненные припадки (въ органахъ пищеваренія, въ нервной и кровеносной системахъ), могущіе симулировать беременность. Въ такихъ случаяхъ нужно выжидать по крайней мѣрѣ 5 мѣсяцевъ, т. е. срокъ появленія движеній плода, чтобы убѣдиться зависятъ ли вышеозначенныя припадки отъ беременности, или отъ нормальнаго прекращенія регулъ. Самый поздній срокъ способности женщины къ зачатію можно считать 60 лѣтъ. Само собою разумѣется, чѣмъ дальше отъ 45 лѣтнаго возраста, тѣмъ вѣроятность беременности будетъ меньше.

Точно также можетъ встрѣчаться *беременность и въ очень раннемъ возрастѣ.* Хотя рѣдко, но тѣмъ не менѣе бывали случаи ея у 9—10 лѣтнихъ дѣвочекъ. Въ такихъ случаяхъ при вѣкоторыхъ указаніяхъ на беременность, замѣченныхъ во время вопроса или осмотра больной, (преждевременно развитыя груди и наружныя половыя части), нужно настаивать на необходимости

точного акушерскаго изслѣдованія, при помощи котораго можно разяснить дѣло.

2) *Кормленіе грудью.* Очень часто случается, что женщина во время кормленія грудью, не имѣя регуль, дѣлается беременною. Такъ какъ при отсутствіи регуль большинство женщинъ считаютъ себя неспособными къ зачатію, то естественно, что при наступленіи беременности въ такихъ случаяхъ не обращается никакого вниманія на первые признаки ея появленія. Поводомъ къ предположенію беременности здѣсь служить, обыкновенно, уменьшеніе въ отдѣленіи молока и разстройство питанія младенца. Опредѣленіе беременности при изслѣдованіи здѣсь нерѣдко бываетъ затруднено тѣмъ, что послѣ послѣднихъ родовъ матка иногда остается долго въ увеличенномъ объемѣ и бываетъ отклонена назадъ. Поэтому, для разясненія дѣла, большею частію приходится прибѣгать къ повторному изслѣдованію чрезъ извѣстные промежутки времени, чтобы убѣдиться въ постепенномъ увеличеніи матки. При первомъ подозрѣніи беременности кормленіе грудью нужно прекратить. Послѣ родовъ новое зачатіе можетъ наступить чрезъ 4—6 недѣль, даже раньше.

3) *Растяженіе мочевого пузыря.* Это болѣзненное состояніе у женщинъ можетъ доходить до значительной степени, такъ что растянутый пузырь образуетъ внизу живота выдающуюся опухоль на подобіе беременной матки. Распознаваніе здѣсь всегда очень легко при помощи катетера.

4) *Киста яичника* можетъ быть принята за беременную матку, какъ по своей формѣ и мѣстоположенію, такъ и по эластичности опухоли. Смѣшать эти два состоянія легче въ тѣхъ случаяхъ, когда при кистѣ яичника существуетъ измѣненіе грудей и отсутствуютъ регулы. Для отличія этихъ двухъ состояній служатъ: медленный ростъ опухоли, прощупываніе отклоненной, неувеличенной матки и отсутствіе вѣрныхъ признаковъ беременности (движеніе, сердцебіеніе) въ такое время, когда они должны были бы явиться. Киста яичника можетъ затруднять распознаваніе беременности еще болѣе въ тѣхъ случаяхъ, когда она существуетъ вмѣстѣ съ беременностью. При этомъ она маскируетъ объемъ беременной матки, можетъ препятствовать изслѣдованію сердцебіенія и движенія младенца и прощупыванію его частей. Для распознаванія въ такихъ случаяхъ требуется самое тщательное изслѣдованіе, знаніе анамнеза больной и внимательное наблюденіе за ея состояніемъ въ теченіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени.

5) *Увеличенная селезенка* можетъ симулировать беременную матку въ тѣхъ случаяхъ, когда она занимаетъ всю нижнюю часть живота. Впрочемъ, ошибка здѣсь менѣе возможна, потому что

верхній край опухоли не будетъ представлять рѣзкаго полукруглаго очертанія; можно прощупать при этомъ не увеличенную матку и при распросѣ больной о настоящемъ и прошедшемъ ея состояніи, равно при тщательномъ изслѣдованіи, можно выяснитъ существующее страданіе.

6) *Общее и мѣстное воспаленіе брюшины* можетъ затруднять распознаваніе беременности тѣмъ, что при чувствительности живота, оно мѣшаетъ полному оцупыванію матки. Въ хроническомъ видѣ болѣзни, при существованіи эксудата, этотъ послѣдній маскируетъ контуры матки и самъ по себѣ, образуя опухоль, можетъ быть принятъ за увеличенную матку. Впрочемъ, объективное изслѣдованіе здѣсь даетъ всегда достаточную точку опоры для дифференціальной діагностики: опухоль не будетъ имѣть правильной шаровидной формы и не будетъ представлять постепеннаго и равномернаго возрастанія, какъ беременная матка.

7) Другія опухоли, *заматочная—кروвяная, фиброидъ, брюшинная водянка*, еще менѣе могутъ затруднять распознаваніе беременности, или быть приняты за эту послѣднюю, такъ какъ развитіе этихъ опухолей, форма и плотность ихъ, не имѣютъ ничего сходнаго съ беременной маткой.

8) *Мнимая беременность (graviditas nervosa*, какъ ея прежде называли). Она можетъ встрѣчаться у женщинъ нервныхъ, истерическихъ, малокровныхъ, неправильно менструирующихъ и вмѣстѣ съ тѣмъ сильно желающихъ беременности, или боящихся ея. Если у такой женщины прекращаются регулы, то она начинаетъ думать, что уже беременна и, при случайномъ метеоризмѣ, начинаетъ замѣчать, что платья ея становятся тѣсными. Спустя 4—5 мѣсяцевъ больная будетъ увѣрять о появившемся движеніи, и въ такомъ заблужденіи можетъ оставаться иногда въ теченіи многихъ мѣсяцевъ. Для разрѣшенія вопроса о беременности нужно сдѣлать точное акушерское изслѣдованіе.

Кромѣ перечисленныхъ, могутъ встрѣтиться и другія болѣзни, симулирующія беременность, или состоянія, затрудняющія ея распознаваніе. Подробная дифференціальная діагностика ихъ не входитъ въ предѣлы настоящаго описанія, такъ какъ она требуетъ основательнаго знакомства съ женскими болѣзнями. Здѣсь я могу прибавить только то, что въ сомнительныхъ случаяхъ въ первой половинѣ беременности никогда не слѣдуетъ торопиться съ постановкой діагноза, такъ какъ нѣсколько лишнихъ недѣль наблюденія могутъ дать новыя явленія, разъясняющія сомнѣніе. Въ случаяхъ, относящихся до второй половины беременности, или въ вопросахъ отличительнаго распознаванія между беременностію и опухолью живота, никогда не слѣдуетъ рѣшать вопроса раньше, чѣмъ будутъ опредѣлены объемъ и по-

ложение матки. Если вопрос идетъ о безотложномъ назначеніи операціи (напр. оваріотоміи), то при малѣйшемъ подозрѣніи беременности необходимо опредѣлить величину полости матки помощію зонда. Въ случаѣ оказавшейся беременности зондъ принесетъ гораздо меньше вреда, чѣмъ ненужный разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ. Только при внимательномъ, осторожномъ и строго научномъ изслѣдованіи каждаго случая можно избѣгать тѣхъ грубыхъ ошибокъ (къ сожалѣнію, повторяющихся до сихъ поръ въ гинекологической и хирургической практикѣ), когда беременную матку принимали за опухоль и сообразно съ этимъ назначали лѣченіе.

§ 59. г) *Опредѣленіе многоплодной беременности.* Опредѣленіе двойней основывается только на объективномъ изслѣдованіи. При этомъ животъ у беременныхъ бываетъ больше и шире; крупныя части плода прощупываются въ двухъ противоположныхъ сторонахъ, какъ справа, такъ и слѣва; по срединѣ живота нерѣдко прощупывается болѣе уступчивое пространство, въ родѣ продольнаго жолоба, гдѣ не замѣчается крупныхъ частей; движеніе младенца ощущается на большомъ пространствѣ въ различныхъ направленіяхъ, какъ справа, такъ и слѣва. Сердцебиеніе младенца обыкновенно слышится одинаково явственно на двухъ отдаленныхъ другъ отъ друга мѣстахъ, при чемъ слышимые въ разныхъ мѣстахъ удары сердца не совпадаютъ между собою ни въ числѣ, ни въ ритмѣ. По этимъ признакамъ во многихъ случаяхъ удается опредѣлить присутствіе двойней до наступленія родовъ. Встрѣчающіеся въ этомъ отношеніи недосмотры или ошибки (гдѣ двойни просматриваются, или предполагаются тамъ, гдѣ ихъ нѣтъ) легко могутъ произойти при большомъ количествѣ околоплодныхъ водъ, при толстыхъ брюшныхъ стѣнкахъ и неясномъ ощупываніи контуровъ младенца, при неотчетливомъ сердцебиеніи. Ранѣе шестаго, или даже седьмаго мѣсяца опредѣленіе двойней не возможно.

Беременность тройнями, или четырьмя плодами въ акушерствѣ представляетъ рѣдкое явленіе и каждый изъ такихъ плодовъ обыкновенно имѣетъ небольшой объемъ; поэтому опредѣленіе такой беременности гораздо труднѣе, нежели беременности двойнями. О присутствіи третьяго или четвертаго плода обыкновенно узнаютъ послѣ рожденія первыхъ двухъ.

§ 60. д) *Отличіе первой беременности отъ послѣдующихъ.* Для опредѣленія этого, обыкновенно руководствуются состояніемъ маточной шейки и брюшныхъ стѣнокъ. У рождавшихъ женщинъ маточная шейка бываетъ толще, рыхлѣе; имѣетъ неправильную цилиндрическую форму; отверстіе маточнаго рыльца круглѣе и шире, нерѣдко въ послѣднихъ мѣсяцахъ беременности пропуска-

еть конецъ указательнаго пальца; губы маточнаго рыльца неровны, съ рубцеобразными углубленіями. У первобеременныхъ, напротивъ, маточная шейка совершенно гладка, конической формы; наружное маточное рыльце едва пропускаетъ гусиное перо; рубцовъ и бугристостей на губахъ маточнаго рыльца нѣтъ. На кожѣ живота при послѣдующихъ беременностяхъ замѣчаются старые рубцовые знаки, и вообще стѣнки живота въ первыхъ мѣсяцахъ беременности болѣе вялы и морщинисты. Послѣ первыхъ родовъ на промежности нерѣдко остаются слѣды разрыва уздечки, или самой промежности.

Рѣшеніе вопроса о томъ—рожала когда либо данная женщина, или нѣтъ, имѣетъ преимущественно судебно-медицинское значеніе. Въ этомъ отношеніи вопросъ можетъ быть предложенъ не только по поводу существующей беременности, но и во всякое другое время. Кромѣ измѣненій на маточной шейкѣ, рожавшая женщина отличается отъ нерожавшей тѣмъ, что груди ея болѣе обвислы, вялы, нерѣдко на нихъ замѣчаются старые рубцы отъ бывшаго растяженія кожи; брюшныя стѣнки болѣе или менѣе обвислы, морщинисты, легко захватываются въ складку, цвѣтъ кожи на нихъ болѣе блеклый, иногда сѣроватый. На кожѣ живота замѣчаются испещряющіе ее сморщенные старые рубцы, бѣло-перломутроваго цвѣта. Половая расщелина вяла, полураскрыта; уздечки большею частію не существуетъ; нерѣдко остаются слѣды зарубцевававшагося разрыва промежности. Влагалище расширено, разслабленныя стѣнки его свѣшиваются крупными складками.

Описанныя измѣненія будутъ выражены тѣмъ явственнѣе, чѣмъ ближе были роды ко времени изслѣдованія, или чѣмъ чаще они повторялись. У женщинъ, родившихъ давно одинъ разъ и долго потомъ не бывшихъ беременными эти измѣненія до нѣкоторой степени сглаживаются, но все же многіе изъ этихъ признаковъ остаются на всю жизнь, какъ напр. измѣненія на маточной шейкѣ, рубцы на кожѣ живота, потеря уздечки, застарѣлые разрывы промежности.

Такъ какъ при судебно-медицинскихъ вопросахъ мнѣніе эксперта о бывшихъ или не бывшихъ родахъ часто бываетъ связано съ обвиненіемъ или оправданіемъ женщины въ весьма тяжкихъ преступленіяхъ (напр. дѣтоубійство), или съ признаніемъ или не признаніемъ ея дѣтей законнорожденными, то, само собою разумѣется, показанія врача о признакахъ бывшихъ родовъ должны быть по возможности точны. Въ видахъ этаго я считаю необходимымъ указать, что нѣкоторые изъ вышеперечисленныхъ признаковъ могутъ быть и отъ другой причины, или же отсут-

ствовать, не смотря на бывшіе роды. Такъ напр. рубцы на животѣ и вялость брюшныхъ стѣнокъ могутъ образоваться вслѣдствіе бывшихъ опухолей живота (брюшная водянка, киста яичника и пр.); разрывы уздечки могутъ происходить отъ неосторожнаго совокупленія, вялость стѣнокъ влагалища отъ хроническаго катарра и половыхъ излишествъ; даже рубцы на маточной шейкѣ въ нѣкоторыхъ, правда рѣдкихъ, случаяхъ могутъ образоваться вслѣдствіе патологическаго растяженія ея при выхожденіи изъ матки фиброзныхъ полиповъ, или вслѣдствіе хирургическихъ надрѣзовъ на маточной шейкѣ. Съ другой стороны я наблюдалъ въ своей практикѣ нѣсколько случаевъ, гдѣ не смотря на бывшіе срочные роды, уздечка оставалась совершенно цѣлою и на влагалищной части матки не оставалось почти никакихъ знаковъ, т. е. не было ни рубцовъ, ни ея утолщенія. Послѣ незрѣлыхъ и преждевременныхъ родовъ маточная шейка нерѣдко сохраняетъ дѣвственную форму. Принимая во вниманіе эти случаиности и отклоненія отъ общаго правила, слѣдуетъ при констатированіи признаковъ бывшихъ родовъ брать въ расчетъ не только существующія измѣненія, свойственныя беременности и родамъ, но и данныя относительно предшествовавшаго состоянія испытуемой (анамнезъ).

§ 61. е) *Определеніе жизни и смерти утробнаго плода.* Определить жизнь утробнаго младенца возможно только со второй половины беременности, т. е. когда проявляется сердцебиеніе и движеніе. Отсутствіе этихъ признаковъ на 6 мѣсяцѣ даетъ право предполагать или ошибку въ вычисленіи эрока зачатія, или беременность мертвымъ плодомъ или заносомъ. Если женщина, слышавшая прежде движенія младенца, вдругъ перестанетъ ихъ чувствовать въ продолженіи 3—4 дней, если бывшія предъ этимъ послѣднія движенія были неестественно сильны и порывисты, если при выслушиваніи живота нигдѣ не замѣчается сердцебиенія, то, обыкновенно, это указываетъ на смерть плода. При беременности умершимъ плодомъ замѣчаются и другія явленія: груди опадаютъ, животъ какъ бы опускается, при поворачиваніи женщины съ одной стороны на другую замѣчается медленное, пассивное передвиженіе плотнаго тѣла въ маткѣ; при подталкиваніи головки чрезъ сводъ влагалища, или чрезъ маточное рыльце, равно какъ и при ощупываніи головки, нельзя вызвать никакихъ слѣдовъ активнаго движенія младенца. Всѣ эти признаки, даже по первому изслѣдованію, даютъ еще болѣе вѣроятія смерти плода въ тѣхъ случаяхъ, когда женщина въ предъидущія беременности разъ, или нѣсколько разъ рожала мертвыхъ дѣтей, и если признаки наступившей смерти, по времени, болѣе или менѣе совпадаютъ съ срокомъ прежняго у миранія плода. Мертвый мла-

денецъ можетъ оставаться въ маткѣ не только нѣсколько дней, но и нѣсколько недѣль, прежде чѣмъ начнутъ потужныя сокращенія матки и изгнаніе плода.

Е) Продолжительность беременности и вычисленіе срока родовъ.

§ 62. Вопросъ о срокахъ беременности и о времени наступленія родовъ имѣетъ большое значеніе, какъ для практическаго акушера, такъ и для судебного врача. Для перваго этотъ вопросъ важенъ потому, что всякая пациентка, интересующаяся своимъ положеніемъ, обращается за разрѣшеніемъ такого вопроса не къ кому другому, какъ къ акушеру или акушеркѣ; а судебному врачу нерѣдко приходится судить по вычисленію срока беременности о законнорожденности или незаконнорожденности младенца. Въ такихъ случаяхъ весьма важно опредѣлить болѣе или менѣе точныя границы продолжительности беременности.

Въ общезитіи принято считать, что нормальная беременность у женщины продолжается 9 календарныхъ или 10 лунныхъ мѣсяцевъ, другими словами: 40 недѣль, или 280 дней⁽¹⁾. Этотъ срокъ и наука считаетъ обыкновеннымъ, но далеко не постояннымъ. Встрѣчаются случаи, гдѣ беременность продолжается нѣсколькими днями или даже недѣлями больше или меньше этого срока. Изъ точныхъ наблюденій, гдѣ можно было сдѣлать точное акушерское вычисленіе, пришли къ тому заключенію, что за крайній предѣлъ продолжительности беременности можно считать 300, даже 310 дней. Самый ранній срокъ, при которомъ можетъ родиться зрѣлый плодъ, 270 дней. Эта разница относительно замедленія и ускоренія срока наступающихъ родовъ, можетъ быть, происходитъ отъ того, что женщины не чрезъ одинаковое время менструируютъ. Такъ какъ наступленіе родовъ, повидимому, до извѣстной степени находится въ связи со сроками бывшаго до беременности мѣсячнаго очищенія, то очень возможно, что женщины, менструировавшія чрезъ болѣе продолжительные сроки, могутъ имѣть и болѣе продолжительную беременность. Съ другой стороны замедленіе родовъ можетъ произойти и отъ того, что въ данномъ случаѣ,

(1) Продолжительность беременности у животныхъ бываетъ различна, смотря по виду животнаго. Такъ напр. слонъ носитъ 625 дней, жирафъ 444, лошадь 346, корова 282, овца 151, собака 60, кошка 56, кроликъ 31 день и свинья 115 дней.

послѣ 10 менструальныхъ сроковъ, роды могутъ и не послѣдовать, отсрочиваясь такимъ образомъ еще на цѣлый мѣсяць. Это будутъ, такъ называемые, запоздалые роды (*partus serotinus*) (1).

Опредѣленіе срока родовъ производится помощію вычисленія, основаннаго на времени прекращенія мѣсячныхъ очищеній, на времени появленія сердцебіенія и движенія плода и на прогрессивныхъ измѣненіяхъ матки и маточной шейки. Если женщина точно и хорошо помнитъ время послѣдняго мѣсячнаго очищенія, тогда мы отсчитываемъ отъ перваго дня этой менструаціи 9 календарныхъ мѣсяцевъ, или десять менструальныхъ сроковъ и прибавляемъ къ этому еще одну или двѣ недѣли. Тоже самое вычисленіе можно сдѣлать для краткости и такъ, что отъ срока послѣднихъ регулъ отсчитывается 3 мѣсяца назадъ и прибавляется недѣля. Прибавочная недѣля зачисляется на томъ основаніи, что зачатіе можетъ послѣдовать не тотчасъ послѣ послѣднихъ регулъ, но въ теченіи всего промежутка времени до слѣдующаго менструальнаго срока. Такъ какъ день зачатія обыкновенно неизвѣстенъ, но онъ долженъ быть въ промежуткѣ между послѣдними и имѣющими быть, но невывшимися регулами, потому изъ этого срока берутъ средину.

Такое вычисленіе срока беременности можно считать болѣе точнымъ и удобнымъ, но къ сожалѣнію оно не всегда примѣнимо. Есть женщины, которыя забеременѣваютъ, не имѣя регулъ, напр., кормящія грудью, малокровныя. Съ другой стороны многія женщины не помнятъ времени прекращенія регулъ и не знаютъ, чрезъ какіе сроки являлись у нихъ до того мѣсячныя крови. Наконецъ кровотеченіе изъ матки, на подобіе мѣсячныхъ очищеній, иногда можетъ являться и въ теченіи первыхъ мѣсяцевъ беременности. Въ такихъ случаяхъ для опредѣленія срока наступленія родовъ нужно руководствоваться другими данными. Эти данныя — первыя движенія плода. Они замѣчаются обыкновенно около 4—4½ мѣсяцевъ беременности. Если срокъ первыхъ движеній точно извѣстенъ, то мы относимъ его, обыкновенно, къ половинѣ беременности, т. е. къ 4½ мѣс. и, отсчитывая впередъ такой же срокъ, опредѣляемъ время родовъ. При этомъ вычисленіи необходимо, гдѣ возможно, сопоставлять и срокъ прекращенія регулъ, чтобы по обоимъ признакамъ вмѣстѣ, поясняющимъ

(1) Неодинаковая продолжительность беременности встрѣчается не только у женщинъ, но и у животныхъ, у которыхъ это можно констатировать гораздо точнѣе, такъ какъ сроки зачатія у нихъ могутъ быть положительно извѣстны. У лошади напр. беременность продолжается въ предѣлахъ 287—419 дней, у коровы между 240—320 днями, у кролика 27—35 дней.

и подтверждающимъ другъ друга, получить болѣе точное опредѣленіе.

Вычисленіе срока беременности по движенію плода можетъ давать большія неточности. Не говоря о томъ, что самое движеніе у разныхъ особъ появляется то раньше, то позже, смотря по степени развитія плода, по количеству околоплодныхъ водъ и по чувствительности и внимательности матери, оно многими женщинами можетъ пониматься ошибочно (воображаемая движенія). Равнымъ образомъ многія женщины забываютъ день перваго почувствованнаго ими движенія плода, какъ забываютъ сроки послѣднихъ регулъ. Потому, при опредѣленіи срока беременности на основаніи этихъ двухъ признаковъ, всегда возможно допустить ошибку на двѣ, даже на три недѣли. Такая ошибка возможна даже въ тѣхъ случаяхъ, когда срокъ послѣднихъ регулъ точно опредѣленъ и въ свое время записанъ, потому что самая беременность можетъ продолжаться дольше десяти менструальныхъ періодовъ. Поэтому при вычисленіи срока родовъ въ практическомъ отношеніи лучше назначить этотъ срокъ только въ приближенной формѣ и лучше брать болѣе поздніе по вычисленію термины, чѣмъ ранніе. Въ противномъ случаѣ, когда роды не наступаютъ нѣсколько недѣль послѣ указаннаго срока, это обыкновенно приноситъ беременной большое безпокойство, а врачу—конфузъ.

Объемъ матки можетъ служить къ опредѣленію срока беременности, какъ признакъ хотя и менѣе точный, но за то постоянный. Значеніе этого признака основано на томъ, что матка при нормальной беременности увеличивается съ извѣстною постепенностью, слѣд., ощупывая дно матки, мы можемъ приблизительно сказать, въ какомъ мѣсяцѣ беременности находится женщина. (О границахъ положенія дна матки сказано было въ § 5 стр. 7). Этотъ признакъ нужно считать только приблизительно вѣрнымъ, потому что увеличеніе беременной матки у различныхъ особъ можетъ подвергаться значительнымъ колебаніямъ.

Для опредѣленія срока наступленія родовъ мы имѣемъ еще одну точку опоры: *изгибленія маточной шейки*. Прежніе акушеры этому признаку придавали большое значеніе. Они думали, что укороченіе маточной шейки происходитъ постепенно и правильно, потому считали возможнымъ на основаніи этого сказать, когда будутъ роды. На самомъ дѣлѣ укороченіе маточной шейки далеко не представляетъ такой правильной постепенности; отъ того этимъ признакомъ можно пользоваться развѣ только въ концѣ беременности для приблизительнаго опредѣленія срока родовъ. Передъ наступленіемъ родовъ у перворождающихъ женщинъ шейка совершенно исчезаетъ, такъ что на ея мѣстѣ остается лишь кольцеобразный

валивъ, окружающій маточное рыльце. При такомъ состояніи маточной шейки можно сказать, что срокъ родовъ долженъ наступить со дня на день, тѣмъ болѣе если это совпадаетъ съ вычисленіемъ по другимъ признакамъ. У многорождавшихъ женщинъ такихъ измѣненій на шейкѣ не бываетъ. У нихъ до самаго срока родовъ шейка, обыкновенно, представляется въ видѣ небольшого соскообразнаго отростка; наружное рыльце иногда за нѣсколько недѣль до родовъ открывается на столько, что можетъ пропускать конецъ указательнаго пальца. Поэтому у многорождавшихъ женщинъ нельзя судить о срокѣ наступленія родовъ по полному изглаживанію шейки.

Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ для вычисленія беременности и срока родовъ представляется возможность руководиться самымъ точнымъ признакомъ — днемъ зачатія, если этотъ день извѣстенъ женщинѣ.

Изъ всего вышесказаннаго видно, что опредѣленіе срока беременности и родовъ въ каждомъ данномъ случаѣ можно дѣлать только приблизительно, а не математически вѣрно. При всякомъ, даже самомъ точномъ вычисленіи, возможна ошибка на нѣсколько дней.

Г) Гигіена и діететика беременныхъ.

§ 63. Мать, носящая въ утробѣ своей ребенка, естественно должна соблюдать въ образѣ жизни гораздо больше осторожности, нежели небеременная женщина. Она должна беречь себя не только для себя самой, но и для правильнаго развитія зародыша. Она должна постоянно помнить, что всякая неосторожность можетъ не только повредить развитію младенца, но и совсѣмъ убить его, — вызвать выкидышъ со всѣми его опасными послѣдствіями. Въ первое время беременности, когда связь плоднаго яйца съ маткой еще очень нѣжна, когда сосуды отпадающей оболочки легко могутъ разрываться и давать кровотеченіе, въ это время иногда бываетъ достаточно одного неосторожнаго движенія, толчка, легкаго паденія, сильнаго физическаго или нравственнаго возбужденія, чтобы причинить усиленный напоръ крови къ маткѣ, вызвать кровотеченіе и умертвить зародышъ. Точно также и въ позднѣйшихъ періодахъ беременности женщина должна помнить, что отъ нея неосторожности можетъ пострадать здоровье и жизнь плода; слѣд. врачъ, на попеченіи котораго находится такая женщина, долженъ внушить ей и выяснить, какимъ образомъ она должна вести себя въ теченіи этаго времени.

Главная забота должна состоять въ томъ, чтобы, на сколько возможно, обезпечить продолженіе беременности. т. е. избѣжать выкидыша. При этомъ не лишнее каждый разъ имѣть въ виду, что не всѣ женщины одинаково расположены къ выкидышу: есть такія, у которыхъ всякая, даже грубая, неосторожность во время беременности сходить съ рукъ безнаказанно, у другихъ же, при самомъ незначительномъ отступленіи отъ правльнаго гигиеническаго содержанія, можетъ воспослѣдовать выкидышъ. На такихъ женщинъ нужно обращать самое строгое вниманіе. Расположенными къ выкидышу нужно считать: 1) такихъ женщинъ, которыя до того времени уже выкидывали не однократно. Послѣдующіе выкидыши обыкновенно весьма легко повторяются въ тотъ же самый срокъ беременности, какъ и прежде. Чѣмъ чаще женщина выкидывала, тѣмъ больше она имѣетъ шансовъ на новый выкидышъ (*abortus habitus*). 2) Условія, благопріятствующія прекращенію беременности, могутъ заключаться въ хроническихъ страданіяхъ матки, напр. если женщина передъ беременностью страдала маточными бѣлями съ разрыхленіемъ слизистой оболочки, сильными маточными кровотеченіями, искривленіями матки, или новообразованіями въ ней (фиброиды, полипы). 3) Вообще требуютъ больше осторожности женщины слабыя, истощенныя, страдающія болѣзнями, располагающими къ ненормальному кровообращенію, напр. пороками сердца, болѣзнями легкихъ, печени и пр. 4) Лица, страдающія острыми лихорадочными болѣзнями, или только что поправляющіяся отъ нихъ (лихорадочныя сыпи, тифъ, кровавый поносъ, воспаленіе легкихъ и пр. 5) Лица, имѣющія застарѣлый сифилисъ.

§ 64. *Пища для беременныхъ* женщинъ должна быть здоровая, питательная и удобоваримая. Къ сожалѣнію это правило не всегда примѣнимо. У беременныхъ, какъ извѣстно, очень часто является извращеніе вкуса, потребность употреблять вещества грубыя, тяжелыя, и противостоятъ этому влеченію очень часто онѣ не могутъ. Въ такихъ случаяхъ, впрочемъ, и не замѣчалъ, чтобы подобный способъ питанія сопровождался какимъ нибудь существеннымъ вредомъ. Само собою разумѣется, что еслибы развился вкусъ къ положительно вреднымъ, или крайне тяжелымъ кушаньямъ, то обязанность врача, на сколько возможно, убѣдить пациентку во вредѣ такого питанія. При болѣзненныхъ разстройствахъ пищеварительныхъ органовъ, напр., при рвотѣ, поносѣ или запорахъ, слѣдуетъ употреблять соотвѣтствующія медицинскія средства.

Женщины вообще, а беременныя въ особенности часто бываютъ расположены къ запорамъ. Во второй половинѣ беременности запоры поддерживаются давленіемъ на кишечный каналъ со стороны матки и затрудненнымъ кровообращеніемъ

въ органахъ брюшной полости. Въ это время въ кишечномъ каналѣ нерѣдко скопляется весьма большое количество долго застоявшихся экскрементовъ, что можетъ причинить значительный вредъ во время родовъ и въ послѣродовое время. Поэтому въ послѣднихъ мѣсяцахъ беременности необходимо обращать вниманіе на отправление кишечнаго канала. Не только женщинамъ, жалующимся на запоры; но даже и тѣмъ, которыя имѣютъ ежедневныя испражненія, нужно время отъ времени назначать легкія послабляющія средства. Между ними я даю предпочтеніе содѣ, магнезій, ревеню и небольшимъ приѣмамъ сабура (aloe). Клизтиры, къ которымъ пациентки часто прибѣгаютъ, не заслуживаютъ одобренія, потому что они не въ состояніи хорошо очищать даже толстыхъ кишекъ, а между тѣмъ раздражаютъ и растягиваютъ прямую кишку.

§ 65. *Одежда беременныхъ* должна соответствовать ихъ положенію. Она должна быть достаточо теплой и удобной, не должна производить давленія на груди и на животъ. Обыкновенныя корсеты и крѣпкія шнуровки во время беременности не должны быть употребляемы. Если женщина будетъ жаловаться, что безъ корсета ей трудно удержать юбки безъ того, чтобы шнурками отъ нихъ не перетягивать животъ, тогда можно рекомендовать для поддержанія юбокъ проймы, или позволить употребленіе коротенькаго корсета съ тѣмъ только, чтобы онъ не былъ крѣпко стянутъ. Такіе корсеты, приготовляемые специально для беременныхъ, не оказываютъ вреда.

Многія женщины изъ образованнаго круга, придерживаясь моды, носятъ обувь на очень высокихъ каблучкахъ. При этомъ подошва ноги получаетъ не горизонтальное, а наклонное положеніе, вслѣдствіе чего походка дѣлается невѣрной. Такая обувь, неудобная во всякое время, при беременности можетъ быть опасною, такъ какъ, при перемѣщеніи центра тяжести впередъ, женщина на высокихъ каблучкахъ весьма легко можетъ потерять равновѣсіе, спотынуться и упасть.

§ 66. *Образъ жизни.* Беременная должна по возможности вести регулярную жизнь: во время ложиться спать, не поздно вставать, избѣгать всякихъ усиленныхъ движеній, утомительныхъ танцевъ, верховой ѣзды, тряскихъ экипажей, частыхъ восхожденій на высокія лѣстницы и т. п. Женщины, имѣвшія выкидышъ въ предъидущую беременность, въ этомъ отношеніи должны быть къ себѣ еще строже. Иногда ихъ необходимо оставлять въ постелѣ въ теченіи нѣсколькихъ недѣль, чтобы такимъ образомъ благополучно провести тотъ срокъ, который угрожаетъ имъ выкидышемъ.

Во время ходьбы беременная женщина всегда должна опасаться, чтобы не споткнуться и не упасть. При изменении центра тяжести у беременных такія спотыканія и паденія случаются довольно часто, поэтому лучше, если беременная женщина будет ходить по улицѣ подь руку съ мужемъ, или съ кѣмънибудь изъ знакомыхъ.

Въ публикѣ распространено мнѣніе, что беременная женщина должна гулять потому, чтобы не прирость послѣдъ, или чтобы ребенокъ не разросся до очень большихъ размѣровъ. Безъ сомнѣнія это не болѣе, какъ предразсудокъ. Движеніе необходимо какъ общее гигиеническое условіе, тѣмъ болѣе имѣющее здѣсь примѣненіе, что отъ давленія беременной маткой на сосуды тазовой области образуются застои крови и отеки. Ежедневную прогулку иногда приходится останавливать въ концѣ беременности у такихъ женщинъ, у которыхъ предлежащая голова плода опускается слишкомъ низко, или существуетъ наклонность къ преждевременнымъ родамъ, или у кого квартира помѣщается слишкомъ высоко.

Прогулка въ покойныхъ экипажахъ и по хорошимъ дорогамъ не менѣе полезна, какъ прогулка пѣшкомъ. Ызда по желѣзнымъ дорогамъ можетъ считаться безвредною. Я съ своей стороны не могу указать ни на одинъ случай, гдѣ бы отъ этой Ызды у здоровой женщины произошелъ выкидышъ.

При разрѣшеніи вопроса объ отдаленныхъ поѣздкахъ по желѣзнымъ дорогамъ и на пароходахъ нужно принимать во вниманіе сроки беременности. Нерѣдко случается, что при ошибкѣ въ расчетѣ этого срока, роды наступаютъ во время пути, что, само собою разумѣется, причиняетъ большія неудобства, а иногда и опасности. Потому нужно принять за правило въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности отклонять всякое отдаленное путешествіе. Беременная „на сносахъ“, особенно многождавшая, ожидая родовъ со дня на день, не должна выходить даже изъ своей квартиры (въ гости, въ церковь, въ театръ и пр.), чтобы избѣжать неожиданныхъ *уличныхъ родовъ*. Ызда по проселочнымъ дорогамъ, особенно въ тряскомъ экипажѣ, можетъ привести вредъ беременной женщинѣ во всякое время. Отъ этого, вслѣдствіе сотрясеній и толчковъ, легко можетъ произойти выкидышъ или преждевременные роды, могутъ разорваться оболочки плоднаго пузыря и образоваться неправильное положеніе плода.

Купанье въ холодной рѣкѣ, тѣмъ болѣе *въ морѣ*, при значительномъ прибоѣ, беременной женщинѣ должно быть воспрещено. Точно также нужно считать вреднымъ во время беременности работу на *швейныхъ машинахъ*, передвижаніе или подниманіе тяжестей и вообще всякій усиленный трудъ.

Это правило имѣть особенное значеніе для женщинъ чернорабочаго класса, иногда принужденныхъ не оставлять своего труда до момента наступленія родовъ. Въ этомъ отношеніи особенно вреденъ тотъ физическій трудъ, который сопровождается сильнымъ наклоненіемъ тѣла (мытье половъ, полосканье бѣлья, жнитво, нѣкоторыя работы на фабрикахъ). При частыхъ нагибаніяхъ внизъ весьма легко можетъ образоваться поперечное положеніе младенца. Поэтому было бы весьма желательно и гуманно, чтобы на послѣднемъ мѣсяцѣ беременности женщину освобождали отъ всякаго тяжелаго физическаго труда. По той же причинѣ беременная въ послѣднихъ мѣсяцахъ должна избѣгать земныхъ поклоновъ.

Беременная женщина не должна посѣщать общественныхъ зрѣлищъ, въ которыхъ можно ожидать сильныхъ нравственныхъ потрясеній (циркъ, акробатическія представленія, драматическіе спектакли). Здѣсь весьма легко можетъ послѣдовать неожиданный испугъ, отъ котораго можетъ приключиться выкидышъ. Но такъ какъ беременной женщинѣ необходимо нѣкоторое развлеченіе, дабы она не слишкомъ сосредоточивалась на мрачныхъ мысляхъ относительно предстоящихъ родовыхъ мукъ, то слѣдуетъ рекомендовать ей легкія домашнія занятія, чтеніе книгъ (безъ потрясающихъ сценъ) и семейную бесѣду съ близкими людьми.

§ 67. *Теплыя ванны* отъ 28°—29° могутъ быть назначаемы во время беременности, какъ общее гигиеническое средство. Въ послѣдніе мѣсяцы, особенно у первобеременныхъ, ванны можно учащать раза по два, по три въ недѣлю, такъ какъ это значительно успокоиваетъ больныхъ и до извѣстной степени подготавливаетъ половые пути къ родамъ. Теплыя ванны должны быть запрещаемы тамъ, гдѣ существуетъ наклонность къ выкидышу. Русскія бани, особенно съ очень высокой температурой, во время беременности могутъ быть вредны, какъ по сильному возбужденію, которое онѣ производятъ въ организмѣ, такъ и потому, что на мокромъ полу бани можно поскользнуться и упасть.

Половые сношенія въ первую половину беременности не могутъ считаться на столько вредными, чтобы ихъ необходимо было строго воспрепятствовать; но въ послѣднюю половину, когда животъ достигаетъ значительныхъ размѣровъ, они должны быть избѣгаемы.

Женщины, желающія кормить грудью, должны позаботиться во время беременности о *приготовленіи сосковъ*. Если соски очень малы и вдавлены, нужно позаботиться объ ихъ исправленіи, употребляя, такъ называемыя, сосковыя шляпочки, или вытягивая ихъ осторожно пальцами. Для того, чтобы предотвратить трещины на соскахъ, совѣтуютъ во время беременности ежедневно обтирать ихъ либо просто холодной водой, либо какими-нибудь легкими

спиртными растворами. Такимъ образомъ постепенно соски привыкають къ раздраженію, кожа ихъ дѣлается крѣпче, менѣ чувствительной. Вообще же груди нужно содержать теплѣе и защищать ихъ отъ простуды, давленія и случайныхъ ушибовъ.

Во время беременности безъ крайней нужды не нужно дѣлать никакихъ хирургическихъ операцій, потому что всякое возбужденіе нервной системы можетъ причинить выкидышъ. Точно также запрещается приставлять пиявки на маточную шейку и къ наружнымъ половымъ частямъ, дѣлать горячія или раздражающія спринцеванія въ рукавъ, прижиганія маточной шейки, горячія ножныя ванны и т. п. средства, могущія усилить приливъ крови къ маткѣ. Употребленіе внутреннихъ терапевтическихъ средствъ въ большинствѣ случаевъ возможно, если только они не имѣютъ прямого дѣйствія на мышечныя сокращенія матки, или не возбуждаютъ прилива къ ней крови.

Относительно гигиеническаго содержанія беременныхъ нужно сказать еще объ обстановкѣ. Въ публикѣ до сихъ поръ еще существуетъ мнѣніе, что беременныхъ женщинъ нужно по возможности окружать самыми пріятными предметами, хорошими картинками, цвѣтами и пр. Всѣ подобныя дѣйствія основывались на томъ, что чѣмъ пріятнѣе будутъ впечатлѣнія беременной, тѣмъ красивѣе родится ребенокъ. Эта, такъ называемая, *теорія заглядыванія* не имѣетъ никакой научной основы. Противъ хорошей обстановки, конечно, сказать ничего нельзя; но считать ее необходимою, какъ средство для улучшенія физической красоты потомства, нѣтъ никакого физиологическаго основанія.

ОТДѢЛЪ ВТОРОЙ.

О РОДАХЪ.

§ 68. Родами (partus) называется такое отправление женскаго организма, при которомъ изгоняется изъ матки наружу болѣе или менѣе зрѣлый плодъ вмѣстѣ съ послѣдомъ, помощію силъ, развивающихся въ маткѣ.

Роды раздѣляютъ: 1) на *нормальные, правильные* (partus naturalis) и 2) *неправильные, ненормальные* (partus non naturalis). Первыми называются такіе роды, которые совершаются по извѣстному правильному типу одними силами природы, болѣе или менѣе легко и безъ всякихъ вредныхъ послѣдствій для матери и младенца. Неправильные роды суть тѣ, при которыхъ происходитъ какое-либо отступленіе отъ нормальнаго типа ихъ, будетъ ли это зависѣть отъ неправильности родовыхъ путей, или родовыхъ силъ, отъ неправильностей въ положеніи или состояніи плода, или отъ болѣзней матери (¹). Такіе роды часто требуютъ для своего возбужденія или окончанія вмѣшательства искусства, или оперативнаго пособія, поэтому они въ такихъ случаяхъ называются *искусственными* (partus artificialis).

По времени роды раздѣляютъ: 1) на *срочные* (partus maturus), которые происходятъ по истеченіи полнаго срока беременности; 2) *преждевременные* (partus praematurus), когда изгоняется изъ матки плодъ еще не вполне зрѣлый, но жизнеспособный, т. е. способный продолжать жизнь внѣ матки (жизнеспособность плода начинается только послѣ 7 мѣсяцевъ беременности); 3) *не-*

(¹) Поставить рѣзкую границу между нормальными и ненормальными родами въ каждомъ данномъ случаѣ довольно трудно, потому что мы имѣемъ для первыхъ рѣзко очерченнаго типа, а напротивъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ такихъ родовъ видимъ много индивидуальныхъ отклоненій, напр. относительно продолжительности, болѣзненности, характера маточныхъ сокращеній и пр. Поэтому принято называть нормальными родами такіе, которые совершаются силою одной природы, безъ особенныхъ затрудненій и безъ всякихъ вредныхъ послѣдствій для матери и младенца.

артале (partus immaturus), когда изгоняется изъ матки плодъ, не только незрѣлый, но и неспособный жить самостоятельно внѣ матки. Срокъ такихъ родовъ слѣдуетъ считать отъ 4-хъ до 7-ми мѣсяцевъ. 4) До 4-хъ мѣсяцевъ утробный плодъ еще такъ малъ, что для изгнанія его не требуется никакого сложнаго механизма въ смыслѣ приспособленія къ вмѣстимости таза; плодное яйцо въ это время какъ бы выбрасывается изъ матки; поэтому такіе роды называются *выкидышемъ* (abortus). Наконецъ, роды по числу плодовъ можно раздѣлить на *одноплодные* и *многоплодные* (двойнями, тройнями и т. д.). Женщина, находящаяся въ родахъ называется *роженицею* (pariens s. parturiens).

А) Родовыя силы и общій характеръ родоваго процесса.

а) Общій характеръ родовыхъ силъ.

§ 69. Нормальные роды происходятъ подъ влияніемъ силъ, развивающихся въ маткѣ. Эти силы заключаются въ мышцахъ, которыя во время беременности, какъ извѣстно, достигаютъ значительной степени развитія и потому обладаютъ значительною силою.

Правильныя мышечныя сокращенія матки (маточныя или родовыя схватки и потуги) совершаются по извѣстному опредѣленному порядку. Начинаясь въ видѣ легкихъ стягиваній, онѣ постепенно усиливаются, обхватываютъ всю матку, доходятъ до извѣстной степени напряженія и потомъ также постепенно ослабѣваютъ и прекращаются. Такой приступъ родовой боли, продолжающійся 2—3 минуты, называется *родовой схваткой* или *потугой* ⁽¹⁾. Затѣмъ слѣдуетъ свободный промежутокъ времени, когда боли не замѣчается и мышцы матки находятся въ расслабленномъ состояніи, — онъ называется *родовой паузой*. Родовая пауза продолжается, обыкновенно, отъ 4—10 минутъ и снова смѣняется родовой схваткой. Изъ такихъ родовыхъ схватокъ или потугъ и паузъ,

⁽¹⁾ Родовой схваткой я называю тѣ боли или сокращенія матки, которыя бывають въ періодъ раскрытія маточнаго рыльца. Словомъ потуга опредѣляютъ то сокращеніе матки, которое происходитъ въ періодъ изгнанія плода, обыкновенно при содѣйствіи брюшнаго пресса. Характеръ тѣхъ и другихъ сокращеній матки бываетъ различенъ, какъ по своему существу т. е. координаціи участвующихъ въ этомъ сокращеніи мышцъ, слѣд. по цѣли сокращенія, такъ и по внѣшнему проявленію. Поэтому родовую схватку или боль нужно различать отъ потуги.

смѣняющихъ одна другую въ извѣстномъ порядкѣ, состоитъ весь механизмъ мышечной (родовой) дѣятельности матки.

Сокращеніе въ мышечныхъ пучкахъ матки не есть простое сжатіе и расслабленіе. Оно должно происходить по опредѣленному цѣлесообразному порядку, при участіи и правильномъ сочетаніи опредѣленныхъ группъ мышцъ, служащихъ для одной и той же цѣли. При различныхъ періодахъ родового акта координація этихъ группъ должна мѣняться, такъ какъ мышечная работа, напр. для открытія рыльца, должна быть совершенно другая, нежели для изгнанія плода, или изгнанія послѣда. Это надобно допустить а priori, не смотря на то, что мы не знаемъ точнаго механизма маточныхъ сокращеній, потому что не знаемъ даже точнаго анатомическаго распредѣленія и соотношенія мышечныхъ пучковъ матки. По далеко не изученному механизму маточныхъ сокращеній мы можемъ сказать развѣ то, что мышечные пучки матки представляютъ двухъ антагонистовъ,—это продольныя и циркулярныя мышцы, равно мышцы дна и тѣла по отношенію къ мышцамъ маточной шейки. При сокращеніи первыхъ, вторыя должны или расслабляться, или сокращаться слабѣе, иначе нельзя преодолѣть препятствія, заключающагося въ закрытомъ маточномъ рыльцѣ. Такъ какъ мышцы дна и тѣла матки бываютъ развиты гораздо сильнѣе, нежели мышцы шейки, поэтому и сопротивленіе, представляемое этими послѣдними, не бываетъ особенно значительно. Если въ нѣкоторыхъ случаяхъ періодъ раскрытія маточнаго рыльца продолжается слишкомъ долго, требуетъ большаго усилія, то причина этого заключается, обыкновенно, не въ силѣ антагонистовъ (мышцъ шейки), а въ неправильномъ сочетаніи сокращающихся мышечныхъ группъ дна и тѣла (спазмъ). Въ этомъ случаѣ большая часть маточныхъ сокращеній будутъ безцѣльны, и причиняя лишнія боли, будутъ мало подвигать родовой процессъ.

§ 70. Прежде думали, что раскрытіе рыльца происходитъ вслѣдствіе пассивнаго растяженія его сверху внизъ подъ напоромъ плоднаго пузыря и предлежащей части. Такой взглядъ нельзя считать справедливымъ. Достаточно для этого вспомнить случаи раннихъ выкидышей, когда изъ матки изгоняется очень нѣжное плодное яйцо, или одни оболочки. Подобное мягкое тѣло не можетъ механически растягивать маточную шейку, такъ какъ оно не обладаетъ для этого достаточною плотностію и упругостію; не смотря на то, однакоже, рыльце раскрывается и при томъ раскрывается раньше, нежели въ него опустится плодное яйцо. Изъ этого видно, что раскрытіе рыльца нужно приписать не пассивному растяженію, но опредѣленной мышечной дѣятель-

ности, при чемъ, вѣроятно, главную активную роль играютъ нѣкоторые продольные пучки мышцъ дна и тѣла. Растяженіе рыльца подъ напоромъ подлежащей части нужно считать въ этомъ процессѣ лишь второстепеннымъ и вспомогательнымъ актомъ.

§ 71. Во второмъ періодѣ родовъ (періодъ изгнанія), когда рыльце совершенно раскроется и когда въ немъ помѣстится подлежащая часть плода, сокращенія растянутыхъ мышечныхъ пучковъ шейки подъ давленіемъ головки, такъ сказать, парализуются. Въ это время вся дѣятельная сила матки сосредоточивается въ тѣхъ мышцахъ дна и тѣла, которыя при своемъ сокращеніи уменьшаютъ преимущественно продольный объемъ матки и такимъ образомъ выталкиваютъ плодъ наружу. Итакъ, повторяю еще разъ, родовыя сокращенія матки нужно разсматривать, какъ рядъ очень сложныхъ, цѣлесообразныхъ мышечныхъ движеній, распределенныхъ по извѣстнымъ группамъ мышечныхъ пучковъ и слѣдующихъ въ извѣстномъ порядкѣ другъ за другомъ. Какъ только является отступленіе отъ такой правильности въ механизмѣ сокращеній (т. е. разстройство координаціи), то родовая боль принимаетъ спазмодическій характеръ, имѣющей своимъ послѣдствіемъ замедленіе родовъ, такъ какъ постепенное раскрытіе рыльца, равно какъ и изгнаніе плода возможны только при правильной координаціи мышечныхъ движеній матки.

Сокращенія матки носятъ на себѣ спазмодическій характеръ чаще, чѣмъ обыкновенно думаютъ. Въ самомъ дѣлѣ, если бы сокращенія эти были постоянно правильны, то роды не представляли бы такого продолжительнаго и труднаго процесса, какъ обыкновенно случается, потому что главное препятствіе для прохожденія младенца—маточное рыльце, при правильномъ дѣйствіи его антагонистовъ, не могло бы дать такого продолжительнаго и упорнаго противодѣйствія ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Даже при такъ называемыхъ правильныхъ родахъ періодъ раскрытія обыкновенно занимаетъ около $\frac{2}{3}$ продолжительности всего родоваго акта. Такое затрудненіе въ раскрытіи рыльца нельзя объяснить одной неуступчивостію послѣдняго. Не нужно забывать, что вся маточная дѣятельность есть явленіе рефлекторное, а правильность дѣйствія рефлекса зависитъ отъ степени раздраженія (возбужденія) и отъ привычки или заучиванія рефлекторныхъ движеній. Чѣмъ женщина раздражительнѣе, тѣмъ легче вызывается рядъ неправильныхъ движеній,—вмѣсто цѣлесообразнаго движенія являются судороги. Упражненіе или заучиваніе рефлексовъ, мнѣ кажется, можетъ имѣть мѣсто и въ маткѣ. Можно допустить, какъ предположеніе, что у перворождающихъ женщинъ роды идутъ гораздо медленнѣе не потому, чтобы маточная шейка была менѣе уступчива (напротивъ въ большинствѣ случаевъ у многоорождавшихъ она толще

Слѣдовательно, при такъ называемыхъ нормальныхъ родахъ должно существовать не только правильное отношеніе между поту-гами и паузами, но должны быть и самыя сокращенія мышцъ правильныя. Определить правильность мышечныхъ сокращеній въ каждомъ случаѣ весьма трудно, если не сказать невозможно. Здѣсь мы можемъ судить только по эффекту мышечнаго дѣйствія и развѣ въ исключительныхъ случаяхъ по непосредственному ощущенію. Напр. мы можемъ иногда замѣтить спазмъ маточнаго рыльца, если оно во время схватки не только не расширяется, а напротивъ суживается.

Сокращенія матки, какъ органа состоящаго изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, не зависятъ отъ воли роженицы, а являются произвольными въ видѣ рефлекторныхъ движеній. Здѣсь, какъ во всѣхъ гладкихъ мышечныхъ волокнахъ, сокращеніе наступать не вдругъ, а исподволь, усиливаясь постепенно и достигая большей или меньшей степени напряженія, смотря по силѣ раздраженія, вызывающаго рефлексъ. Маточныя сокращенія по всей вѣроятности имѣютъ перистальтический характеръ, такъ по крайней мѣрѣ замѣчено у животныхъ, при чемъ перистальтическая волна на-

и жестче),—а потому, что во время первыхъ родовъ матка, такъ сказать, приучается къ правильному мышечному движенію. Первые родовыя сокращенія матки въ этомъ смыслѣ есть тоже, что первая попытка ребенка ѣсть изъ собственныхъ рукъ, ходить на собственныхъ ногахъ. Отъ того у перворождающихъ женщинъ періодъ раскрытія рыльца, когда требуются болѣе сложныя координированныя движенія, продолжается слишкомъ долго, такъ какъ въ этотъ періодъ большинство маточныхъ сокращеній совершается безпорядочно. При вторыхъ родахъ требуется преодолѣть тоже самое препятствіе, но дѣло идетъ гораздо легче: матка приучилась уже къ своему труду, рефлексъ болѣе выработанъ. Третьи роды обыкновенно совершаются еще скорѣе, и вообще, чѣмъ чаще женщина рождастъ, тѣмъ роды становятся короче и легче.

Неправильность маточныхъ сокращеній очень часто зависитъ отъ слишкомъ сильнаго возбужденія. Недостатокъ околоплодной жидкости (сухіе роды), или преждевременное ея истеченіе замедляютъ родовой процессъ, между прочимъ, по этой причинѣ. При слишкомъ болѣзненныхъ маточныхъ сокращеніяхъ правильность рефлекса всегда нарушается. Отъ того слишкомъ болѣзненные роды вмѣстѣ съ тѣмъ почти всегда бываютъ слишкомъ продолжительны.—Въ доказательство справедливости высказаннаго мнѣнія относительно спазмодическихъ сокращеній матки можно привести наблюденія надъ употребленіемъ хлороформа при такъ называемыхъ нормальныхъ родахъ.—Эти наблюденія показываютъ, что средняя продолжительность родовъ подъ хлороформомъ гораздо короче, нежели безъ хлороформа, а это можно объяснить только тѣмъ, что хлороформъ успокоивая родовую боль, этимъ самымъ уменьшаетъ источникъ излишняго рефлекторнаго раздраженія матки, такъ сказать регулируетъ правильность маточныхъ сокращеній.

чинается отъ дна матки и идетъ къ шейкѣ. Впрочемъ, на женской маткѣ такое движеніе еще не вполне доказано, по крайней мѣрѣ оно такъ быстро охватываетъ весь органъ, что ясно различить перистальтическую волну не возможно.

§ 72. При всякомъ родовомъ сокращеніи матка измѣняетъ свою форму, изъ плоско-овальной она дѣлается болѣе шаровидной, при чемъ поперечный и продольный размѣръ ея укорачиваются, а прямой (передне-задній) удлиняется. Вслѣдствіе этого, равно и отъ сокращенія круглыхъ связокъ, дно матки болѣе выпячивается впередъ. Маточныя стѣнки при сокращеніяхъ дѣлаются крѣпче, контуры матки обрисовываются рѣзче, такъ что родовую схватку можно опредѣлить по этому рукой, оцупывая животъ роженицы. Объемъ жавота во время родовъ, сравнительно съ послѣднимъ срокомъ беременности, нѣсколько уменьшается. Это зависитъ отчасти отъ сокращенія матки, отчасти отъ излитія околоплодной жидкости, а преимущественно отъ вступленія предлежащей части въ каналъ таза.

§ 73. Сокращенія матки составляютъ главную силу для изгнанія плода, но кромѣ того есть еще и другія силы, такъ сказать, прибавочныя, хотя значеніе ихъ въ родахъ сравнительно не велико. Такими *прибавочными силами* можно считать:

Сокращеніе круглыхъ маточныхъ связокъ. Суда по отношенію ихъ къ мышцамъ матки и по гипертрофіи во время беременности можно предположить, что круглыя маточныя связки должны принимать дѣятельное участіе въ актѣ родовъ. Онѣ фиксируютъ матку въ извѣстномъ положеніи, благоприятномъ для изгнанія плода (устанавливаютъ матку по проводной линіи таза), и даютъ точку опоры сокращающимся продольнымъ и косвеннымъ пучкамъ наружнаго мышечнаго слоя, концы которыхъ собраны въ круглыхъ связкахъ. Въ концѣ родовъ круглыя связки опускаютъ матку внизъ къ выходу таза. Дѣятельность этихъ мышцъ подчинена родовому механизму; потому онѣ сокращаются и расслабляются непроизвольно, по данному импульсу, наравнѣ съ сокращеніями матки.

Дѣятельность брюшного пресса. Эта вспомогательная родовая сила состоитъ въ сокращеніи мышцъ, составляющихъ брюшную прессъ (брюшныя стѣнки, діафрагма); при чемъ брюшная полость (при задержанномъ дыханіи и отгнѣненіи діафрагмы книзу), уменьшается во всѣхъ направленіяхъ, преимущественно сверху внизъ и такимъ образомъ матка нажимается къ выходу таза, и изгнаніе младенца облегчается. Сдѣйствіе брюшного пресса обнаруживается *непроизвольно*. Потому эту силу нужно считать неизбѣжной принадлежностью родового механизма, однимъ изъ элементовъ родовыхъ силъ, возбуждаемыхъ рефлекторнымъ путемъ въ опредѣленное время и въ опредѣленномъ порядкѣ. Что сокращеніе брюшного пресса при родахъ есть явленіе рефлекторное,

непроизвольное, — это доказывается не только тѣмъ, что оно является при изгнаніи плода постоянно, но еще болѣе тѣмъ, что оно бываетъ и при родахъ безсознательныхъ, напр. при глубокой норкотизаціи хлороформомъ, или во время припадка эклампсіи. Само собою разумѣется, что эти сокращенія, возможные во всякое время и у всякаго человѣка, могутъ быть вызваны искусственно, или усилены по произволу. Такое искусственное натуживаніе или жилие при родахъ называется *выработкой потугъ*. Какое значеніе имѣетъ сокращеніе брюшнаго пресса, въ точности мы еще не знаемъ. Знаемъ только, что оно облегчаетъ изгнаніе младенца. Можетъ быть это дѣлается путемъ механическаго нажиманія на матку, или вслѣдствіе возбужденія этимъ путемъ усиленнаго сокращенія мышцъ матки и дѣятельности мышцъ, окружающихъ выходъ родового канала (*Levator ani*, промежуточность). Сокращеніе брюшнаго пресса для роженицы полезно только тогда, когда оно является вовремя, т. е. согласно съ общимъ планомъ и ходомъ родового процесса. Въ противномъ случаѣ искусственное жилие не только бесполезно, но можетъ быть даже вредно.

Стѣнки рукава не принимаютъ непосредственнаго участія въ родовой дѣятельности, какъ мышечная сила. Въ этомъ легко убѣдиться посредствомъ ручнаго изслѣдованія во время родовыхъ схватокъ и потугъ, при чемъ мышцы рукава все время остаются въ расслабленномъ, недѣятельномъ состояніи. Слѣдовательно, онѣ не включены въ кругъ той механической силы, которая возбуждается подъ вліяніемъ родового импульса для цѣлей изгнанія плода. Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда части плода по выходѣ изъ матки остаются въ рукавѣ, напр. головка по рожденіи туловища, онѣ выталкиваются наружу не сокращеніями стѣнокъ влагалища, а дѣйствіемъ брюшнаго пресса, или сокращеніями мышцъ нижняго отрѣзка матки, къ концу родовъ опускающейся почти къ выходу таза. При прохожденіи черезъ каналъ рукава крупныхъ частей младенца, эти послѣднія такъ сильно растягиваютъ его стѣнки, что онѣ дѣлаются неспособными къ активному сокращенію. Рукавъ можетъ содѣйствовать изгнанію развѣ мелкихъ тѣлъ, находящихся въ его полости, напр. плаценты, свертковъ крови; но и здѣсь онъ дѣйствуетъ не столько активнымъ сокращеніемъ своихъ мышцъ, сколько эластичностію стѣнокъ и сокращеніемъ мышцъ, окружающихъ его въ нижнемъ отдѣлѣ.

§ 74. Изгоняющая сила матки или *сила маточныхъ сокращеній* въ точности не опредѣлена; но она должна быть весьма значительна. Мы можемъ судить о ней потому, что иногда напоромъ однихъ маточныхъ сокращеній преодолеваются большія препятствія, напр. разрываются связки таза, ломаются кости че-

репа младенца, происходят значительные разрывы крѣпких и упругихъ тканей, какъ то: стѣнокъ рубца и промежности. При введеніи руки въ полость сокращающейся матки, наприм., для поворота или извлеченія послѣда, сокращенія эти иногда бываютъ такъ значительны, что сжимаютъ руку до онѣмѣнія. Впрочемъ, какъ уже выше было сказано, въ родовой дѣятельности не столько нужна сила, сколько правильность мышечнаго движенія. Поэтому силу родовыхъ сокращеній матки, въ смыслѣ ихъ полезности, нельзя измѣрять ни продолжительностію, или напряженностію родовыхъ схватокъ, ни частостію ихъ, ни степенью боли, а лишь эффектомъ родовой мышечной дѣятельности. По той же причинѣ слѣдуетъ считать безцѣльными всѣ попытки динамометрическаго измѣренія силы матки.

§ 75. Родовыя сокращенія матки всегда сопровождаются *болью*. Боль обнаруживается сначала въ крестцѣ и поясницѣ, потомъ распространяется на нижнюю часть живота и даже на бедра. Въ началѣ родовъ она не бываетъ очень сильна, но потомъ съ усиленіемъ родовыхъ сокращеній она увеличивается все больше и больше, такъ что роженица едва въ состояніи выносить ее, испускаетъ стоны и пронзительные крики. Характеръ боли въ періодъ раскрытія рыльца бываетъ рѣзущій, острый, а потомъ тупой, щемящій и наконецъ, при прорѣзываніи подлежащей части чрезъ половую расщелину,—острый, раздирающій. Во время родовыхъ паузъ боль стихаетъ, или совершенно прекращается.

Причина родовыхъ болей главнымъ образомъ зависитъ отъ прижатія нервовъ, проходящихъ между сокращающимися мышцами матки, и отчасти отъ давленія и растяженія мягкихъ половыхъ частей подъ напоромъ проходящаго плода. Что эта послѣдняя причина не есть единственная причина родовыхъ болей, видно изъ того, что онѣ бываютъ не только во время родовъ, но и при всякомъ другомъ маточномъ сокращеніи, напр. при выкидышѣ, гдѣ давленія со стороны мягкаго плоднаго яйца быть не можетъ.

Болевые ощущенія при родахъ бываютъ гораздо значительнѣе у женщинъ первородящихъ, нежели у многорождавшихъ. У послѣднихъ боли нерѣдко бываютъ очень слабы и зависятъ главнымъ образомъ отъ механическаго растяженія половыхъ путей. У животныхъ родовыя боли тоже бываютъ весьма умѣренныя. Это наводитъ на мысль, что сильныя болевые ощущенія при родахъ должны быть разсматриваемы какъ явленіе патологическое. По всей вѣроятности они главнымъ образомъ зависятъ отъ судорожныхъ сокращеній матки. Правильное сокращеніе мышечнаго волокна болѣе не вызываетъ. Это мы видимъ на дѣятельности всѣхъ мышечныхъ органовъ (желудокъ, кишеч-

ный каналъ, мочевой пузырь и пр.). Но какъ только теряется нормальная координація въ сокращеніяхъ мышечныхъ пучковъ, сейчасъ же является *судорожная боль*. Тоже самое можно отнести и къ маткѣ. Поэтому нормальными родовыми болями можно считать только тѣ, которыя являются результатомъ давленія проходящаго ребенка на мягкія части таза (боли въ бедрахъ и крестцѣ, отъ давленія на нервные пучки и сплетенія тазовой полости, и боли отъ растяженія маточнаго рыльца, рукава и наружныхъ половыхъ частей).

Родовыя схватки и потуги оказываютъ вліяніе на весь организмъ роженицы. Это обнаруживается увеличеннымъ давленіемъ въ артеріальной системѣ, ускореніемъ пульса, являющимся при каждой схваткѣ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже повышеніемъ температуры, нервною дрожью во всемъ тѣлѣ, рвотой и пр.

б) Пути для возбужденія маточныхъ сокращеній. Причины наступленія родовъ.

§ 76. Потужная или родовая дѣятельность матки находится въ зависимости отъ центрального органа, находящагося по всей вѣроятности въ поясничномъ отдѣлѣ спиннаго мозга, хотя съ топографическою точностію и не опредѣленнаго. При искусственномъ возбужденіи этого центра, напр. механическимъ раздраженіемъ, можно вызвать цѣлый рядъ послѣдовательныхъ, цѣлесообразныхъ движеній въ различныхъ группахъ полового мышечнаго аппарата, проявляющихся родовой процессъ. Слѣд. весь механизмъ родовъ, какъ и всякаго другаго сложнаго мышечнаго движенія, въ организмѣ заблаговременно приготовленъ и приспособленъ такъ, что достаточно тѣмъ или другимъ путемъ возбудить центральный органъ, руководящій этимъ движеніемъ, чтобы оно проявилось во всей своей правильности и сложности.

Исслѣдованія относительно центровъ управленія движеніями матки до сихъ поръ еще не дали вполне удовлетворительныхъ результатовъ. Кромѣ поясничнаго отдѣла спиннаго мозга, *рефлекторный центръ* для матки существуетъ еще въ продолговатомъ мозгу, въ той же области, гдѣ находится центръ, управляющій мускулатурою сосудовъ. Двигательные приводы идутъ отсюда къ маткѣ частію черезъ спинной мозгъ и крестцовыя вѣтви, частію находятся въ центральныхъ волокнахъ, идущахъ по пути *plexus aortici*. Это, идущее внизъ по аортѣ сплетеніе, происходитъ изъ *Plexus mesentericus superior*, главная нить котораго (*nervi aortici*), вмѣстѣ съ подходящими къ нимъ вѣтвями *Ganglion spermaticum* и поясничныхъ узловъ симпатическаго пучка, образуютъ у мѣста раздвоенія аорты широкій пучекъ нервовъ — *Plexus uterinus magnus*. На 4 центим. ниже раздвоенія, этотъ послѣдній дѣлится на два *Plexus hypogastrici*, которые, соединившись съ многочисленными вѣтвями самыхъ нижнихъ поясничныхъ и верхнихъ крестцовыхъ узловъ симпатическаго нерва, охваты-

вають прямую кишку и вдутъ къ верхней части рукава и къ маткѣ. Каждый изъ Plexus hypogastricus распадается на двѣ части, меньшую, идущую къ задней и боковой области матки, и большую, образующую съ 2—4 крестцовыми нервами большой *Ganglion cervicale*. Этотъ послѣдній представляетъ у беременныхъ очень широкое сплетеніе, лежащее на заднемъ сводѣ рукава и снабжающее всю матку, въ особенности же ея шейку (*Шпигельбергъ*).

Пути, которыми родовой центръ можетъ быть возбужденъ къ дѣятельности, разнообразны; всѣ они имѣютъ значеніе рефлекса. Рефлекторное возбужденіе маточныхъ сокращеній можно вызвать во всякое время беременности не только раздраженіемъ чувствующихъ нервовъ матки, рукава и наружныхъ половыхъ частей, но и раздраженіемъ отдаленныхъ органовъ или частей тѣла, напр. груди, кожи живота, равно и психическимъ возбужденіемъ — испугомъ, неожиданной радостью, сильнымъ душевнымъ потрясеніемъ. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ возбужденіе родоваго центра можетъ быть непосредственное, т. е. или прямымъ механическимъ раздраженіемъ спиннаго мозга, или притекающей къ нему измѣненной кровью. Такимъ образомъ дѣйствуютъ нѣкоторыя лѣкарственные вещества (*secale cornutum*, *sabina*, *strichnin* и пр.) и болѣзни (*siphilis*, острья лихорадочныя сыпи). Чаще всего, однакоже, и гораздо вѣрнѣе родовое сокращеніе матки возбуждается непосредственнымъ раздраженіемъ ея чувствующихъ нервовъ. Оно можетъ быть или на внутренней поверхности матки, напр. вслѣдствіе измѣненія крови, умирающаго плода, дѣлающагося при этомъ для матки какъ бы постороннимъ тѣломъ, впрыскиванія въ матку постороннихъ жидкостей, или введенія плотныхъ тѣлъ (зондъ, бужъ), — или на маточной шейкѣ (механическое раздраженіе рыльца, приставленіе пиявокъ и пр.). Точно также сокращеніе беременной матки можно вызвать разрывомъ или проколомъ плодныхъ оболочекъ, при чемъ истекаетъ известное количество околоплодной жидкости, и напряженіе маточныхъ стѣнокъ уменьшается. Раздраженіе рукава (кольца, тампоны), личниковъ (болѣзни), наружныхъ половыхъ частей и груди также могутъ вызвать сокращеніе матки, хотя не такъ легко и скоро.

Рефлексъ на матку и родовой центръ можетъ быть вызванъ раздраженіемъ сосѣднихъ органовъ, напр., прямой кишки, (раздражающіе клистиры и драстическія средства), мочеваго пузыря (камни, задержаніе мочи) и кожи живота (продолжительныя растиранія, холодъ). Каждый изъ этихъ источниковъ рефлекторнаго возбужденія можетъ быть причиной наступленія родовъ во всякое время беременности, но это не есть законная, естественная причина нормальнаго родоваго процесса.

§ 77. Что касается до вопроса, почему роды наступают въ определенное время (по истеченіи нормальной беременности), или другими словами, чѣмъ обуславливается первый толчекъ для возбужденія нормальныхъ родовыхъ сокращеній матки, — то разрѣшеніе этого вопроса, при настоящемъ состояніи науки, я считаю преждевременнымъ и всѣ соображенія на этотъ счетъ излишними. Процессъ родовъ есть только одно звено въ ряду сложнаго, физиологическаго полового отправления; поэтому онъ подчиненъ общимъ физиологическимъ законамъ, которые мы можемъ изучать только въ ихъ проявленіи. Причина сроковъ и періодичности физиологическихъ процессовъ долго еще будетъ оставаться для науки загадкой. Разрѣшить вопросъ о причинѣ наступленія родовъ есть тоже самое, что разрѣшить вопросъ, почему беременность продолжается у женщины такой-то, а не другой определенный срокъ, и у каждаго животнаго тоже определенный, но свой собственный. Это тоже самое, если бы мы стали разсуждать: почему для человѣка данъ определенный въ извѣстныхъ границахъ ростъ, определенный срокъ жизни и почему извѣстные физиологическіе процессы возникаютъ, или периодически повторяются въ то, а не въ другое время (напр. половая зрѣлость, менструальные сроки, половое увяданіе ⁽¹⁾).

в) Признаки наступленія родовъ.

§ 78. Практическому акушеру очень важно знать дѣйствительно ли въ данный моментъ наступаютъ роды, или болевья ощущенія въ животѣ беременной происходятъ изъ другаго

⁽¹⁾ Изъ гипотезъ, принимаемыхъ въ последнее время, можно указать на мнѣніе *Симпсона* (1833), по которому причина наступленія родовъ предполагается въ раздраженія внутренней поверхности матки отжившею отпадающею оболочкой. Повсемѣстное жировое перерожденіе этой послѣдней происходитъ въ концѣ беременности и слѣдовательно къ этому времени отпадающая оболочка дѣлается для матки какъ бы постороннимъ раздражающимъ тѣломъ. Противъ этой гипотезы можно сдѣлать то возраженіе, что отпадающая оболочка подвергается жировому перерожденію не вдругъ, а постепенно, въ теченіи продолжительнаго времени. Изъ старыхъ гипотезъ относительно этого вопроса долго держалось мнѣніе *Гиппократова*, по которому причиною наступленія родовъ считалось недостаточное питаніе младенца въ послѣднее время беременности, слѣдовательно голодь его, вслѣдствіе котораго плодь стремится къ выходу матки, разрываетъ оболочки и своими движеніями раскрываетъ маточное рыльце (Аристотель, Азцій, Авиценна). *Морисо* искалъ причину наступленія родовъ въ чрезмѣрномъ растяженіи маточныхъ стѣнокъ; *Petit*, *Dubois*, *Kilian* — въ давленіи предлежащею частію плода на маточную шейку; *Osiander*, *Mende*, — въ менструальной гипереміи матки. Но всѣ эти мнѣнія не доказательны.

источника? Для опредѣленія наступающихъ родовъ пользуются известными признаками, которые состоятъ въ измѣненіяхъ маточной шейки, періодическихъ боляхъ внизу живота, въ формированіи плоднаго пузыря и въ частыхъ позывахъ къ мочеиспусканію. Разберемъ значеніе этихъ признаковъ въ отдѣльности.

1) *Измѣненія маточной шейки* сами по себѣ не представляютъ достаточно вѣрнаго признака наступающихъ родовъ. Полное изглаживаніе шейки у перворождающихъ можетъ служить только указаніемъ того, что роды скоро начнутся, но не того, что они уже начались. У многображдавшихъ женщинъ, какъ известно, полного изглаживанія шейки не бываетъ до самаго наступленія родовъ, слѣдовательно разбираемый признакъ къ нимъ примѣнимъ еще менѣе. Тоже самое можно сказать про начинающееся раскрытіе маточнаго рыльца. У многображдавшихъ женщинъ рыльце иногда раскрывается на палець, и даже на два, за нѣсколько дней до начала родовъ; у перворождающихъ это встрѣчается гораздо рѣже, но тѣмъ не менѣе по одному этому признаку нельзя еще сказать, что роды начались.

2) *Частый позывъ къ мочеиспусканію* точно также не можетъ служить признакомъ наступленія родовъ, потому что онъ является не исключительно предъ родами, но и въ различное другое время.

3) *Правильныя періодическія схватки* внизу живота имѣютъ гораздо больше значенія, но и онѣ могутъ ввести въ ошибку. Не нужно забывать, что спазмодическія боли внизу живота могутъ происходить и не изъ матки, равно какъ не всякая маточная боль указываетъ на роды. Для того, чтобы признать въ схваткахъ родовую боль, нужно убѣдиться прежде всего, что при каждой періодически повторяющейся боли матка дѣлается крѣпче (сокращается). Не смотря, однакоже, на этотъ признакъ, можетъ иногда случиться, что періодическія боли, продолжаясь нѣсколько часовъ, прекращаются сами собою и родовой процессъ не начинается. Такія боли называются *фальшивыми родовыми болями*; онѣ могутъ явиться во всякое время беременности, но чаще за нѣсколько дней или недѣль передъ родами. Имѣя въ виду возможность такихъ схватокъ, нужно быть осторожнымъ, чтобы на основаніи ихъ не сказать беременной, что у ней начался родовой процессъ.

4) Самымъ точнымъ признакомъ наступленія родовъ нужно считать *формированіе плоднаго пузыря*. До начала родовъ плодная оболочка плотно прилегаютъ къ подлежащей части плода, такъ что между ними и подлежащею частію нельзя ощутить флюктуирующей жидкости. При наступленіи настоящихъ родовыхъ сокращеній матки, околоплодная жидкость нажимается къ

маточному рыльцу и, скопьясь между оболочками и подлежащею частью, напрягает плодный пузырь. Формирование плодного пузыря, обыкновенно, замѣчается послѣ того, какъ уже нѣкоторое время продолжались родовыя схватки и когда маточное рыльце открыто, но крайней мѣрѣ, на палецъ. Слѣдовательно, этотъ признакъ является вмѣстѣ съ другими признаками и такимъ образомъ служитъ для окончательнаго удостовѣренія въ томъ, что роды начались.

Точное опредѣленіе наступившихъ родовъ важно для роженицы и для акушера какъ потому, чтобы предвидѣть дальнѣйшій ходъ ихъ и приготовить соотвѣтствующую обстановку, такъ и потому, чтобы въ случаѣ фальшивой тревоги избавить беременную отъ напраснаго страха и томленія и предотвратить возможность неумѣстнаго употребленія какихъ либо вспомогательныхъ средствъ при мнимомъ замедленіи родовъ.

г) Раздѣленіе родовъ на періоды.

§ 79. Родовой процессъ для практическаго удобства раздѣляютъ на періоды. Это раздѣленіе различными акушерами принимается различно: одни дѣлятъ на 5, другіе на 4, третьи на 3 періода. Самымъ рациональнымъ можно считать послѣднее раздѣленіе. Первый періодъ называется періодомъ раскрытія (маточнаго рыльца), второй-періодомъ изгнанія (плода) и третій періодомъ изгнанія послѣда. Такое дѣленіе всего удобнѣе потому, что оно соотвѣтствуетъ самымъ существеннымъ фазисамъ родоваго акта.

Періодъ раскрытія начинается съ самаго начала родовъ, или съ начала раскрытія маточнаго рыльца, и кончается тѣмъ срокомъ, когда подлежащая часть помѣстится въ раскрытомъ рыльцѣ. *Періодъ изгнанія* характеризуется появленіемъ потужныхъ болей и прохожденіемъ подлежащей части, равно какъ и всего младенца, чрезъ маточное рыльце, рукавъ и наружныя части. Періодъ послѣда обнимаетъ собою время отъ рожденія плода до выхожденія послѣда.

Періодъ раскрытія есть самый продолжительный и очень часто самый болѣзненный. Онъ занимаетъ около $\frac{1}{2}$ всего родоваго акта, именно у перворождающихъ женщинъ отъ 8—12 часовъ, а у многорождавшихъ отъ 2—4 часовъ. Періодъ изгнанія у перворождающихъ продолжается отъ 2—4 часовъ, а у многорождавшихъ отъ $\frac{1}{2}$ —1 часа. Періодъ послѣда обыкновенно оканчивается какъ у перворождающихъ, такъ и у многорождавшихъ въ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа, рѣдко болѣе.

Продолжительность всего родоваго акта бываетъ весьма различна. Одно можно сказать въ этомъ отношеніи, что у перво-

рождающихъ женщинъ роды продолжаются гораздо дольше, чѣмъ у многорождавшихъ. По вычисленіямъ *Вейта, Альфельда и Геккера* у первыхъ средняя продолжительность родовъ равняется 20 часамъ, у послѣднихъ 12 часамъ. Наибольшій срокъ изъ этого приходится на первый періодъ. По моимъ наблюденіямъ нормальные роды у первородящихъ продолжаются 10—16 часовъ, у многорождавшихъ 3—6 часовъ.

д) ОБЩИЙ ХАРАКТЕРЪ ТЕЧЕНІЯ РОДОВЪ.

§ 80. Съ наступленіемъ первыхъ родовыхъ болей, женщина болѣею частію начинаетъ обнаруживать нѣкоторое безпокойство, не столько отъ физическихъ болей, сколько отъ опасенія за предстоящаго мученія и опасности. Первые родовыя боли обыкновенно бываютъ не очень значительны. Онѣ повторяются чрезъ 10—15 минутъ, и каждая боль держится отъ 1—2 минутъ и даже менѣе. Во время родовой паузы роженица не чувствуетъ никакихъ болей. Такъ продолжается часъ, или нѣсколько часовъ; роженица не ложится еще въ постель, а сидитъ, или ходитъ по комнатѣ. Наступившая схватка заставляеть ее остановиться на мѣстѣ, опереться на что-нибудь и выждать, пока боль прекратится. Эти первые боли называются *предвѣщающими болями*. Онѣ при каждой схваткѣ сначала перехватываютъ поясницу, потомъ распространяются на нижнюю часть живота. Вслѣдствіе опущенія матки и нажиманія подлежащей части на мочевой пузырь роженица ежеминутно чувствуетъ позывъ къ мочеиспусканію. Рукавъ и наружныя половыя части съ наступленіемъ родовъ дѣлаются рыхлыѣе и влажныѣе. Въ такомъ положеніи роженица (перворождающая) остается нѣсколько часовъ. Послѣ того схватки начинаютъ учащаться, чрезъ 4—5 минутъ, и продолжаются дольше, отъ 3—4 минутъ. Пропорціо-нально этому увеличиваются и боли.

Если сокращенія матки правильны, то во время паузы роженица не чувствуетъ никакихъ болей. Если же они имѣютъ спазмодическій характеръ, что у первородящихъ женщинъ бываетъ очень часто, то боль, достигая своей высоты, долго еще не оставляетъ матку, вслѣдствіе чего паузы значительно укорачиваются. Кромѣ того и во время настоящей перемежки женщина все таки чувствуетъ тупую, стягивающую боль внизу живота и не можетъ пользоваться паузой для отдыха. Степень боли въ этотъ періодъ родовъ бываетъ различна: это зависитъ отъ характера маточныхъ сокращеній и отъ чувствительности женщины. Очень часто приходится встрѣчать весьма сильныя, острыя, раздрающія боли, едва переносимыя роженицей, вызы-

вающія не только стоны, но сильныя крики и отчаянныя движенія. При такихъ боляхъ большею частию роженица уже не можетъ оставаться внѣ постели и съ большимъ трудомъ сохраняетъ покойное положеніе. При наступленіи каждой боли лицо роженицы краснѣетъ, нерѣдко на немъ выступаетъ потъ, пульсъ учащается, иногда является рвота и нервная дрожь.

§ 81. Соотвѣтственно родовымъ схваткамъ происходятъ измѣненія въ половыхъ путяхъ. При каждой схваткѣ маточное рыльце мало-по-малу раскрывается, плодный пузырь наливается все больше и больше, дѣлается упругимъ, напряженнымъ и нѣсколько выдается въ просвѣтъ рыльца въ видѣ плоско-округлой эластической опухоли. Послѣ прекращенія схватки пузырь снова опадаетъ и чрезъ его оболочки опять легко прощупывается лежащая часть. Въ началѣ родовъ маточное рыльце обыкновенно находится въ задней части таза; оно имѣетъ круглую форму, изглаженные края губъ представляются въ видѣ тонкой тесьмы, плотно прилегающей къ плодному пузырю, или лежащей части. Съ дальнѣйшимъ теченіемъ родовъ рыльце болѣе и болѣе приближается къ проводной линіи таза. Величину раскрытія маточнаго рыльца принято опредѣлять по размѣрамъ поперечнаго пальца. Такимъ образомъ, если говорятъ: маточное рыльце открыто на два, на три, на четыре пальца,—это значитъ, что діаметръ его отверстія приблизительно равняется поперечному размѣру такого числа сложенныхъ пальцевъ.

§ 82. Когда маточное рыльце раскрывается на четыре пальца, выдающійся изъ него плодный пузырь доходитъ до высшей степени напряженія. Онъ не опадаетъ даже во время паузы. На акушерскомъ языкѣ это состояніе называется: „*пузырь готовъ къ разрыву*“. Во время одной изъ схватокъ онъ разрывается и вслѣдъ за этимъ вытекаютъ околоплодныя воды, болѣе или менѣе сильной струей. Это, такъ называемыя, первыя воды, въ отличіе отъ тѣхъ, которыя выходятъ послѣ младенца и называются вторыми. Послѣ излитія водъ полость матки нѣсколько опоражнивается, стѣнки ея плотнѣе обхватываютъ плодъ и лежащая часть, обыкновенно, въ слѣдъ за тѣмъ врѣзывается въ маточное рыльце. Акушерскій терминъ „*артзываніе*“ и „*прортываніе*“ обозначаетъ вступленіе и прохожденіе лежащей части чрезъ одно изъ половыхъ отверстій, именно чрезъ маточное рыльце, или наружныя половыя части. Если лежащая часть, напр. головка, стоитъ въ просвѣтѣ рыльца, такъ что окружена имъ какъ каймой или вѣнцомъ,—это на акушерскомъ языкѣ обозначается выраженіемъ: „*головка стоитъ въ вѣнцѣ*“. Въ это время, обыкновенно, происходитъ нѣсколько надрывовъ слизистой оболочки маточной шейки съ появленіемъ изъ половыхъ частей небольшого количества кро-

ви. Это состояніе акушерки иногда обозначают выраженіемъ: *показались красныя значки*“.

При прорѣзываніи головки чрезъ маточное рыльце, края этаго послѣдняго мало по малу начинаютъ исчезать. Обыкновенно прежде всего исчезаетъ, т. е. дѣлается недоступнымъ для изслѣдующаго пальца, задній край, затѣмъ одинъ изъ боковыхъ, правый или лѣвый, смотря по положенію плода, и дольше всѣхъ остается передній край, между головкой и лоннымъ соединеніемъ.

§ 82. Послѣ излитія водъ, или вступленія головки въ маточное рыльце, начинается второй родовой періодъ—*періодъ измѣненія*. Родовыя боли при этомъ измѣняютъ свой характеръ, и плодъ начинаетъ мало по малу подвигаться къ выходу таза. Въ началѣ этого періода родовыя боли нѣсколько стихаютъ, паузы дѣлаются длиннѣе, а сокращенія матки какъ бы полнѣе и напряженнѣе. Роженица при каждой схваткѣ непроизвольно начинаетъ жилиться, задерживая дыханіе и напрягая брюшную прессу, какъ бы стараясь этимъ продвинуть, или вытолкнуть младенца. Во время этаго натуживанія лицо ея краснѣетъ и надувается, глаза перѣдко наливаются кровью, шейныя вены напрягаются, роженица чувствуетъ потребность упереться во что-нибудь руками и ногами. Боль во время такихъ потугъ имѣетъ скорѣе тупой, какъ бы стягивающій или щемящій характеръ, нежели острый, рѣжущій, какъ было прежде. Какъ скоро головка опускается къ выходу таза и начинаетъ нажимать на нижнюю часть прямой кишки, роженица, обыкновенно, чувствуетъ ложный позывъ къ испражненію. Во время прорѣзыванія головки чрезъ наружныя половыя части боли снова дѣлаются значительно сильнѣе. У перворождающихъ женщинъ этотъ моментъ родовъ можно считать самымъ болѣзненнымъ. Боль отъ растяженія входа рукава и половыхъ губъ имѣетъ острый, раздирающій характеръ, такъ что нѣкоторыя женщины отъ этой боли могутъ доходить до изступленія. Эти боли называются *потрасающими* болями. Послѣ выхожденія младенца боли моментально стихаютъ и роженица только жалуется на чувство садненія въ наружныхъ половыхъ частяхъ.

При изслѣдованіи роженицы во второмъ періодѣ родовъ мы находимъ, что предлежащая часть съ каждой потугой болѣе и болѣе опускается внизъ. Иногда это опусканіе происходитъ очень быстро, такъ что чрезъ три, четыре потуги предлежащая часть, стоявшая во входѣ въ тазъ, помѣщается къ полости таза, наполняя крестцовую впадину. Плодныхъ оболочекъ на ней уже не ощущается, а напротивъ замѣчается тѣстоватая припухлость, называемая *родовою опухолью* (caput succedaneum). Эта припухлость, родъ отека, происходитъ на той части плода, которая выдавалась чрезъ маточное рыльце, вслѣдствіе сжатія и воспрепятствованнаго

оттока крови. Кости черепа, вслѣдствіе сжатія, ближе подходят другъ къ другу, отъ чего роднички и швы уменьшаются и головка нѣсколько измѣняетъ форму, какъ бы заостряется.

Прохождение подлежащей части чрезъ рукавъ происходитъ обыкновенно довольно скоро; но дойдя до нижней части рукава, она снова останавливается, упираясь на кости выхода таза и на заднюю стѣнку промежности. Въ этомъ положеніи подлежащая часть остается полчаса, или часъ времени, и даже больше, пока она не принаровится къ выходу и не начнетъ мало по малу прорѣзываться чрезъ наружныя половыя части. Прорѣзываніе обнаруживается прежде всего своеобразнымъ выпячиваніемъ промежности; потомъ нижняя треть большихъ губъ начинаетъ истончаться и изглаживаться. Половая расщелина начинаетъ расходиться; нижній край ея болѣе и болѣе закругляется. Во время потуги, въ просвѣтѣ верхней части половой расщелины начинаетъ показываться подлежащая часть и снова скрывается во время паузы. Съ каждой новой потугой это показываніе дѣлается все больше и больше, наконецъ подлежащая часть остается здѣсь и во время паузы. Большія и малыя губы, истонченные какъ тесьма и обтянутыя около подлежащей части, достигаютъ высшей степени своего напряженія. Во время слѣдующей послѣ этого потуги подлежащая часть прорѣзывается совершенно, описывая дугу около лоннаго соединенія, и потомъ дѣлаетъ наружный поворотъ. Чрезъ минуту или двѣ снова является потуга, которая выгоняетъ остальное тѣло младенца.

§ 84. Съ этого времени начинается третій періодъ родовъ. Въ теченіи 10—15 минутъ роженица, обыкновенно, не чувствуетъ никакихъ болей. Потомъ является еще одна или нѣсколько легкихъ схватокъ, при которыхъ изъ половыхъ частей изливается небольшое количество крови, и тогда роженица нерѣдко сама чувствуетъ, что во влагалище опускается инородное тѣло—послѣдъ. При изслѣдованіи, обыкновенно, находятъ его въ шейкѣ матки, или въ рукавѣ, откуда онъ можетъ быть вытолкнутъ сокращеніями стѣнокъ полового канала, но въ большинствѣ случаевъ этого не дожидаются и удаляютъ послѣдъ искусственно. Съ выходомъ послѣда родовой актъ считается оконченнымъ и роженица получаетъ названіе *родильницы* (puerpera).

е) Условія нормальныхъ родовъ.

§ 85. Чтобы роды были правильны, необходимо имѣть, кромѣ правильныхъ маточныхъ сокращеній, еще благопріятныя условія со стороны самаго младенца, плодныхъ оболочекъ, околоплодной жидкости, пуповины, таза и общаго состоянія здоровья роженицы.

1) Младенецъ долженъ имѣть правильное положеніе, долженъ быть доношенъ и живъ, правильно развитъ, чтобы головка его не была слишкомъ велика и крѣпка. Къ формамъ неправильнаго развитія, затрудняющаго ходъ родовъ, относятся особенно случаи сросшихся двойней, головной водянки и большихъ опухолей на какой-бы то ни было части младенца.

2) Для правильнаго хода родовъ необходимо, чтобы *плодные оболочки* были достаточно крѣпки; если онѣ слабы, то легко могутъ разорваться при началѣ формировавія плоднаго пузыря, околоплодная жидкость вытекаетъ очень рано и отъ этого происходятъ, такъ называемые, сухіе роды, при которыхъ плодъ сильно раздражаетъ внутреннюю поверхность матки и это влечетъ за собой смазотическія потуги. Если же оболочки очень крѣпки, то пузырь, не смотря на полное открытіе рыльца, долго не разрывается, матка остается растянutoю, вслѣдствіе чего сокращенія стѣнокъ ея бываютъ слабы. Поэтому, при правильныхъ родахъ необходимо, чтобы околоплодной жидкости было не слишкомъ мало и не слишкомъ много, и чтобы пузырь разорвался въ свое время.

3) Плацента должна находиться въ верхнемъ отдѣлѣ матки; если она находится внизу (при *placenta praevia*), то при родахъ происходитъ преждевременное отдѣленіе ея и сильное кровотеченіе, часто стоющее жизни матери.

4) Пуповина должна имѣть нормальную длину (18—20"); если она будетъ коротка, напр. 5"—6", то, при выхожденіи младенца будетъ натягиваться, что можетъ повлечь за собой или отдѣленіе плаценты, или разрывъ пупочнаго канатика. Слишкомъ длинная пуповина представляетъ тоже неудобства: она обвивается вокругъ плода, образуетъ иногда узлы, что можетъ стѣснять кровообращеніе плода, а главное—можетъ выпадать наружу раньше выхожденія младенца, что также очень часто влечетъ за собой его смерть.

5) Для нормальныхъ родовъ безусловно необходимъ правильно устроенный тазъ. Онъ долженъ имѣть нормальные размѣры, такъ какъ всякое уменьшеніе ихъ влечетъ за собой затрудненіе, или даже невозможность родовъ. Точно также широкій тазъ представляетъ то неудобство, что при немъ могутъ происходить неожиданные роды и выпадать пуповина. Родовые пути также не должны быть стѣснены какой либо постороннею опухолью на внутреннихъ или на наружныхъ половыхъ частяхъ.

6) Въ общемъ состояніи женщины не должно быть никакихъ важныхъ болѣзней: страданій сердца, легкихъ, мозга, лихорадочныхъ болѣзней, которыя могли бы усилиться при родахъ и вмѣстѣ съ тѣмъ вредно вліять на самые роды.

ж) Положеніе младенца при родахъ.

§ 86. Правильнымъ положеніемъ младенца называется такое, при которомъ длинникъ его тѣла совпадаетъ съ длинникомъ матки. Оно называется также *вертикальнымъ* или *продольнымъ*, въ отличіе отъ косвеннаго и поперечнаго. Вертикальное положеніе, смотря по подлежащей части плода, раздѣляется на *головное* и *ягодичное*, или на положеніе верхнимъ и нижнимъ концемъ впередъ. Эти два главныя положенія имѣютъ еще свои подраздѣленія: головное раздѣляется на *черепное* и *лицевое*, а положеніе нижнимъ концемъ на собственно *ягодичное* и на положеніе *колѣнками* и *ножками*. Каждое изъ этихъ положеній дѣлится въ свою очередь на нѣсколько видовъ.

Наблюдая родовую процессъ, акушеры убѣдились, что при черепныхъ положеніяхъ головка младенца не всегда устанавливается во входѣ въ тазъ въ одномъ и томъ же положеніи. Руководясь родничками замѣтили, что въ началѣ родовъ малый родничекъ (затылокъ) чаще всего находится въ лѣвой сторонѣ входа въ таза, но иногда онъ бываетъ и въ правой сторонѣ; или же въ передней половинѣ таза прощупывается большой родничекъ (лобъ), то болѣе влѣво, то вправо. На этомъ основаніи стали дѣлить черепныя положенія на нѣсколько видовъ (*Solayres de Renhae*). Такъ какъ головка можетъ установиться во входѣ таза въ каждомъ изъ длинныхъ его размѣровъ по двумъ направленіямъ (затылкомъ и лбомъ впередъ), то, естественно, при перечисленіи черепныхъ положеній, можно было представить ихъ не менѣе шести видовъ. Разница во взглядахъ здѣсь могла зависѣть отъ наклонности наблюдателя къ обобщенію, или раздробленію наблюдаемыхъ явленій. Такъ, напр., *Солляйре де Ренакъ* и *Боделокъ* (1775 г.) принимали *шесть* положеній: 1) затылокъ налѣво и впередъ, 2) направо и впередъ, 3) противъ лоннаго соединенія, 4) направо и назадъ, 5) налѣво и назадъ и 6) прямо назадъ. *Меккель* и *Фляманъ* принимали 8 положеній, прибавляя къ шести Боделоковскимъ два положенія по поперечному размѣру входа въ тазъ. *Ритгенъ* принималъ тоже восемь положеній. *М-те Дяшанель*—шесть (по два на каждый діагональный размѣръ тазоваго входа и два на поперечный; положенія Боделока по прямому размѣру она справедливо отвергаетъ). Затѣмъ большинство прежнихъ французскихъ и нѣмецкихъ акушеровъ принимали четыре затылочныхъ положенія: 1) затылокъ влѣво и впередъ, 2) вправо и впередъ, 3) вправо и назадъ, 4) влѣво и назадъ. Такое дѣленіе принимали: *Боденъ*, *Канторонъ*, *Фроринъ*, *Горнъ*, *Бунъ*, *Данге*, *Кредс* и многіе другіе. *Торгъ* и *Карусъ* и большая часть саксонскихъ акушеровъ отступали отъ этого дѣленія только тѣмъ, что третье, здѣсь показанное, положеніе называли четвертымъ, а четвертое третьимъ. Съ 1820 г. на классификацію черепныхъ положеній взглядъ былъ значительно упрощенъ, именно *Неселе* старшимъ и *Киліаномъ*. Они раздѣлили всѣ черепныя положенія только на *два вида*: *первый*, самый частый, когда спинка и затылокъ младенца лежатъ въ лѣвой половинѣ таза, (*positio occipito sinistra*), *второй*— когда спинка и затылокъ обращены вправо (*positio occipito dextra*). При томъ и другомъ положеніи малый родничекъ бываетъ обращенъ то

болѣе впереди, то болѣе къзади, или, наконецъ, остается у боковой стороны таза. Во Франціи подобное дѣленіе установилъ *Велпю* (1835) съ тою только разницею, что онъ раздѣляетъ тазъ не на два боковыхъ сегмента, а на передній и задній сегментъ, и сообразно съ этимъ назначаетъ два главныхъ затылочныя положенія: затылочнопереднее (pos. occipito anterior) и затылочнозаднее (positio occipito posterior), подраздѣляя каждое изъ нихъ на три видоизмѣненія: а) pos. occipito cotyloidea sinistra, б) occipito cotyloidea dextra с) pos. occipito pubialis; для втораго: а) pos. fronto cotyloidea sinistra, б) fronto cotyloidea dextra, с) pos. fronto pubilais).

Классификація *Негеле* въ настоящее время принимается наибольшимъ числомъ акушеровъ (*Штольцъ, П. Дубуа, Зибольдъ, Ед. Негеле-сынъ, Кошишъ, Казо, Жаккемье, Грензеръ, Краузе, Мурфи, Голь, Браунъ, Геккеръ, Шредеръ и др.*). Изъ русскихъ акушеровъ это дѣленіе принимаютъ очень многіе.

Не смотря на кажущееся упрощеніе Негелевской классификаціи, она въ сущности не только не уменьшаетъ числа видовъ черепныхъ положеній, но даже увеличиваетъ ихъ, принимая для каждаго изъ двухъ видовъ по три видоизмѣненія. Опредѣленіе положенія во этой классификаціи многословнѣе, напр.: «задній видъ втораго черепнаго положенія» вмѣсто третье черепное положеніе, или «передній видъ перваго черепнаго положенія» вмѣсто: «первое черепное положеніе». Отъ этого въ практикѣ вѣдѣко случается, что задніе виды негелевскаго дѣленія для краткости обозначаютъ по старому четырех-видному раздѣленію, отчего происходитъ путаница повятій. Для избѣжанія этого я считаю болѣе удобнымъ придерживаться старой классификаціи на 4 вида.

Черепныхъ положеній насчитывается 4. Чтобы короче опредѣлить эти положенія, въ практикѣ ихъ обозначаютъ числами: 1-е, 2, 3, 4 положеніе.

Первымъ черепнымъ положеніемъ называется то, при которомъ спинка младенца обращена въ лѣвую сторону, головка вставляется по правому косому размѣру и малый родничекъ обращенъ впередъ и влѣво. *Второе черепное положеніе* когда головка вставляется по лѣвому косому размѣру, а спинка и малый родничекъ обращены впередъ и вправо. *Третье черепное положеніе*—при головкѣ въ правомъ косомъ размѣрѣ,—спинка и малый родничекъ обращены взадъ и вправо. *Четвертое черепное положеніе*, когда малый родничекъ обращенъ взадъ и влѣво, а большой впередъ и вправо. Эти четыре черепныя положенія соотвѣтствуютъ четыремъ пунктамъ въ тазѣ, къ которымъ можетъ быть обращенъ малый родничекъ: при первомъ черепномъ положеніи малый родничекъ обращенъ къ tuberculum ileo-pectineum sinistrum, при второмъ черепномъ положеніи—къ tuberculum ileo-pectineum dextrum, при третьемъ къ synchondrosis sacro-iliaca dextra и при четвертомъ къ synch. sacro iliaca sinistra.

Относительно частоты черепныхъ положеній статистика показываетъ, что они встрѣчаются на 100 срочныхъ родовъ 94—95 разъ. Въ частности первое черепное положеніе встрѣчается около 65 разъ на 100 черепныхъ положеній, слѣд. чаще всѣхъ другихъ. Второе положеніе, напротивъ, самое рѣдкое; оно встрѣчается приб-

лизительно на 872 черепныхъ положенія одинъ разъ. Третье положеніе послѣ 1-го самое частое: на 100 случаевъ оно встрѣчается 35 разъ, слѣд. вдвое рѣже, чѣмъ первое. Четвертое положеніе тоже встрѣчается очень рѣдко, именно одинъ разъ на 436 (1). Изъ этого видно, что самое частое положеніе то, при которомъ головка устанавливается по правому косому размѣру, а спинка и малый родничекъ обращены впередъ и влѣво (1-е черепное положеніе); а слѣдующее за нимъ то, при которомъ головка тоже вставляется по правому косому диаметру, но малый родничекъ обращенъ взадъ и вправо. Такимъ образомъ по частости черепныя положенія будутъ стоять: 1-е, 3, 4 и 2.

§ 87. Относительно *лицевого положенія* нужно замѣтить, что оно не есть самостоятельное, а испорченное черепное. Оно происходитъ отъ того, что головка, при вступленіи во входъ таза, вмѣсто естественнаго згибанія, отъ какихъ бы то ни было причинъ отгибается назадъ (*extensio*).

Къ условіямъ, благопріятствующимъ разгибанію головки, можно отнести: ненормальное устройство черепа, когда, напр., продольный размѣръ его слишкомъ длиненъ, при чемъ онъ можетъ задѣвать за *lineam innominatam* и препятствовать сгибанію головки. Кромѣ того, и нормально устроенная головка иногда можетъ задѣвать за стѣнки тазоваго входа, напр. при косвенномъ положеніи. Можно также допустить, что отгибаніе головки въ состояніи произойти вслѣдствіе мышечныхъ сокращеній нижняго отрѣзка матки. Такимъ образомъ происходятъ лицевыя положенія изъ черепныхъ. Естественно, что лицевыя положенія должны быть аналогичны съ черепными.

Лицевымъ называется такое положеніе, когда головка, отогнутая назадъ, предлежитъ личикомъ, т. е. когда во время родовъ личико идетъ впередъ. Вставляясь во входъ таза, личико можетъ быть обращено лбомъ или въ лѣвую сторону, или въ правую, смотря по тому, куда обращена спинка. Въ первомъ случаѣ будетъ первое лицевое положеніе, во второмъ—второе. Въ томъ и другомъ случаѣ лобъ можетъ быть обращенъ или къ срединѣ безъимянной линіи, или нѣсколько впередъ, или назадъ,—это не придаетъ механизму родовъ существенной особенности. Потому подраздѣленіе лицевыхъ положеній на передній, средней и задній виды мы считаемъ излишнимъ. Такъ какъ лицевое положеніе образуется изъ черепнаго, то мы и здѣсь находимъ самымъ

(1) Замѣчательно, что у животныхъ при одноплодной беременности черепныя положенія встрѣчаются такъ же часто, какъ и у человѣка; при многоплодной же беременности (свинья, кошка, кроликъ) одинаково встрѣчаются, какъ черепныя, такъ и тазовыя положенія. При родахъ тазовымъ концомъ у лошади и коровы всегда первыми выходятъ ножки.

частымъ 1 е лицевое положеніе. По частости оно относится ко второму положенію какъ 1: 4 (Винкель). Лицевыя положенія встрѣчаются одинаково часто какъ у первородящихъ, такъ и у многорождавшихъ женщинъ. При съуженныхъ тазахъ они случаются чаще, чѣмъ при нормальныхъ. Вообще лицевыя положенія встрѣчаются 1 разъ на 160—170 родовъ⁽¹⁾.

§ 88. *Ягодичнымъ* положеніемъ, или положеніемъ нижнимъ концомъ называется такое, въ которомъ къ выходу матки обращены ягодицы. Въ этомъ положеніи ножки младенца бываютъ, обыкновенно, согнуты въ бедрахъ и колѣнкахъ, такъ что пятки прилегаютъ къ ягодицамъ. Но такъ какъ ножки младенца очень подвижны, то, естественно, что при прохожденіи чрезъ каналъ таза онѣ могутъ разогнуться и такимъ образомъ подлежащая частію являются колѣнки, или ступни; поэтому нѣкоторые подраздѣляютъ это положеніе на собственно ягодичное, и на положеніе колѣнками и ножками. Но такъ какъ предлежаніе колѣнокъ и ножекъ не имѣетъ вліянія на механизмъ и ходъ родовъ, то это подраздѣленіе безъ всякаго ущерба можетъ быть выброшено. Поэтому мы будемъ разсматривать собственно одно ягодичное положеніе. При этомъ положеніи младенецъ тоже вставляется по одному изъ косвенныхъ размѣровъ входа въ тазъ; отъ того ягодичное положеніе должно давать столько же подраздѣлений, какъ и черепное. Первое ягодичное положеніе—когда младенецъ вставляется по лѣвому косому размѣру и спинка обращена впередъ и влѣво; второе ягодичное положеніе—когда ягодицы устанавливаются въ правомъ косомъ размѣрѣ и спинка обращена впередъ и вправо; 3 и 4 ягодичныя положенія обратны предъиду-

(1) Лицевыя положенія долгое время акушерамъ не были извѣстны. Первый слабый намекъ на нихъ мы находимъ у *Мошюна* (130 г. по Р. Хр.) въ обозначеніи положенія *Situs in dentes*. Точное обозначеніе этихъ положеній въ первый разъ сдѣлано было акушеркой *Луизой Буржуа* (1609), которая не только опредѣляла роды личикомъ, но и совѣтовала предоставлять ихъ силамъ природы. *Морисо* (1668) и *Делямотъ* (1715) совѣтовали лицевыя положенія превращать въ черепныя, хотя и не отвергали того, что роды при этомъ могутъ кончиться и силами природы. *Поль Порталь* (1685) первый поколебалъ ученіе древнихъ объ опасности лицевого положенія и доказалъ наблюденіями, что эти роды также натуральны и безопасны для младенца, какъ и роды черепомъ и ягодицами. Окончательно лицевыя положенія закрѣплены въ число нормальныхъ *Целлеромъ* (1789), *Бозромъ* (1791) и *М-ше Дяшанель* (1810).

Относительно числа лицевыхъ положеній прежніе авторы принимали ихъ 4. (*Редереръ*, *Боделокъ*, *Юргъ*, *Барусъ*, *Вельпо*, *Капюронъ* и др.); *М-ше Дяшанель* и *Винандъ* первые раздѣлили ихъ на два вида, что и до настоящаго времени принимается многими акушерами.

щимъ, т. е. когда спинка обращена взадъ и вправо, или взадъ и влѣво. Эти два положенія, однакоже, сравнительно очень рѣдки.

В) Механизмъ прохожденія младенца чрезъ каналъ таза.

а) Общія правила поступательнаго движенія плода. •

§ 89. Въ какомъ бы положеніи младенецъ ни находился, можно считать общимъ правиломъ: 1) чтобы при вступленіи подлежащей части въ каналъ таза наибольшій размѣръ ея помѣщался въ наибольшемъ размѣрѣ таза. Въ головкѣ наибольшій размѣръ продольный, въ плечикахъ поперечный, въ ягодицахъ тоже поперечный; остальные части тѣла не имѣютъ значенія. Эти размѣры младенца должны совпадать съ наибольшими размѣрами таза. Поэтому при входѣ въ тазъ продольный размѣръ головки долженъ помѣщаться въ поперечномъ, или въ косвенномъ размѣрѣ таза, а въ каналѣ таза въ продольномъ.

2) Для того, чтобы головка могла приноравливаться къ размѣрамъ таза на различныхъ его плоскостяхъ, она должна при прохожденіи чрезъ каналъ таза, въ большей или меньшей степени, поворачиваться вокругъ своей продольной оси. Этотъ поворотъ называется *внутреннимъ поворотомъ*. Внутренній поворотъ основанъ на томъ простомъ законѣ, что *большіе размѣры подлежащей части во время прохожденія чрезъ различные отдѣлы таза должны соответствовать большимъ размѣрамъ тазоваго канала*. Въ этомъ состоитъ приспособленіе подлежащей части къ полости таза. Зная, что во входѣ таза наибольшіе размѣры суть поперечный и косвенный, не трудно запомнить, что подлежащая часть здѣсь располагается наибольшимъ своимъ размѣромъ именно по этимъ размѣрамъ. А такъ какъ въ полости таза, вслѣдствіе вогнутости крестцовой кости, размѣры измѣняются, именно прямой размѣръ значительно увеличивается на счетъ остальныхъ, то понятно, что подлежащая часть, вступая въ этотъ отдѣлъ таза и приспособляясь къ наибольшимъ его размѣрамъ, должна повернуться такимъ образомъ, чтобы соответствовать своими большими размѣрами косвенному или прямому размѣру полости таза.

3) Въ выходѣ таза самый большой размѣръ продольный, поэтому головка прорѣзывается въ этомъ размѣрѣ. Во время прорѣзыванія головки чрезъ наружныя половыя части плечики вступаютъ во входъ таза и должны устанавливаться здѣсь въ наибольшемъ размѣрѣ (въ поперечномъ, потомъ въ косвенномъ), вслѣдствіе чего вышедшая головка должна нѣсколько повернуться личикомъ къ внутренней поверхности того или другаго бедра матери, смотря по тому, въ которомъ изъ косвенныхъ размѣровъ устанавли-

ваются плечики. Этот поворот головки называется *наружным поворотом*. В нижней части канала таза плечики должны вернуться въ прямой размѣръ, чтобы одно изъ нихъ могло подойти подъ лонное соединеніе и упереться здѣсь. При этомъ движеніи плечиковъ наружный поворотъ личика, естественно, увеличивается.

4) Вообще нужно замѣтить, что плечики во входѣ таза направляются не по тому размѣру, по которому проходила головка, а по противоположному. Если, напримѣръ, головка проходила по правому косому размѣру, то плечики должны идти по лѣвому, и наоборотъ. Сообразно этому, послѣ выхожденія головки, личико при наружномъ поворотѣ обращается либо въ правую, либо въ лѣвую сторону.

5) Головка при темныхъ положеніяхъ всегда идетъ въ согнутомъ состояніи (*flexio*)⁽¹⁾; а такъ какъ каналъ таза всегда бываетъ наклоненъ впередъ, то и подлежащая часть въ немъ должна находиться относительно горизонта въ наклонномъ положеніи. Часть младенца, обращенная къ лонному соединенію, всегда лежитъ ниже части, обращенной къ *promontorium*.

6) При всѣхъ правильныхъ черепныхъ положеніяхъ головка, проходя чрезъ каналъ таза, должна непременно поворотиться затылкомъ къ лонному соединенію, а при лицевыхъ положеніяхъ къ лонному соединенію долженъ подойти подбородокъ. Причина этого поворота объясняется анатомическимъ устройствомъ таза и головки. Такъ какъ при черепныхъ положеніяхъ головка находится въ согнутомъ состояніи, то вслѣдствіе этого наибольшая часть черепа, вмѣстѣ съ личикомъ, образуютъ впереди головки значительный выступъ, тогда какъ затылокъ представляетъ почти плоскую поверхность, лежащую на одномъ уровнѣ со спинкой. Естественно при этомъ, что во время внутренняго поворота головка должна помѣститься въ полости таза такъ, чтобы наибольшая масса ея передней части (лобъ и личико) расположились въ заднемъ отдѣлѣ таза (въ крестцовой впадинѣ), гдѣ для этого находится больше пространства, а плоская и менѣе объемистая затылочная часть должна поворотиться впередъ, подъ лонное соединеніе.

⁽¹⁾ Пригибаніе головки къ груди, существующее и во время беременности (см. § 44, стр. 55), увеличивается при родахъ вслѣдствіе того, что изгоняющая сила матки дѣйствуетъ на головку чрезъ позвоночный столбъ. А такъ какъ при своемъ сочлененіи головка образуетъ рычагъ втораго рода, длинное плечо котораго соответствуетъ передней части головки, то, естественно, при противодѣйствіи со стороны таза, во время поступательнаго движенія головки, она должна болѣе и болѣе склониться на сторону длиннаго плеча рычага, т. е. впередъ.

7) При *лицевых* положеніях головка откинута назадъ, слѣдовательно наибольшая выдающаяся часть ея приходится на лобъ и затылокъ. Отъ этого *затылокъ* долженъ непременно *обернуться къ задней части таза* (въ крестцовую впадину), гдѣ для него находится достаточно помѣщенія, между тѣмъ какъ подбородокъ, представляющій плоскую поверхность, лежащую на одной линіи съ грудью, долженъ подходить подъ лонное соединеніе. Вслѣдствіе той же причины, т. е. по законамъ принаровленія, головка, дойдя до промежности и встрѣтивъ въ этой послѣдней значительное противодѣйствіе, направляется впередъ въ половую расщелину, гдѣ открывается свободное пространство.

8) Въ началѣ прорѣзыванія головки чрезъ наружныя половыя части наибольшая окружность темени напираетъ на тазовое дно (промежность), а передняя часть темени начинаетъ подаваться въ просвѣтъ половой расщелины, задняя часть шеи лежитъ за лоннымъ соединеніемъ, а передняя часть головы (лице и лобъ) въ нижней части крестцовой впадины. Изгоняющая сила матки дѣйствуетъ, какъ и во все время продолженія родовъ, на позвоночный столбъ ребенка и гонить его внизъ, по направленію оси таза до тѣхъ поръ, пока головка упрется въ дно таза. Встрѣчая здѣсь противодѣйствіе въ упругой промежности, головка подвергается дѣйствию двухъ силъ: одной со стороны матки, толкающей головку впередъ, другой со стороны промежности и мышцъ выходнаго отверстия родового канала, оттѣсняющихъ головку по дугообразной линіи къ верхней части лоннаго соединенія. Вслѣдствіе этого головка совершаетъ поворотъ около своей поперечной оси совершенно въ другомъ направленіи, чѣмъ было прежде, т. е. вмѣсто сгибанія она начинаетъ *разгибаться*.

9) При родахъ ягодицами впередъ механизмъ движенія младенца въ сущности тотъ же самый, что и при черепныхъ положеніяхъ, съ тою лишь разницею, что здѣсь прежде всего прокладываютъ себѣ путь и приспособляются къ размѣрамъ таза ягодицы. Идущая въ концѣ головка производитъ здѣсь тѣже самые повороты, какіе она производила бы и при черепномъ положеніи, т. е. во входѣ въ тазъ она располагается по противоположному плечикамъ косвенному размѣру, потомъ переходитъ въ прямой размѣръ, оборачиваясь затылкомъ къ лонному соединенію. Сгибаніе головки при ягодичныхъ положеніяхъ происходитъ точно также, какъ и при черепныхъ. Толкающая сила со стороны дна матки здѣсь дѣйствуетъ черезъ головку на позвоночный столбъ и ниже всего прогоняетъ крестецъ. Главнымъ размѣромъ при родовомъ движеніи ягодицъ считается поперечный; онъ направляется по наибольшимъ размѣрамъ таза. При выходѣ таза обращенная впередъ ягодица (подвздошная кость дѣтскаго таза) упирается въ лонную дугу, а другая выказывается изъ-подъ промежности,

выталкиваемая противодействующею силою мышц тазового дна. При этомъ ягодицы, также какъ и головка, описываютъ дугообразную линію въ направленіи снизу вверхъ.

Отмѣтивъ болѣе важные и общіе моменты поступательнаго движенія младенца во время процесса родовъ, перейдемъ теперь къ изложенію механизма родовъ въ частности, при разныхъ положеніяхъ. При этомъ, имѣя въ виду облегчить начинающимъ изучать акушерство удержаніе въ памяти довольно сложнаго механизма родовыхъ движеній и поворотовъ младенца, я не буду останавливать вниманіе на частностяхъ и ограничусь, по возможности, только одними общими чертами.

б) Механизмъ родовъ при черепныхъ положеніяхъ.

§ 90. 1) *При первомъ черепномъ положеніи*, въ началѣ родовъ, спинка плода бываетъ обращена впередъ и влѣво, правая половина его обращается къ передней поверхности матери, головка стоитъ прямымъ своимъ размѣромъ по правому косвенному размѣру входа въ тазъ. Затылокъ обращенъ впередъ и влѣво. Правая темянная кость, какъ обращенная впередъ, лежитъ ниже всѣхъ другихъ частей черепа и составляетъ, такъ сказать, главный пунктъ предлежащей части. На ней, около малаго родничка, образуется послѣ излитія водъ родовая опухоль. *Малый родничекъ* прощупывается *впередъ и влѣво*. Идущій отъ него стрѣловидный шовъ направляется по правому косому размѣру таза до большаго родничка, который въ началѣ родовъ можно иногда прощупать въ задней правой сторонѣ таза, почти на одинаковомъ уровнѣ съ малымъ родничкомъ.

При прохожденіи чрезъ каналъ таза головка совершаетъ слѣдующія движенія: малый родничекъ, вслѣдствіе увеличивающагося сгибанія головки, опускается ниже, а большой родничекъ дѣлается недоступнымъ для изслѣдующаго пальца. По мѣрѣ подвиганія головки въ полость малаго таза, она мало по малу поворачивается *слѣва на право*, такъ что малый родничекъ наконецъ подходитъ подъ лонное соединеніе. Этотъ внутренній поворотъ головки при первомъ черепномъ положеніи бываетъ, сравнительно, весьма незначителенъ, именно на $\frac{1}{8}$ часть круга. Онъ большею частію совершается въ нижней части таза, или даже при выходѣ его. Вслѣдъ затѣмъ головка, прогоняемая силою маточныхъ сокращеній, начинаетъ напирать на промежность и, устанавливаясь основаніемъ затылочной кости подъ лонной дугой, начинаетъ мало по малу прорѣзываться чрезъ половую расщелину. При этомъ головка, вслѣдствіе противодействія со стороны промежности, получаетъ направленіе снизу вверхъ и начинаетъ мало по малу *разгибаться*, такъ что изъ половой расщелины сна-

чала показывается верхняя часть затылка и правая теменная кость, потомъ все темя и, наконецъ, выкатываются изъ-подъ промежности лобъ и личико съ подбородкомъ.

Послѣ прорѣзыванія головка, по закону тяжести, нѣсколько опускается внизъ и вслѣдъ затѣмъ, при дальнѣйшемъ движеніи плечиковъ, направляющихся въ *той* косвенный размѣръ, поворачивается къ задней части *праваго бедра* матери.

Въ то время, когда головка прорѣзывается чрезъ наружныя половыя части, плечики вступаютъ во входъ таза, направляясь своимъ наибольшимъ (поперечнымъ) размѣромъ по лѣвому косому размѣру таза. При выходѣ таза плечики поворачиваются въ прямой размѣръ, при чемъ правое плечико мало по малу приближается къ лонной дугѣ, вслѣдствіе чего рожденное личико болѣе и болѣе обращается къ срединѣ *праваго бедра матери*. Затѣмъ правое плечико упирается подъ лонной другой, а лѣвое выкатывается изъ-подъ промежности. Послѣ того грудная клѣтка опускается нѣсколько внизъ и выходитъ вмѣстѣ съ правымъ плечикомъ. Ягодицы проходятъ чрезъ каналъ таза по тому же пути, какъ и плечики, и производятъ тѣже самые повороты, но такъ какъ это дѣлается обыкновенно очень быстро и легко, то на эти повороты не обращается вниманія.

Отъ описаннаго правильнаго механизма родовъ при первомъ черепномъ положеніи иногда бываютъ отклоненія: 1) плечики могутъ проходить чрезъ каналъ таза не въ косвенномъ, а въ поперечномъ размѣрѣ. 2) Послѣ выхожденія на свѣтъ головки, тѣло младенца можетъ такъ повернуться около своей продольной оси, что плечики могутъ вставиться по тому же косому размѣру входа въ тазъ, какъ и головка, т. е. по правому, вслѣдствіе чего личико поворачивается не къ правому, а къ лѣвому бедру матери.

§ 91. 2) *При второмъ черепномъ положеніи* спинка бываетъ обращена впередъ и вправо; къ передней поверхности матери прилегаетъ лѣвая половина младенца; головка стоитъ своимъ прямымъ размѣромъ по *лѣвому* косому размѣру входа въ тазъ. *Затылокъ* обращенъ *впередъ* и *вправо*. Ниже всѣхъ опускается лѣвая теменная кость и родовая оухоль образуется на ней. Большой родничекъ обращенъ къ лѣвому крестцово-подвздошному соединенію.

При движеніи головки чрезъ каналъ таза во второмъ положеніи происходятъ слѣдующія особенности: затылокъ при внутреннемъ поворотѣ обращается не слѣва направо, а справа налѣво, чтобы подойти подъ лонную дугу. Послѣ прорѣзыванія головка поворачивается личикомъ не къ правому, а къ лѣвому бедру матери, такъ какъ плечики проходятъ по правому косому размѣру входа въ тазъ. Подъ лонную дугу упирается не правое, но лѣвое плечико. Во всѣхъ другихъ отношеніяхъ механизмъ родовъ при второмъ

черепномъ положеніи будетъ совершенно сходенъ съ механизмомъ родовъ при первомъ черепномъ положеніи.

§ 92. 3) *Въ третьемъ черепномъ положеніи*, также какъ и въ первомъ, головка стоитъ прямымъ размѣромъ по *правому* косому размѣру входа въ тазъ, съ тою только разницею, что *впередъ* и *влѣво* обращенъ не малый родничекъ, а *большой*. Глубже всѣхъ стоитъ лѣвая темянная кость, и здѣсь образуется родовая опухоль, но ближе къ большому, чѣмъ къ малому родничку. Малый родничекъ лежитъ около праваго крестцово-подвздошнаго соединенія. Спинка младенца при этомъ положеніи обращена вправо и назадъ, лѣвый бокъ обращенъ къ передней маточной и тазовой стѣнкѣ, ножки прощупываются въ лѣвомъ верхнемъ углу матки.

Механизмъ родовъ при третьемъ черепномъ положеніи происходитъ слѣдующимъ образомъ: обращенный впередъ лобъ мало по малу поворачивается налѣво и назадъ, между тѣмъ какъ затылокъ дѣлаетъ движеніе вправо и впередъ и наконецъ переходитъ изъ третьяго во второе черепное положеніе. Въ этомъ случаѣ дальнѣйшій ходъ родовъ будетъ совершаться точно также, какъ и при второмъ черепномъ положеніи.

Въ исключительныхъ случаяхъ описаннаго поворота головки не происходитъ, а лобъ все время остается обращеннымъ впередъ. При этомъ онъ болѣе и болѣе приближается къ лонному соединенію, по мѣрѣ того, какъ головка опускается внизъ, и наконецъ лѣвой своей половиной упирается въ лонную дугу и остается здѣсь до тѣхъ поръ, пока темя и затылокъ не прорѣжутся изъ за промежности. Послѣ того головка нѣсколько опускается назадъ и затѣмъ выходятъ лобъ и личико изъ подъ лонной дуги. Такой способъ прорѣзыванія головки нужно считать весьма неблагопріятнымъ. Большею частію здѣсь требуется или оперативное пособіе, или по крайней мѣрѣ очень продолжительныя и сильныя потуги, при благопріятныхъ условіяхъ со стороны объема таза и головки. Въ большинствѣ случаевъ, впрочемъ, лобъ самъ собою отходитъ назадъ и влѣво. Это совершается или мало по малу въ теченіи многихъ потугъ, при чемъ можно слѣдить за движеніемъ большаго родничка,—или вдругъ, въ теченіи одной или двухъ потугъ. Поворотъ головки большею частію совершается въ нижнемъ отдѣлѣ таза, или даже при самомъ выходѣ.

Послѣ рожденія головки плечики вставляются по лѣвому косому размѣру входа въ тазъ, лѣвое плечико бываетъ обращено впередъ. Личико поворачивается къ лѣвому бедру матери.

§ 93. 4) *Въ четвертомъ черепномъ положеніи* головка устанавливается прямымъ своимъ размѣромъ по лѣвому косому размѣру входа въ тазъ, слѣдовательно также, какъ и во второмъ, съ тою только разницею, что впередъ и вправо обращенъ не малый, а большой родничекъ. Правая темянная кость опускается ниже дру-

гихъ частей черепа, и на ней образуется родовая опухоль около большаго родничка. Малый родничекъ лежитъ у лѣваго крестцово-подвздошнаго соединенія.

Механизмъ родовъ при четвертомъ черепномъ положеніи состоитъ въ томъ, что лобъ долженъ повернуться вправо и назадъ, а затылокъ налѣво и впередъ. Слѣдовательно четвертое черепное положеніе при дальнѣйшемъ ходѣ родовъ должно превратиться въ первое. Въ рѣдкихъ случаяхъ здѣсь, какъ и въ третьемъ положеніи, лобъ все время остается въ передней половинѣ таза и по правой боковой стѣнкѣ подходитъ къ лонному соединенію. Здѣсь онъ упирается своей лѣвой половиной, и дальнѣйшее прорѣзываніе головки совершается также, какъ было описано въ 3-мъ положеніи. Плечики вступаютъ во входъ таза въ правомъ косомъ размѣрѣ. Правое плечико упирается подъ лонной дугой и личико обращается къ правому бедру матери.

с) Механизмъ родовъ при лицевыхъ положеніяхъ.

§ 94. При лицевыхъ положеніяхъ длинникъ личика вставляется во входъ таза по поперечному, или по одному изъ косвенныхъ размѣровъ, при чемъ подбородокъ направленъ или немного впередъ, или назадъ. При отогнутой головкѣ изгоняющая сила матки, дѣйствуя чрезъ позвоночный столбъ, сосредоточивается преимущественно на короткомъ плечѣ рычага, т. е. на подбородкѣ, вслѣдствіе чего онъ опускается ниже лба и при дальнѣйшихъ движеніяхъ имѣетъ наклонность направляться *впередъ*.

Въ началѣ родовъ при лицевомъ положеніи головка не бываетъ еще сильно откинута назадъ; вслѣдствіе этого лобъ обыкновенно стоитъ глубже, чѣмъ подбородокъ. Но по мѣрѣ дѣйствія изгоняющей силы матки на позвоночный столбъ, подбородокъ вгоняется глубже, а лобъ, встрѣчая противодѣйствіе со стороны тазоваго канала, задерживается въ этомъ движеніи, потому болѣе и болѣе отгибается назадъ. Такимъ образомъ тѣже условія, которыя при черепныхъ положеніяхъ вызываютъ сильную флексію головки, при лицевыхъ образуютъ разгибаніе ея (*extensio*). Во время прорѣзыванія личика чрезъ наружныя половыя части происходитъ обратное движеніе, т. е. головка не разгибается, какъ при черепныхъ положеніяхъ, а *сгибается*.

Въ первомъ лицевомъ положеніи личико стоитъ во входѣ таза такъ, что лобъ и соотвѣтствующая ему спинка находятся въ лѣвой половинѣ таза. Длинникъ лица направленъ или по поперечному, или по косвенному размѣру. Лобъ и подбородокъ въ началѣ родовъ стоятъ на одинаковой высотѣ, или даже лобъ стоитъ ниже. При вступленіи въ каналъ таза подбородокъ опускается все ниже и ниже и поворачивается справа и сзади впередъ, такъ что

область правой щеки ощупывается въ срединѣ таза, лицевая линия стоитъ во второмъ косомъ размѣрѣ. При прорѣзываніи чрезъ половую расщелину прежде показывается правая щека и правый уголь рта; подбородокъ подходитъ подѣ нисходящую вѣтвь правой лонной кости, послѣ чего прорѣзывается носъ, лобъ и наконецъ весь черепъ, выкатываясь изъ-подъ промежности. Послѣ прорѣзыванія личико бываетъ обращено къ верхней сторонѣ праваго бедра матери. Плечики вступаютъ въ тазъ по правому косому размѣру, а при прорѣзываніи правое плечико останавливается подѣ лоннымъ соединеніемъ, пока лѣвое не прорѣжется изъ-подъ промежности.

При второмъ лицевомъ положеніи механизмъ родовъ будетъ точно такой же, съ тою только разницею, что здѣсь въ началѣ родовъ лобъ будетъ обращенъ въ правую сторону таза, слѣд. подбородокъ будетъ поворачиваться слѣва на право. При прорѣзываніи въ половой расщелинѣ прежде всего показывается лѣвая щека и лѣвый уголь рта; подбородокъ упирается подѣ нисходящую вѣтвь лѣвой лонной кости.

При лицевыхъ положеніяхъ, точно также какъ и при черепныхъ, образуется *родовая опухоль*. Она занимаетъ преимущественно ту часть щеки и рта, которая первой представлялась къ родамъ. Слѣдовательно, при первомъ лицевомъ положеніи родовая опухоль будетъ занимать правую половину лица и правый уголь рта, а при второмъ лѣвую. При болѣе трудныхъ родахъ опухоль распространяется на все личико, при чемъ носъ и губы представляютъ видъ выдающихся жесткихъ бугровъ, а все лицо получаетъ темносиній цвѣтъ.

При родахъ личикомъ впередъ нѣсколько *измѣняется форма черепа* отъ сдавливанія проходящей головки, именно верхняя часть его сплющивается, а затылокъ удлинняется (увеличеніе продольнаго и уменьшеніе вертикальнаго размѣра головки). Эти измѣненія чрезъ нѣсколько дней послѣ родовъ проходятъ сами собой.

§ 95. *Неполное лицевое положеніе или лобное*. Подѣ этимъ именемъ разумѣется такое положеніе подлежащей части (головки), при которомъ эта послѣдняя находится во время родовъ въ полуразогнутомъ состояніи, т. е. подбородокъ не такъ далеко отдалается отъ груди, какъ при лицевыхъ положеніяхъ. Вслѣдствіе этого ниже всего опускается лобъ; онъ легче всего ощупывается пальцемъ при изслѣдованіи, затѣмъ ощупываются глаза и верхняя часть носа, ротъ же и подбородокъ стоятъ такъ высоко, что для изслѣдующаго пальца не доступны. Слѣдовательно подобное положеніе есть также ненормальное черепное, на пути къ лицевому, но не дошедшее еще до полнаго разгибанія головки. При опусканіи головки въ каналъ таза при этомъ положеніи лобъ поворачивается впередъ къ лонному соединенію. При прорѣзываніи

въ половой расщелинѣ сначала показывается лобъ, потомъ глаза; верхняя челюсть плотно прижимается къ лонной дугѣ, а темя и затылокъ выеатываются изъ-за промежности. Послѣ этого головка нѣсколько опускается и затѣмъ уже выходитъ изъ-подъ лоннаго соединенія верхняя челюсть, ротъ и подбородокъ.

При лобныхъ положеніяхъ, также какъ при лицевыхъ, подбородокъ можетъ иногда повернуться назадъ. Это даетъ такія же затрудненія при родахъ, какъ и неправильный поворотъ личика, т. е. требуетъ вмѣшательства оперативнаго пособія (поворотъ на ножки, или на мертвомъ плодѣ раздробленіе головки). Лобное положеніе само по себѣ считается очень труднымъ. Оно можетъ окончиться силами природы развѣ только при очень широкомъ тазѣ и при небольшомъ объемѣ плода. Ручное превращеніе лобнаго положенія въ черепное, или лицевое, даже при подвижной головкѣ почти никогда не приводитъ къ цѣли. Поэтому до плотнаго вколачиванія головки здѣсь болѣе всего показуется поворотъ на ножки и извлеченіе, а при вколоченной головкѣ, когда лобъ опустился уже къ выходу таза, иногда удается извлечь живаго ребенка щипцами, но чаще приходится производить раздробленіе головки.

Лобное положеніе распознается по слѣдующимъ признакамъ. Какъ лежащая часть, ниже всего прощупывается лобъ; большой родничекъ съ переднею частію темянныхъ костей обращенъ въ ту или другую сторону таза и тоже очень доступенъ; корень носа и края глазницъ прощупываются въ другой сторонѣ таза; лобный шовъ располагается по поперечному, или по косвенному размѣру.

д) Механизмъ родовъ при ягодичномъ положеніи.

§ 96. Ягодицы могутъ вступать во входъ таза, направляясь по правому или по лѣвому косому размѣру. При этомъ спинка младенца бываетъ обращена или влѣво, или вправо, съ наклономъ нѣсколько впередъ, или назадъ. При ягодичныхъ положеніяхъ главнымъ пунктомъ считается крестецъ; поэтому, если крестецъ и спинка младенца обращены влѣво, — это будетъ первое ягодичное положеніе; если вправо — второе. Тѣ видъ ягодичнаго положенія, въ которыхъ спинка бываетъ обращена нѣсколько назадъ (вправо или влѣво), могутъ считаться третьимъ и четвертымъ видами, но они встрѣчаются сравнительно рѣдко.

При ягодичныхъ положеніяхъ тѣло младенца обыкновенно сохраняетъ тоже самое членорасположеніе, какъ и при черепныхъ, т. е. головка остается согнутой и ручки сложенными у груди. Отношеніе всѣхъ крупныхъ размѣровъ младенца къ размѣрамъ таза при прохожденіи чрезъ каналъ его, т. е. механизмъ прис-

пособленія, при ягодичныхъ положеніяхъ бываетъ такой же, какъ и при черепныхъ, съ тою только разницею, что здѣсь прежде проходитъ нижняя часть тѣла младенца, а потомъ верхняя, а въ черепныхъ положеніяхъ наоборотъ; но путь прохожденія (по размѣрамъ таза) тотъ же. Слѣдовательно, чрезъ каналъ таза проходятъ ягодицы такимъ образомъ, что располагаются большими размѣрами по тому или другому косвенному размѣру таза. Ягодица, лежащая спереди всегда опускается ниже ягодицы, лежащей сзади. Приближаясь къ выходу таза, ягодицы поворачиваются въ прямой размѣръ, послѣ чего впередъ обращенная подвздошная кость дѣтскаго таза упирается подъ лонной дугой и въ это время ягодица, обращенная назадъ, выкатывается изъ-подъ промежности въ направленіи снизу вверхъ. Вслѣдъ затѣмъ ягодицы опускаются нѣсколько внизъ, при чемъ освобождается часть ихъ, обращенная къ лонному соединенію и довольно скоро прорѣзывается туловище. Плечики широкимъ своимъ размѣромъ сначала проходятъ потомуже косвенному размѣру таза, по которому шли и ягодицы; потомъ, приближаясь къ выходу, поворачиваются въ прямой размѣръ и прорѣзываются также, какъ и ягодицы. Головка въ каналѣ таза сначала поворачивается прямымъ своимъ размѣромъ по косвенному и по прямому размѣру таза, затылкомъ напередъ, которымъ и упирается подъ лонной дугой до тѣхъ поръ, пока мало по малу выкатится изъ-подъ промежности подбородокъ, ность, лобъ и темя. Затѣмъ выходитъ затылокъ.

§ 97 Въ частности механизмъ родовъ при ягодичныхъ положеніяхъ бываетъ слѣдующій: въ первомъ положеніи наибольшій размѣръ ягодиць (поперечный) вставляется по лѣвому косому размѣру входа таза. Спинка обращена впередъ и влѣво. Лѣвая ягодица, какъ обращенная къ лонному соединенію, стоитъ ниже правой. На ней и отчасти на половыхъ частяхъ образуется родовая опухоль. Приближаясь къ выходу, ягодицы дѣлаютъ поворотъ справа на лѣво такимъ образомъ, что лѣвая ягодица помѣщается за лоннымъ соединеніемъ. При прорѣзываніи чрезъ половую расщелину она упирается подъ верхнюю часть нисходящей вѣтви правой лобковой кости, пока назадъ обращенная, правая ягодица выступаетъ изъ-подъ промежности. Послѣ этого ягодицы нѣсколько опускаются внизъ и вскорѣ выходитъ туловище, при чемъ животъ бываетъ обращенъ направо и нѣсколько назадъ. Во время прорѣзыванія ягодиць плечики вставляются во входъ таза, направляясь по тому же размѣру, по которому шли и ягодицы, т. е. по лѣвому косому, и въ этомъ положеніи доходятъ до выхода таза. Когда грудь проходитъ чрезъ тазовой выходъ, обыкновенно показываются и локти. Въ выходѣ таза лѣвое плечико мало по малу подходитъ подъ лонную дугу съ правой стороны таза, и въ это время рожденное туловище болѣе и болѣе поворачивается

спинкой къ передней поверхности лѣваго бедра матери. Въ то время, когда рождаются плечики, головка вступаетъ во входъ таза. Она должна направляться, какъ и при черепныхъ положеніяхъ, не по тому размѣру, по которому шли плечики, а по противоположному. Поэтому она во входѣ таза идетъ не по лѣвому, а по правому косому размѣру. Опускаясь ниже въ каналъ таза, головка поворачивается въ прямой размѣръ, упирается затылкомъ подъ лонную дугу и остается здѣсь до тѣхъ поръ, пока изъ подъ промежности не выкатятся подбородокъ, личико и лобъ.

Во второмъ ягодичномъ положеніи ягодичцы направляются по правому косому размѣру входа въ тазъ; впередъ обращена и ниже опускается правая ягодичца; спинка обращена впередъ и вправо. Механизмъ родовъ въ этомъ случаѣ будетъ точно такой-же, какъ и въ первомъ положеніи, съ тою только разницею, что ягодичцы идутъ не по лѣвой, а по правой половинѣ таза и подъ лонную дугу подходятъ справа на лѣво правую ягодичцею.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда при родахъ ягодичцами брюшко младенца бываетъ обращено впередъ (3-е и 4-е положеніе), туловище при прохожденіи чрезъ каналъ таза должно сдѣлать значительный поворотъ вокругъ своей продольной оси, такъ что ягодичца, бывшая прежде у задней стѣнки—acetabuli, должна подойти подъ лонную дугу. Дальнѣйшій ходъ родовъ совершается также, какъ изложено выше. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при этихъ положеніяхъ поворотъ туловища совершается недостаточно, или головка въ немъ не принимаетъ участія; тогда послѣдняя прорѣзывается съ лицомъ, обращеннымъ къ лонному соединенію. Это напоминаетъ аномалію черепныхъ положеній, когда затылокъ не подходитъ къ лоннымъ костямъ. При такомъ положеніи головка выходитъ слѣдующимъ образомъ: а) подбородокъ остается подъ одною изъ горизонтальныхъ вѣтвей лоннаго соединенія, головка сильно отгибается взади, затылокъ опускается по крестцовой впадинѣ къ промежности и такъ прорѣзывается; затѣмъ прорѣзывается и осталная часть головки; в) головка, пригнутая къ груди, опускается позади передней тазовой стѣнки и нижнею частію лба, или корнемъ носа упирается подъ лонной дугой, послѣ чего затылокъ выкатывается изъ подъ промежности.

с) Опредѣленіе положеній младенца при родахъ.

§ 98 Опредѣленіе положенія младенца въ большинствѣ случаевъ достигается легко помощію наружнаго и внутренняго изслѣдованія. При наружномъ изслѣдованіи мы пользуемся осмотромъ, ощупываніемъ и выслушиваніемъ, а при внутреннемъ—непосредственнымъ опредѣленіемъ признаковъ предлежащей части.

Осмотръ живота въ рѣдкихъ случаяхъ даетъ болѣе или менѣе точныя данныя для опредѣленія положенія младенца, за исключеніемъ развѣ косвенныхъ и поперечныхъ положеній, при которыхъ правильная форма живота теряется. Помощію *ощупыванія* живота можно точнѣе опредѣлить положеніе головки въ нижнемъ, или верхнемъ отдѣлѣ матки. При постепенномъ и глубокомъ нажиманіи рукой выше лоннаго соединенія весьма часто удается прощупать головку плода, какъ плотное шаровидное тѣло, въ благопріятныхъ случаяхъ легко отличаемое опытной рукой. Далѣе, прикладывая ладони обѣихъ рукъ плашмя по сторонамъ матки, мы можемъ такимъ образомъ прощупать положеніе спинки и мелкихъ частей. Спинка прощупывается какъ массивная, равномерно-выдающаяся часть, занимающая одну которую либо сторону матки, и около дна матки переходящая на другую сторону въ видѣ закругленнаго, выдающагося, крупнаго тѣла (ягодицы). Впрочемъ, осмотръ и ощупываніе нужно считать только вспомогательнымъ, второстепеннымъ средствомъ для опредѣленія положенія младенца, такъ какъ болѣе точныя данныя получаются только при внутреннемъ изслѣдованіи. При толстыхъ брюшныхъ стѣнкахъ, или при большомъ количествѣ околоплодной жидкости способъ наружнаго изслѣдованія весьма мало примѣнимъ.

Больше данныхъ можно получить отъ *выслушиванія сердцебиенія* младенца. Этимъ способомъ можно, до извѣстной степени, опредѣлить не только положеніе, но и видъ его; нужно только внимательно обслушать весь животъ и убѣдиться въ какомъ мѣстѣ удары сердца всего слышнѣе. Если звуки сердца яснѣе слышны выше пупка, — это указываетъ на положеніе младенца нижнимъ концомъ впередъ. Если звуки слышны съ лѣвой стороны, это говоритъ за то, что спинка обращена влѣво, и наоборотъ. Такъ, напр., при первомъ черепномъ положеніи сердечныя тоны бываютъ слышны въ нижней лѣвой части живота, рѣдко переходя за среднюю линію. При второмъ черепномъ положеніи они замѣтнѣе всего въ правой нижней части живота, около бѣлой линіи, иногда переходя за эту послѣднюю на лѣво. При заднихъ видахъ положеній, когда спинка обращена взадъ, а брюшко впередъ, сердцебиеніе слышнѣе въ заднихъ и боковыхъ частяхъ живота. *При лицевыхъ положеніяхъ сердцебиеніе* слышно, обыкновенно, не съ той стороны, куда обращена спинка, а съ противоположной, вслѣдствіе того, что отогнутая головка мѣшаетъ плотному соприкосновенію спинки съ маточной стѣнкой. Поэтому при первомъ лицевомъ положеніи сердцебиеніе слышно въ правой нижней части живота, не смотря на то, что спинка ощупывается влѣво, а справа замѣтны мелкія части.

Хотя сердцебиеніе младенца и даетъ болѣе или менѣе точныя данныя для распознаванія положеній младенца, но этому приз-

наку нельзя вполне доверяться, такъ какъ здѣсь легко можетъ произойти ошибка вследствие распространения звука на значительное пространство матки. Кроме того, этотъ признакъ существуетъ только при живомъ младенцѣ. Поэтому, опредѣленіе положенія младенца непременно нужно производить главнымъ образомъ на основаніи точнаго внутренняго изслѣдованія. При этомъ нужно имѣть въ виду слѣдующіе общіе признаки: 1) при всѣхъ черепныхъ положеніяхъ, если только тазъ устроенъ правильно и околоплодныхъ водъ не слишкомъ много, предлежащая часть въ началѣ родовъ прощупывается во входѣ таза, въ видѣ плотной, шаровидной опухоли, выпячивающей сводъ влагалища. Чтобы убѣдиться, что это есть дѣйствительно головка, нужно осязатъ кости черепа, швы, и если можно, роднички. 2) При лицевыхъ, ягодичныхъ и поперечныхъ положеніяхъ, въ началѣ родовъ сводъ влагалища обыкновенно оказывается пустымъ, такъ какъ предлежащая часть въ это время или совершенно недоступна для изслѣдующаго пальца, или, едва достигается, такъ что контуры ея опредѣлить трудно. Въ такихъ случаяхъ въ началѣ родовъ, мы воздерживаемся отъ точной діагностики, дѣлая только предположеніе на основаніи наружнаго изслѣдованія, и выжидая, пока предлежащая часть опустится ниже. 3) Высокое стояніе предлежащей части и пустота влагалищнаго свода не отрицаютъ возможности и черепнаго положенія. Это можетъ быть при очень большомъ количествѣ околоплодныхъ водъ, при суженіи тазоваго входа и при косвенномъ стояніи головки.

а) Распознаваніе черепныхъ положеній въ частности.

§ 99. Точное опредѣленіе видовъ черепныхъ положеній возможно лишь тогда, когда изслѣдующимъ пальцемъ легко прощупывается не только головка, но и ея отдѣльныя части, именно швы и роднички. Такъ какъ чаще всего встрѣчается 1-е черепное положеніе, то при изслѣдованіи прежде всего мы направляемъ палецъ впередъ и влѣво, чтобы убѣдиться, нѣтъ ли здѣсь малаго родничка. Онъ отличается отъ большаго своимъ размѣромъ, трех-угольной формой и тѣмъ, что въ немъ сходятся три, а не четыре шва. Направленіе стрѣловиднаго шва при первомъ черепномъ положеніи прощупывается по правому косому размѣру таза. Большой родничекъ или совсѣмъ не прощупывается, или прощупывается взадъ и вправо, нѣсколько выше малаго родничка. При дальнѣйшемъ ходѣ родовъ положеніе малаго родничка мѣняется, именно, онъ мало по малу подходитъ подъ лонное соединеніе. Послѣ совершившагося внутренняго поворота головки опредѣленіе вида черепнаго положенія дѣлается почти невозможнымъ, такъ какъ при всѣхъ видахъ предлежащая часть будетъ

находиться въ одинаковыхъ отношеніяхъ къ тазу. Въ это время обыкновенно увеличивается и родовая опухоль, которая можетъ значительно затруднять распознаваніе, закрывая швы и роднички.

При *второмъ* черепномъ положеніи малый родничекъ долженъ находиться впереди и вправо, стрѣловидный шовъ прощупывается по лѣвому косому размѣру таза, большой родничекъ иногда прощупывается у лѣваго крестцово-подвздошнаго соединенія, сердцебіеніе младенца слышнѣе всего въ правой нижней части живота.

При *третьемъ* черепномъ положеніи въ лѣвой передней части таза прощупывается не малый, а большой родничекъ; стрѣловидный шовъ направляется по правому косому размѣру, также какъ при первомъ черепномъ положеніи. Слѣдовательно, третье положеніе отличается отъ перваго только опредѣленіемъ родничка. Зная всю важность разницы въ ходѣ родовъ и въ предсказаніи при томъ и другомъ положеніи (при 3-мъ положеніи головка можетъ легко остаться со лбомъ, обращеннымъ впереди), мы поймемъ, почему нужно быть очень внимательнымъ при ощупываніи родничка и при опредѣленіи его признаковъ. При третьемъ положеніи сердцебіеніе младенца слышнѣе всего въ правой нижней части живота, болѣе взадъ.

При *четвертомъ* положеніи справа и спереди прощупывается большой родничекъ, а не малый, чѣмъ оно и отличается отъ втораго положенія. Стрѣловидный шовъ находится по направленію лѣваго косаго размѣра входа въ тазъ. Малый родничекъ иногда можно прощупывать у лѣваго крестцово-подвздошнаго соединенія.

При опредѣленіи родничковъ нужно имѣть въ виду, что объемъ ихъ во время родовъ представляется неодинаковымъ. Это зависитъ отъ степени развитія костей черепа и отъ сдавливанія ихъ. Отъ этого даже большой родничекъ можетъ быть на столько сжатъ, что свободное пространство между костями въ немъ едва прощупывается. Малый родничекъ отъ той же причины можетъ маскироваться еще больше. Съ другой стороны иногда онъ можетъ представляться объемистѣе, напр. вслѣдствіе захожденія верхняго угла затылочной кости подъ задніе края темянныхъ костей. Въ рѣдкихъ случаяхъ на верхушкѣ затылочной кости можетъ быть раздвоеніе, или прибавочныя косточки, расположенныя такъ, что на ощупь малый родничекъ можетъ быть принятъ за большой. Наконецъ, стрѣловидный шовъ можетъ имѣть, не доходя до малаго родничка, ромбовидное расширеніе, могущее ввести также въ ошибку.

При ощупываніи головки большею частію попадаетъ подъ палецъ стрѣловидный шовъ, по направленію котораго мы доходимъ до родничковъ. Но и въ этомъ отношеніи часто могутъ

быть ошибки, именно за стрѣловидный шовъ можно принять ламбдообразный. Для отличія ихъ можно пользоваться слѣдующими признаками: стрѣловидный шовъ имѣетъ болѣе прямое направленіе, а ламбдообразный нѣсколько изогнутъ; края темныхъ костей, составляющіе границу перваго, тоньше, уступчивѣе, тогда какъ края послѣдняго (затылочной кости) острѣе, не такъ ровны и рѣзче выдаются. Труднѣе смѣшать стрѣловидный шовъ съ вѣнечнымъ, или лобнымъ, потому что при глубокомъ опусканіи лба (что бываетъ рѣдко) всегда можно отчетливо ощупать большой родничекъ. При сомнительныхъ случаяхъ нужно пополнять діагностику данными наружнаго изслѣдованія, по которымъ можно составить общее понятіе о расположеніи младенца и сообразно съ этимъ провѣрять признаки внутренняго изслѣдованія.

б) Распознаваніе лицевыхъ положеній.

§ 100. Въ началѣ родовъ точное опредѣленіе лицевыхъ положеній довольно трудно, по случаю высокаго стоянія подлежащей части. Поэтому здѣсь можетъ оказать большую діагностическую услугу наружное изслѣдованіе. Если брюшныя стѣнки не слишкомъ напряжены, то положивъ руку выше лонныхъ костей, можно прощупать выдающійся отъ поверхности спинки затылокъ, образующій ясный уголъ съ туловищемъ. Въ другой половинѣ таза не будетъ замѣтно никакой крупной части, похожей на черепъ. Въ этой же половинѣ матки можно прощупать мелкія части плода и слышать явственнѣе всего сердцебиеніе. Эти данныя, при пустотѣ влагалищнаго свода, даютъ большое вѣроятіе лицеваго положенія.

Какъ скоро личико опустится во входъ таза, мы опредѣляемъ его по неровностямъ и отверстіямъ, находящимся на его поверхности. Мы ощупываемъ здѣсь ротъ, окруженный припухшими, выдающимися губами; вводя въ него палецъ, осязаемъ языкъ и челюсти; далѣе, — на подлежащей части ощупываемъ носъ, ноздри, глазныя орбиты и лобъ. Послѣ излитія водъ всѣ эти части значительно опухаютъ, углы рта сближаются въ формѣ воронкообразной трубки, вслѣдствіе чего поверхность личика дѣлается еще бугристѣе. Оттого при лицевыхъ положеніяхъ родовая опухоль не только не затрудняетъ діагностики, какъ при черепныхъ, но напротивъ облегчаетъ ее, такъ какъ ни при какомъ другомъ положеніи подлежащая часть не имѣетъ такого неровнаго, бугристаго вида, какъ при лицевомъ. Въ этомъ отношеніи положеніе личикомъ можно иногда смѣшать развѣ съ ягодичнымъ положеніемъ и съ гемицефалической головкой. При ягодичныхъ положеніяхъ поводъ къ ошибкѣ можетъ дать задній про-

ходъ (который можетъ быть принятъ за ротъ) и опухшія половыя части, особенно мошонка, которую можно смѣшать съ опухшимъ носомъ, или губами. При внимательномъ ощупываніи такая ошибка легко устраняется, такъ какъ около задняго прохода не будетъ воронкообразной припухлости, какъ около рта, и при введеніи пальца здѣсь не замѣчается присутствія языка, челюстей, сосанія, и палецъ большею частію оказывается замараннымъ первороднымъ каломъ. Опухшая мошонка и половыя губы отличаются отъ припухшаго носа и рта тѣмъ, что эти части лежатъ значительно выше, не представляя собственно подлежащей части; на мошонкѣ не будетъ никакого отверстія и вообще на подлежащей части не будетъ замѣтно ни глазныхъ орбитъ, ни носа, ни подбородка съ ихъ отчетливыми признаками. При гемикефалии поверхность подлежащаго неразвитаго черепа будетъ также представляться бугристою, какъ и личико, но бугры не будутъ имѣть правильнаго расположенія и между ними не будетъ углубленій, соответствующихъ рту и ноздрямъ.

Для опредѣленія вида лицеваго положенія нужно рѣшить, куда обращенъ лобъ, куда подбородокъ. При этомъ руководствуются ощупываніемъ носа и ноздрей, лба и глазныхъ орбитъ, а также нижней челюсти. При первомъ лицевомъ положеніи лобъ и глазныя орбиты будутъ прощупываться въ лѣвой половинѣ таза, а подбородокъ и ротъ — въ правой; кончикъ носа и ноздри будутъ обращены вправо. При второмъ лицевомъ положеніи отношеніе частей личика къ тазу будетъ обратное. При тѣхъ видахъ лицеваго положенія, при которыхъ впередъ обращенъ не подбородокъ, а лобъ, при изслѣдованіи мы находимъ этотъ послѣдній около передней тазовой стѣнки, справа или слѣва, а подбородокъ напротивъ — въ задней части таза, у того или другаго крестцово-подвздошнаго соединенія. При изслѣдованіи палецъ обыкновенно встрѣчаетъ прежде всего глазную орбиту, потомъ носъ, кончикъ котораго и ноздри обращены назадъ. При неполныхъ лицевыхъ положеніяхъ во время изслѣдованія можно прощупать только лобъ, глаза и верхнюю часть носа, кончикъ же носа и ноздри, равно какъ и ротъ съ подбородкомъ, обыкновенно стоятъ такъ высоко, что недоступны для изслѣдующаго пальца.

С. Распознаваніе ягодичныхъ положеній.

§ 101. При наружномъ изслѣдованіи эти положенія иногда можно опредѣлить помощію ощупыванія большаго, плотнаго, круглаго, подвижнаго тѣла — головки, находящагося около дна матки. Въ нижней части живота иногда можно замѣтить движеніе ножекъ. Сердцебіеніе выслушивается въ верхней половинѣ матки, справа или слѣва. При внутреннемъ изслѣдованіи маточное рыльце въ началѣ родовъ обыкновенно стоитъ очень высоко и пред-

лежащая часть едва прощупывается. Маточное рыльце открывается медленно, чѣмъ при черепныхъ положеніяхъ, и плодный пузырь не имѣетъ такой шаровидной формы. Если подлежащая часть доступна для пальца, то она представляется въ видѣ большаго, круглаго тѣла, но не на столько плотнаго, какъ головка. Иногда около нея прощупываются движущіяся мелкія части. Послѣ разрыва плоднаго пузыря, когда ягодицы опустятся ниже, опредѣленіе ихъ легче. При ощупываніи ихъ мы убѣждаемся, что здѣсь нѣтъ ни широкихъ костей, ни швовъ, ни родничковъ, ни волосъ. Предлежащая часть оказывается болѣе мягкой, тѣстообразной, но не на столько шаровидной, какъ головка. При нажиманіи пальцемъ на подлежащую часть можно прощупать по ту и другую сторону задняго прохода сѣдалищные бугры и конецъ копчиковой кости. Очень часто при изслѣдованіи палецъ оказывается замараннымъ въ первородномъ калѣ, что служитъ важнымъ вспомогательнымъ признакомъ. При родахъ ягодицами, послѣ разрыва пузыря, первородный калъ нерѣдко вытекаетъ самъ собою вмѣстѣ съ околоплодною жидкостью. Появленіе его можно считать довольно вѣрнымъ подтверждающимъ признакомъ ягодичнаго положенія, такъ какъ при черепныхъ и лицевыхъ положеніяхъ этого почти никогда не бываетъ, развѣ въ исключительныхъ случаяхъ, и то при мертвомъ плодѣ.

Ягодицы иногда можно смѣшать съ лежащимъ плечикомъ; но при внимательномъ изслѣдованіи поперечное положеніе въ большей части случаевъ отличается уже по одной неправильной (косой) формѣ живота. Кромѣ того здѣсь для отличительнаго распознаванія оказываетъ большую услугу ощупываніе головки чрезъ наружные покровы. При ягодичныхъ положеніяхъ головка прощупывается около дна матки, съ той или другой стороны верхняго ея отрѣзка, тогда какъ при поперечныхъ положеніяхъ головка находится около той или другой подвздошной кости. Послѣ разрыва пузыря при поперечныхъ положеніяхъ обыкновенно въ скоромъ времени выпадаетъ ручка, при ягодичныхъ же положеніяхъ этого произойти не можетъ. По какимъ признакамъ отличается ручка отъ ножки, это будетъ сказано ниже.

Въ частности руководящіе признаки на ягодицахъ слѣдующіе: 1) борозда, отдѣляющая одну ягодицу отъ другой и въ ней отверстіе задняго прохода; 2) сѣдалищные бугры, прощупываемые въ глубинѣ ягодицъ; 3) крестцовая и копчиковая кости, прощупываемыя позади заднепроходнаго отверстія; 4) половые органы и верхняя часть бедеръ. Смотря потому, въ которую сторону обращены эти части, мы опредѣляемъ видъ положенія.

При образованіи родовой опухоли распознаваніе ягодицъ можетъ быть нѣсколько затруднено. Сѣдалищные бугры и коп-

чикъ при этомъ прощупываются труднѣе и припухшія половыя части измѣняютъ свой видъ⁽¹⁾. Впрочемъ, распознаваніе въ такихъ случаяхъ всегда возможно при болѣе сильномъ нажиманіи пальца. Присутствіе первороднаго кала и отсутствіе воронкообразной опухоли около задняго прохода значительно облегчаютъ распознаваніе ягодицъ отъ личика.

§ 102. Распознаваніе отдѣльныхъ видовъ ягодичнаго положенія не представляетъ большаго затрудненія. Для этого нужно только опредѣлить, въ которую сторону обращенъ крестецъ и копчикъ, и въ которую половыя части. Въ переднихъ видахъ крестецъ съ своими остистыми отростками будетъ прощупываться въ передней половинѣ таза, справа или слѣва, а половыя части и бедра — въ задней половинѣ таза, направо или налѣво.

Для отличія предлежащихъ ножекъ отъ ручекъ служатъ: пятка, форма стопы и положеніе большаго пальца. Подошва длиннѣе и уже ладони, наружный край стопы выпуклъ и тонокъ, а внутренній вогнутъ и толстъ, между тѣмъ какъ ладонь имѣетъ болѣе круглую форму, края ея почти одинаковой толщины. Пятка по своему положенію и по круглой формѣ можетъ служить самымъ вѣрнымъ признакомъ для распознаванія. Ее можно смѣшавать развѣ съ локтемъ, но дальнѣйшее ощупываніе съ одной стороны — стопы, съ другой лодыжки и голени всегда разъяснятъ дѣло. Если предлежатъ обѣ пятки, то распознаваніе дѣлается еще легче уже потому самому, что предлежаніе обоихъ локтей встрѣчается чрезвычайно рѣдко. Предлежація колѣнки узнаются по формѣ колѣннаго сустава и по присутствію надколѣнныхъ чашечекъ (*patellae*).

При распознаваніи отдѣльныхъ видовъ ножныхъ положеній руководствуются направленіемъ пятокъ. Если пятки будутъ обращены къ передней тазовой стѣнкѣ, — это указываетъ на передній видъ положенія, если къ задней, — то на задній. Направленіе пятокъ вправо или влѣво указываетъ на видъ положенія въ частности.

Д. Предсказаніе относительно хода родовъ при различныхъ положеніяхъ младенца.

§ 103. Изъ всѣхъ положеній младенца роды черепомъ впередъ могутъ считаться самыми легкими и благополучными. Это зависитъ отъ того, что предлежащій черепъ легче, чѣмъ другая

(¹) Мошонка иногда припухаетъ такъ сильно, что представляетъ видъ большаго напряженнаго пузыря. Вообще же половыя части отчетливо прощупываются только при низкомъ стояніи ягодицъ.

какая нибудь часть младенца, раскрывает и подготавливает родовые пути и облегчает выхождение туловища. Кроме того при черепных положениях гораздо рѣже могут встрѣтиться различные случайности, мѣшающія благополучному исходу родовъ, напр. выпаденіе пуповины, неправильное членорасположеніе младенца, асфиксія его и пр. Самая продолжительность родовъ при черепныхъ положеніяхъ можетъ считаться короче, нежели при лицевыхъ и ягодичныхъ.

Не всѣ черепныя положенія одинаково благопріятны для родовъ. Самымъ удобнымъ изъ нихъ можно считать первое положеніе, при которомъ затылокъ обращенъ впередъ и влѣво, при чемъ внутренній поворотъ головки производится на меньшемъ пространствѣ и при болѣе благопріятныхъ условіяхъ. Задніе виды черепнаго положенія, при которыхъ впередъ бываетъ обращенъ большой родничекъ, менѣе благопріятны, потому что здѣсь поворотъ головки долженъ совершиться на большемъ пространствѣ и при немъ легко могутъ встрѣтиться ненормальныя отклоненія. Труднѣе всего въ этомъ отношеніи тѣ случаи, при которыхъ большой родничекъ въ теченіи всего акта родовъ остается впереди. Возможность этого почти исключительно является при третьемъ и четвертомъ положеніяхъ, когда передняя часть головки, вмѣсто того, чтобы отойти въ задній отдѣлъ таза, все время остается въ переднемъ отдѣлѣ. Для рожденія младенца въ этомъ положеніи требуются весьма большія усилія; роды затягиваются на продолжительный срокъ и нерѣдко требуютъ для своего окончанія тяжелой акушерской операціи (поворотъ, щипцы). При прорѣзываніи головки въ такомъ положеніи чрезъ наружныя половыя части у перворождающихъ женщинъ легко можетъ произойти разрывъ промежности, такъ какъ прорѣзываніе совершается здѣсь въ неблагопріятномъ размѣрѣ головки, именно въ прямомъ, и головка, долго стоявшая въ выходѣ, обыкновенно потомъ выскальзываетъ вдругъ. Поэтому въ третьемъ и четвертомъ черепномъ положеніи предсказаніе нужно ставить условно благопріятнымъ до тѣхъ поръ, пока мы не убѣдимся въ совершеніи правильнаго внутренняго поворота.

§ 104. При лицевыхъ положеніяхъ предсказаніе будетъ менѣе благопріятно, нежели при черепныхъ. Трудность лицеваго положенія состоитъ въ томъ, что объемъ подлежащей части здѣсь бываетъ больше, нежели въ черепѣ; отъ этого, какъ прохожденіе чрезъ каналъ таза, такъ и прорѣзываніе чрезъ наружныя половыя части при лицевыхъ положеніяхъ бываютъ затруднительнѣе, нежели при черепныхъ. Отъ этой же причины лицевыя положенія у перворождающихъ женщинъ даютъ большую опасность разрыва промежности. Въ особенности лицевыя поло-

женія должны считаться менѣе благопріятными для младенца: головка его во все время родовъ остается въ неестественно-разогнутомъ состояніи, при чемъ отъ растяженія шейки и давленія на нее (прижатіе яремныхъ венъ) кровообращеніе въ головкѣ будетъ болѣе или менѣе воспрепятствовано, что вызываетъ сильную гиперемію мозга и даже апоплексію. Наконецъ, при лицевыхъ положеніяхъ у младенца иногда можетъ начаться преждевременное дыханіе вслѣдствіе того, что въ ротъ его изъ наружныхъ половыхъ частей можетъ попадать воздухъ. Такія преждевременныя дыхательныя движенія, при невозможности расширенія грудной клѣтки, также могутъ быть опасны. Во всякомъ случаѣ нужно имѣть въ виду, что при лицевыхъ положеніяхъ процентъ мертворожденныхъ дѣтей бываетъ значительно больше, нежели при черепныхъ. (При черепныхъ положеніяхъ около 5%, а при лицевыхъ около 13%).

§ 105. Ягодичныя положенія должны считаться для младенца самыми неблагопріятными. На 100 родовъ при этихъ положеніяхъ умираетъ около 11% и около 18% умираютъ спустя нѣсколько времени послѣ родовъ, вслѣдствіе неправильно начавшагося дыханія. Для матери роды ягодицами не представляютъ особенно невыгодныхъ условій, за исключеніемъ развѣ нѣкотораго замедленія, потому что ягодицы не такъ легко и скоро растягиваютъ половыя части, и легче могутъ встрѣтиться при этомъ затрудненія въ неправильности совершающихся поворотовъ. Въ черепныхъ положеніяхъ все затрудненіе родовъ заключается въ прохожденіи головки, туловище же по проложенному пути проходитъ весьма легко и скоро; тогда какъ при ягодичныхъ положеніяхъ ягодицы сами по себѣ должны проложить себѣ путь, и кромѣ того, плечики и головка точно также требуютъ не малаго усилія для ихъ изгнанія. При ягодичныхъ положеніяхъ легче, чѣмъ при другихъ, можетъ встрѣтиться неправильное членорасположеніе, или неправильный поворотъ, какъ самыхъ ягодиць, такъ въ особенности плечиковъ и головки. Закинутая ручка, или неправильно помѣстившаяся головка, послѣ выхожденія туловища, могутъ значительно затруднить окончаніе родовъ и ежеминутно угрожать при этомъ опасностію жизни младенца. Послѣ выхожденія туловища, отъ дѣйствія на него атмосфернаго воздуха, у ребенка весьма легко начинаются дыхательныя движенія, прежде чѣмъ выйдетъ головка. При этомъ ребенокъ, естественно, втягиваетъ изъ рукава не только воздухъ, но также кровь и слизь, остатки околоплодной жидкости, и чрезъ это весьма легко можетъ захлебнуться. Имѣя въ виду послѣднее обстоятельство, нужно считать за правило, чтобы, послѣ выхожденія туловища, головка не оставалась въ рукавѣ болѣе 3—5 минутъ. Такъ какъ

выхожденіе головки изъ рукава силою натуры совершается не всегда легко, особенно у перворождающихъ женщинъ, поэтому очень часто здѣсь требуется искусственная помощь. Потому при ягодичныхъ положеніяхъ считается правиломъ, чтобы на такіе роды акушерка приглашала опытнаго врача, не надѣясь на свои силы.

Смерть или поврежденіе младенца при ягодичныхъ положеніяхъ могутъ происходить и отъ другихъ причинъ: 1) отъ выпаденія, прижатія, или слишкомъ большаго натяженія пуповины; 2) вслѣдствіе отдѣленія плаценты прежде рожденія головки; 3) вслѣдствіе сжатія плаценты стѣнками опорожненной матки; 4) при извлеченіи головки можетъ произойти вывихъ шейныхъ позвонковъ, могутъ случиться нажиманья и ушибы брюшныхъ органовъ и пр. Изъ этого видно, что ягодичныя положенія для младенца гораздо болѣе опасны, нежели всѣ другія правильныя положенія. Разрывъ промежности, у перворождающихъ женщинъ, можетъ произойти и при ягодичномъ положеніи, не смотря на постепенное расширеніе половой расщелины, потому что при послѣднемъ извлеченіи остающейся головки легко могутъ быть допущены неосторожныя, форсированныя движенія (1).

Е. Роды двойнями.

§ 106. Роды двойнями совершаются точно также, какъ и роды однимъ плодомъ и не бываютъ тяжелѣе обыкновенныхъ. Положеніе младенцевъ при этомъ болѣею частію бываетъ таково, что одинъ изъ нихъ помѣщается головою впе-

(1) Роды нижнимъ концомъ были извѣстны самымъ древнимъ писателямъ, но въ прежнее время они считались очень опасными какъ для матери, такъ и для младенца; поэтому при ягодичныхъ и ножныхъ положеніяхъ считали за правило дѣлать или поворотъ на головку, или извлеченіе за ножки. Такого мнѣнія держался Гипократъ и вся его школа. Французскіе акушеры первой половины XVIII столѣтія, напротивъ, считали положенія нижнимъ концомъ болѣе благоприятными, нежели черепныя, потому что при первыхъ они, въ случаѣ надобности, легче могли окончатъ роды искусственно (извлеченіемъ за ножки), тогда какъ при черепныхъ положеніяхъ до изобрѣтенія щипцовъ оперативное окончаніе родовъ было очень трудно. Тѣмъ не менѣе, однакоже, ягодичныя положенія, въ силу стараго ученія, не причисляли къ числу нормальныхъ, и находили нужнымъ оканчивать роды при этихъ положеніяхъ искусственно. Изъ старыхъ писателей не придерживались этого общераспространеннаго мнѣнія: *Мощионъ, Сералионъ, Поль-Порталь, Фонъ-Горнъ, Девентеръ, Гунтеръ*. Послѣ *Боделока* и *Возера* положеніе нижнимъ концомъ окончательно закрѣвлено въ разрядъ правильныхъ положеній.

редь, а другой нижнимъ концомъ. Нѣсколько рѣже случается, что первый плодъ идетъ ягодицами, а второй — головкой. Еще рѣже приходится встрѣчать у обоихъ плодовъ одно и тоже положеніе, т. е. головкой, или ягодицами, или положеніе одного плода правильное, продольное, а другого — поперечное. Впрочемъ, поперечное положеніе второго плода при двойняхъ рѣдко само собою исправляется въ продольное, послѣ рожденія перваго плода.

При двойняхъ роды перваго младенца обыкновенно продолжаются такой же срокъ, какъ и при одноплодной беременности и не бываютъ ни труднѣе, ни опаснѣе; роды же втораго младенца оканчиваются гораздо скорѣе. Если положеніе его правильно, то среднимъ счетомъ требуется не болѣе часа на весь процессъ рожденія втораго плода, такъ какъ здѣсь половые пути совершенно подготовлены.

Рожденіе втораго младенца начинается не тотчасъ послѣ выходенія перваго, а спустя полчаса, часъ и даже гораздо болѣе. Во время этой паузы роженица не чувствуетъ никакихъ болей и даже болѣею частію не знаетъ есть ли у ней второй младенецъ, или нѣтъ. Но истеченіи извѣстнаго срока, или отдыха, снова начинаются родовыя потуги. Въ маточномъ рыльцѣ образуется новый плодный пузырь и вставляется предлежащая часть втораго младенца. Такимъ образомъ послѣ выходенія перваго плода очень легко опредѣляется присутствіе втораго помощію внутренняго изслѣдованія. При паружномъ изслѣдованіи въ этомъ случаѣ дно матки оказывается гораздо выше, и самая матка объемистѣе и тверже, нежели когда въ ней остается одинъ послѣдъ.

Рожденныя дѣти при двойняхъ обыкновенно бываютъ меньше объемомъ, нежели доношенный плодъ при одноплодной беременности. Послѣдъ при двойняхъ выходитъ послѣ втораго младенца; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ изъ этого можетъ быть и исключеніе, именно, когда оба плода имѣютъ отдѣльные послѣды. Слѣдовательно выходеніе послѣда послѣ рожденія младенца не можетъ еще служить признакомъ отсутствія двойней, если на это указываютъ объемъ живота, ощупываніе и внутреннее изслѣдованіе.

Въ рѣдкихъ случаяхъ второй младенецъ остается въ маткѣ въ теченіи нѣсколькихъ часовъ и даже нѣсколькихъ дней и недѣль (*).

(*) Кусмауль въ своемъ сочиненіи (*Von dem Mangel, der Verkümmerng und Verdoppelung der Gebärmutter*, 1859 р. 299) цитируетъ нѣсколько извѣстныхъ запоздалыхъ родовъ втораго младенца. *Benivie Franquet* въ 1780 г.

Предсказаніе при родахъ двойнями менѣе благоприятно, нежели при одноплодныхъ родахъ. Вслѣдствіе большаго растяженія матки роды могутъ начаться нѣсколько ранѣе законнаго срока и дѣти рождаются слабѣе, такъ что шансы на продолженіе ихъ жизни гораздо меньше. Кромѣ того при родахъ двойнями чаще, чѣмъ при одноплодныхъ родахъ, замѣчаются неправильности въ маточныхъ сокращеніяхъ, вслѣдствіе этого замедленіе родовъ и склонность къ послѣродовымъ маточнымъ кровотеченіямъ.

Послѣ рожденія перваго плода при двойняхъ необходимо каждый разъ перевязывать пуповину съ двухъ концовъ, въ видахъ возможности кровотеченія изъ плаценты, такъ какъ заранѣе нельзя знать, одна ли плацента у обоихъ плодовъ, или у каждаго отдѣльная.

Г. Пособія при нормальныхъ родахъ.

а) Приготовленіе къ родамъ и общій уходъ за роженицей.

§ 107. *Выборъ помѣщенія для родовъ.* Родовой актъ въ жизни женщины представляетъ такой важный моментъ, что для его совершенія необходимо особое цѣлесообразное помѣщеніе. Прежде всего это помѣщеніе должно быть до извѣстной степени уединено, такъ какъ разрѣшаться отъ бремени въ присутствіи семьи, а тѣмъ болѣе постороннихъ, ненужныхъ людей, не только не позволяетъ женская стыдливость, но это даетъ большія гигиеническія неудобства. Поэтому не только женщины, но даже животныя, чувствуя моментъ приближенія родовъ, ищутъ уединенія.

родила вторую дѣвочку черезъ 5 мѣс. и 16 дней послѣ первой. *Maria Anna Vegaud* по наблюденію *Eisenmann'a* и *Leriché* въ 1748 г. родила втораго ребенка черезъ $4\frac{1}{2}$ мѣс. По наблюденію *Möebus'a* въ 1833 г. одна женщина родила втораго младенца черезъ 33 дня послѣ перваго, а въ случаѣ *Тильмана* (1856) черезъ 32 дня. Подобныхъ примѣровъ въ старой литературѣ можно найти нѣсколько. Впрочемъ, къ подобнымъ сообщеніямъ старыхъ писателей нужно относиться съ осторожностью, имѣя въ виду, что въ прежнее время любили иногда блеснуть рѣдкостью наблюденія въ ущербъ истинѣ. Я въ своей практикѣ наблюдалъ нѣсколько случаевъ, гдѣ роды втораго ребенка при двойняхъ начинались на третій или на четвертый день. Случай, гдѣ при двойняхъ одинъ плодъ рождался живымъ и доношеннымъ, а второй мертвымъ и мутифицированнымъ (умершимъ въ раннихъ мѣсяцахъ беременности), не составляютъ большой рѣдкости. Въ прежнее время такіе случаи давали поводъ предполагать вторичное обремененіе женщины во время существовавшей уже беременности (*superfoetatio*). На самомъ дѣлѣ это есть обыкновенная беременность двойнями, съ остановкой развитія втораго плода.

Въ простомъ народѣ, въ деревенскомъ быту, гдѣ условія жилыхъ помѣщеній большею частію не даютъ возможности выбрать для родовъ отдѣльную комнату, женщины обыкновенно избираютъ для этой цѣли баню, или (лѣтомъ) какую либо холодную пристройку. Само собою разумѣется, что подобный выборъ помѣщенія можно извинить одной только крайней необходимостью. Роды въ баняхъ неудобны потому, что тамъ на скользкомъ полу роженица легко можетъ поскользнуться и упасть; кромѣ того, температура на-топленной бани часто бываетъ очень высока и при томъ даетъ быстрыя, рѣзкія колебанія, что не можетъ быть полезно ни для роженицы, ни для младенца. Наконецъ, въ деревенскихъ баняхъ нельзя устроить настоящей родильной постели, почему женщины обыкновенно рожаютъ тамъ въ полустоячемъ положеніи, что представляетъ большія неудобства.

Городскія женщины всегда рожаютъ въ комнатѣ, что и нужно считать первою необходимостію. Если есть возможность дѣлать выборъ, то нужно стараться, чтобы комната для родовъ была достаточно просторна, по крайней мѣрѣ въ два окна, не была бы загромождена разною рухлядью и лишнею мебелью; имѣла бы свѣжій и чистый воздухъ, нагрѣтый до 15—16° и была бы, сколько возможно, удалена отъ посторонняго шума. Кровать для родовъ не должна стоять ни около раскаленной печи, ни близко отъ окна, и должна давать доступъ по крайней мѣрѣ съ трехъ сторонъ.

§ 108. *Положеніе роженицы* во время родовъ, особенно предъ началомъ прорѣзыванія головки, должно быть непременно лежащее, или на спинѣ, или на боку. Роды стоя, въ прямомъ положеніи, почти невозможны, такъ какъ при прорѣзываніи головки, женщина, застигнутая врасплохъ, всегда инстинктивно старается, если не лечь, то, по крайней мѣрѣ нагнуться, присѣсть, опереться на что-нибудь. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ у нашего простаго народа существуетъ обычай рожать на колѣнкахъ, или въ полустоячемъ положеніи, упираясь напр. на столъ, или лавку, и нагибаясь впередъ, при чемъ повитуха принимаетъ ребенка сзади⁽¹⁾. Такое положеніе не противорѣчитъ механизму родовъ, но оно неудобно потому, что слишкомъ утомительно для роженицы и опасно для младенца, такъ какъ послѣдній въ моментъ прорѣзыванія головки черезъ половую расщелину легко можетъ выскользнуть изъ руки и упасть на полъ. Вообще это положеніе не принято въ акушерскомъ мѣрѣ.

(1) Замѣчательно, что способъ рожать на колѣнкахъ существуетъ у многихъ народовъ, находящихся на низшей ступени цивилизаціи, и вообще это есть самый древній, патриархальный способъ.

Большую частью роды совершаются на кровати или кушеткѣ, при этомъ одни предпочитаютъ положеніе на боку, (въ Англіи и отчасти въ Германіи), а другіе—на спинѣ (въ Россіи и Франціи). При положеніи на спинѣ роженица сгибаетъ колѣна и раздвигаетъ ноги; акушеръ имѣетъ доступъ къ половымъ частямъ спереди, а при англійскомъ способѣ—сзади. Относительно выгодъ или невыгодъ этихъ двухъ положеній трудно спорить, потому что акушеры даютъ предпочтеніе тому или другому положенію скорѣе по привычкѣ, нежели по убѣжденію въ безспорныхъ преимуществахъ избираемаго положенія. Нужно заботиться только объ одномъ, чтобы во время родовъ продольная ось матки по возможности совпадала съ осью той плоскости таза, чрезъ которую проходитъ предлежащая часть. При этомъ условіи изгоняющая сила матки будетъ встрѣчать меньше прогнѣтливости со стороны стѣнокъ таза, а сверхъ того будетъ приносить пользу и собственная тяжесть младенческаго тѣла. Этимъ цѣлямъ въ началѣ родовъ, при прохожденіи головки чрезъ верхній отрѣзокъ таза, больше всего соотвѣтствуетъ полусидячее, или вообще полусогнутое впередъ положеніе. При выходѣ головки изъ таза нагибаніе туловища впередъ (съ выгибаніемъ крестца и поясничныхъ позвонковъ) должно быть еще значительнѣе, для того, чтобы ось матки и младенца ближе соотвѣтствовали оси выхода таза.

Въ началѣ родовъ, даже въ продолженіи всего періода раскрытія, роженица можетъ оставаться внѣ постели, прохаживаясь по комнатѣ, или сидя въ креслѣ. Во время схватки она стоя упирается во что-нибудь, нагибаясь нѣсколько впередъ, или сидя отклоняется на спинку кресла, упираясь руками на его ручки. Такое положеніе въ началѣ родовъ удобнѣе лежачаго уже потому, что долгое пребываніе въ постели вообще гораздо утомительнѣе, чѣмъ перемѣнное, то сидячее, то лежачее положеніе. Когда головка вступаетъ въ каналъ таза, роженицу укладываютъ въ постель, потому что въ это время ожидаютъ разрыва плоднаго пузыря, послѣ чего нужно внимательно слѣдить за движеніемъ головки и остерегаться, чтобы она не прорѣзалась неожиданно, что возможно у многорождавшихъ женщинъ. Въ постели можно выбрать съ одинаковыми удобствами и спинное, и боковое положеніе. При положеніи на боку роженица сгибаетъ бедра и колѣнки, и наклоняетъ туловище впередъ. Во многихъ случаяхъ, особенно при продолжительныхъ родахъ, полезно перемѣнять положеніе роженицы, сообразуясь съ ожидаемымъ поворотомъ головки. Кромѣ того перемѣна одного положенія, утомившаго роженицу, въ другое, напр. спиннаго въ боковое и наоборотъ, можетъ иногда содѣйствовать улучшенію потугъ.

§ 109. *Родильною кроватью* ⁽¹⁾ может служить всякая кровать, помещенная такъ, чтобы доступъ къ ней былъ по крайней мѣрѣ съ трехъ сторонъ. На кровать кладется обыкновенный волосяной матрацъ, застилаемый во всю длину клеенкой или кожей; на клеенку стелется простыня, затѣмъ по срединѣ кровати, соотвѣтственно положенію таза роженицы, стелется другая, небольшая клеенка, покрытая въ 4 раза сложенной простыней. Это дѣлается съ тою цѣлію, чтобы послѣ рожденія младенца можно было удалить вылившіяся жидкости (плодная вода, кровь и пр.), не перестилая всей кровати. Въ концѣ втораго періода родовъ полезно помѣстить тазъ роженицы такъ, чтобы половыя части ея были совершенно доступны. Для этого подъ тазовую область подкладываютъ что либо жесткое, напр. небольшой дѣтскій матрацъ, или волосяную подушку, чтобы тазъ былъ нѣсколько приподнятъ для болѣе удобнаго поддерживанія промежности и принятія ребенка. Не лишнее также приготовить къ этому времени возжи, т. е. связанные полотенца, или двѣ тесьмы изъ холста, которыхъ одинъ конецъ привязывается къ нижней части кровати, а другой дается въ руки роженицѣ для упора во время выработки потугъ.

Акушерка, приглашенная къ роженицѣ, должна имѣть при себѣ всѣ необходимыя инструменты и нѣкоторыя лѣкарства. Изъ инструментовъ необходимы: клистирная трубка, спринцовка, женскій катетеръ, ножницы и лигатуры для перевязыванія пуповины. Изъ лѣкарствъ полезно имѣть въ запасѣ: *secale cornutum* (порошковъ 12, каждый по 5 gr.), гофманскія капли, очищенное свиное сало (главнымъ образомъ для удаленія съ родившагося ребенка первородной смазки и для смазыванія половыхъ частей роженицы, съ цѣлію уменьшить ихъ раздраженіе). Наконецъ, должно быть приготовлено корыто для мытья младенца послѣ родовъ, двѣ или три губки, достаточное количество бѣлья (не менѣе 6 простынь, нѣсколько рубашекъ для роженицы и бѣлье для ребенка). Если роды начались правильно и по вычисленію скоро должны окончиться, то необходимо приготовить теплую воду. Если при родахъ присутствуетъ акушеръ, то онъ долженъ имѣть при себѣ: акушерскіе щипцы, петлю для поворота, тупой

⁽¹⁾ Въ прежнія времена акушеры старались придумывать для роженицъ особенныя стулья. Описание такого стула находится у *Сорана* и *Мошона* и у многихъ извѣстнѣйшихъ акушеровъ. Устройство такихъ искусственныхъ помѣщеній было такъ разнообразно, что *Килианъ* насчиталъ 32 вида употребившихся при родахъ акушерскихъ стульевъ, 24 кровати, 5 акушерскихъ столовъ и 8 стуло-кроватьей, предложенныхъ въ разное время разными акушерами. Въ настоящее время вся эта ненужная мебель совсѣмъ вышла изъ употребленія.

крючекъ, инструментъ для вправленія пуповины, кривыя ножницы для надрѣзовъ половой расщелины, иглы и лигатуры для сшиванія промежности, правацевскій шприць и термометръ. При отдаленной и неизвѣстной практикѣ не излишне захватить съ собою перфораторъ и краниоклясть. Изъ лѣкарствъ акушеру слѣдуетъ имѣть при себѣ: унціи двѣ хлороформа, эфиръ, растворъ эрготина и морфія для подкожныхъ впрыскиваній, нашатырный спиртъ.

Наконечники для спринцеванія и подкладное судно желательно было бы, чтобы роженица имѣла собственные, вновь купленные. Тоже самое можно сказать относительно эластическихъ катетеровъ. Это необходимо съ цѣлю наиболѣе обезопасить роженицу отъ возможности зараженія посредствомъ бывшихъ въ употребленіи инструментовъ.

§ 110. *Уходъ за роженицей.* Прибывъ къ роженицѣ, прежде всего необходимо сдѣлать акушерское изслѣдованіе, чтобы убѣдиться начались ли роды и въ какомъ положеніи находится младенецъ. При изслѣдованіи нужно держаться того правила, чтобы всѣ необходимыя данныя получить за одинъ разъ и тѣмъ избѣжать необходимости часто беспокоить пациентку и безъ надобности раздражать ея половыя части. Поэтому изслѣдованіе должно быть ведено систематически, по научнымъ правиламъ и съ полнымъ вниманіемъ. Положивъ роженицу на постель, прежде всего слѣдуетъ сдѣлать наружное изслѣдованіе (осмотръ и ощупываніе живота, выслушиваніе сердцебиенія). Опредѣливъ по этому способу живъ ли ребенокъ и гдѣ находятся его головка и спинка, приступаютъ къ внутреннему изслѣдованію. Прежде чѣмъ ввести палець въ половыя части, слѣдуетъ хорошо вымыть руки теплою водою съ мыломъ, а если можно, то и слабымъ растворомъ карболовой кислоты⁽¹⁾.

При изслѣдованіи обращается вниманіе: 1) на положеніе и состояніе маточнаго рыльца, 2) на присутствіе или отсутствіе плоднаго пузыря, 3) на подлежащую часть младенца, при чемъ

(1) Это дѣлается для того, чтобы по возможности избѣжать зараженія роженицы, половыя части которой въ высшей степени воспримчивы къ заражающимъ веществамъ. Большая часть опасныхъ послѣродовыхъ болѣзней обязаны своимъ происхожденіемъ нечистому изслѣдованію во время родовъ. Поэтому акушеръ и акушерка должны строго исполнять то правило, чтобы не являться къ роженицѣ отъ больныхъ, страдающихъ опасными вулгаральными болѣзнями, не употреблять инструментовъ, бывшихъ въ употребленіи у послѣднихъ, не участвовать во вскрытіи труповъ передъ тѣмъ временемъ, когда ожидаются роды, и вообще не соприкасаться ни съ какими гнилостными продуктами (подробнѣе объ этомъ будетъ сказано въ статьѣ о родильной горячкѣ).

опредѣляется отношеніе ея частей къ отдѣламъ таза (при черепныхъ положеніяхъ швы и роднички, при лицевыхъ лобъ, ротъ и подбородокъ, при ягодичныхъ крестецъ, сѣдалищные бугры, задній проходъ), 4) ощупываются стѣнки таза, въ особенности promontorium. У первородящихъ женщинъ, при малѣйшемъ подозрѣніи суженія таза, необходимо сдѣлать наружное и внутреннее тазоизмѣреніе.

Убѣдившись въ дѣйствительномъ наступленіи родовъ (см. § 78. стр. 113) и въ правильномъ положеніи младенца (§ 99), и сдѣлавши всѣ нужныя приготовленія къ родамъ, акушерка ставитъ роженицѣ *клизтиръ*. Это дѣлается съ тою цѣлю, чтобы наполненная каломъ прямая кишка, выдаваясь въ рукавъ, не мѣшала движенію головки и въ особенности ея повороту. Кромѣ того не поставитъ клистира предъ родами неудобно и потому, что при прохожденіи головки весь калъ въ rectum будетъ вытѣсненъ наружу.

За мочевымъ пузыремъ нужно наблюдать въ теченіи всего родового акта, особенно въ періодъ изгнанія. При этомъ нужно имѣть въ виду, что опустившаяся головка, вставляясь въ каналъ таза, обыкновенно сильно нажимаетъ на уретру, вслѣдствіе чего мочеиспусканіе во многихъ случаяхъ дѣлается невозможнымъ. Поэтому нужно стараться, чтобы прежде наступленія періода изгнанія, роженица опорожнила бы свой мочевоу пузырь. Если она не можетъ сдѣлать этого сама, то мочу нужно выпустить катетеромъ. Въ случаяхъ продолжительнаго стоянія головки въ каналѣ таза, неопорожненный заблаговременно мочевоу пузырь можетъ иногда растягиваться до такой степени, что угрожаетъ опасностію разрыва, или по крайней мѣрѣ вреднымъ вліяніемъ на силу и характеръ маточныхъ сокращеній, такъ что иногда по одному этому поводу приходится извлекать младенца искусственно.

При благополучномъ теченіи родовъ акушеру не предстоитъ никакого другаго дѣла, кромѣ наблюденія за правильностію ихъ хода. Для этаго онъ время отъ времени, напр. часа черезъ два, производитъ внутреннее изслѣдованіе съ цѣлю убѣдиться, въ какой степени раскрывается маточное рыльце, какъ наливается пузырь и въ какомъ положеніи находится предлежащая часть. Послѣ разрыва пузыря нужно еще внимательнѣе слѣдить за правильностію поворота предлежащей части. Иногда въ это время бываетъ полезно придерживать пальцемъ неизгладившійся еще край маточнаго рыльца. Это дѣлается въ томъ случаѣ, когда передній или боковой край губы маточнаго рыльца долго остается въ одномъ положеніи и, вытянутый какъ тесьма, мѣшаетъ движенію головки. Придерживая и сдвигая напряженный

край губы введеннымъ пальцемъ, во время потуги, мы можемъ иногда значительно ускорить выходненіе головки.

Иногда случаетсяъ при большомъ количествѣ околоплодныхъ водъ, что плодный пузырь очень долго не разрывается, подлежащая часть вслѣдствіе этого не опускается въ каналъ таза и сокращенія матки дѣлаются слабыми, именно вслѣдствіе растяженія маточныхъ стѣнокъ. Въ такихъ случаяхъ бываетъ очень полезно сдѣлать *искусственный разрывъ плоднаго пузыря*. Это дѣлается также при очень толстыхъ и крѣпкихъ оболочкахъ, когда онѣ не разрываются, не смотря на опусканіе головки къ выходу таза, при чемъ ребенокъ можетъ родиться въ сорочкѣ. Разрывъ пузыря нужно производить не раньше того времени, когда маточное рыльце раскрывается на три или четыре поперечныхъ пальца. Эта маленькая операція производится во время одной изъ потугъ, или просто пальцемъ, нажимая на средину напряженного пузыря, или какимъ либо острымъ тѣломъ, напр. зондомъ, головною шпилькой и пр. Достаточно сдѣлать весьма тонкій проколъ въ оболочкахъ, чтобы отверстіе это тотчасъ же значительно расширилось отъ напора околоплодной жидкости.

Послѣ излитія водъ головка большею частію быстро опускается въ каналъ таза, и родовыя сокращенія дѣлаются значительно сильнѣе. Если мы имѣемъ дѣло съ перворождающей женщиной, то прежде естественнаго или искусственнаго разрыва плодныхъ оболочекъ необходимо предупредить её объ изліяніи жидкости, чтобы по неожиданности это не испугало роженицу. Кроме того неизлишне предъ этимъ положить къ наружнымъ половымъ частямъ либо большую губку, либо сложенную простыню, чтобы околоплодныя воды не слишкомъ замочили рубашку и постельное бѣлье.

б) УПОТРЕБЛЕНІЕ ХЛОРОФОРМА ПРИ НОРМАЛЬНЫХЪ РОДАХЪ.

§ 111. Въ ряду активныхъ пособій при нормальныхъ родахъ, особенно у перворождающихъ женщинъ, далеко не послѣднее мѣсто занимаетъ примѣненіе хлороформа. По личному моему опыту, это средство до такой степени полезно, что я считаю необходимымъ рекомендовать его, преимущественно у женщинъ перворождающихъ, очень пугливыхъ и раздражительныхъ. Пользу хлороформа можно доказать статистическими цифрами продолжительности родовъ. Роды подъ хлороформомъ, по моимъ наблюденіямъ, сокращаются по крайней мѣрѣ на треть своей продолжительности, именно отъ того, что при этомъ возможность спазмодическихъ сокращеній матки бываетъ гораздо меньше. Вслѣдствіе притупленія чувствительности роженицы, устраняется самая существенная причина неправильности маточныхъ сокращеній,—вліяніе на эти сок-

ращенія слишкомъ возбужденной нервной системы. Если спазмодическія потуги успокаиваются теплою ванной, или принятыми внутрь наркотическими средствами, то, тѣмъ съ большимъ основаніемъ мы имѣемъ право ожидать этого успокоенія отъ дѣйствія хлороформа. Такъ какъ замедленіе родовъ, при отсутствіи къ тому механическихъ причинъ, почти всегда зависитъ отъ спазмодическаго, неправильнаго сокращенія матки, то понятно, почему роды подъ хлороформомъ совершаются скорѣе, нежели безъ хлороформа. Послѣ изложенія этихъ физиологическихъ основаній для употребленія хлороформа, я считаю излишнимъ говорить еще о гуманной сторонѣ его примѣненія при родахъ, хотя и это достойно полнаго вниманія. Кто разъ видѣлъ роды перворождающей женщины, присутствовалъ при этихъ истязаніяхъ природы, тотъ пойметъ, какое благодѣяніе приноситъ хлороформъ женской половинѣ челоуѣчества.

Хлороформированіе я обыкновенно начинаю въ періодъ раскрытія, именно, когда маточное рыльце откроется на два, или на три поперечныхъ пальца. Вся особенность акушерскаго хлороформированія заключается въ томъ, что роженица никогда не доводится здѣсь до полнаго наркоза. Достаточно въ началѣ схватки поднести къ носу роженицы платокъ съ хлороформомъ, сдѣлать два, три глубокихъ вдыханія, чтобы боль значительно успокоилась и роженица оставалась какъ бы въ туманѣ. Такая легкая наркотизація нисколько не уменьшаетъ силы маточныхъ сокращеній и проходитъ очень скоро, такъ что во время слѣдующей паузы роженица остается въ полномъ и ясномъ сознаніи. При началѣ слѣдующей боли снова дѣлается нѣсколько вдыханій, считывая ихъ дѣйствіе только на время схватки. Такимъ образомъ можно продолжать хлороформированіе совершенно безнаказанно въ теченіи нѣсколькихъ часовъ. Для перворождающихъ женщинъ мнѣ обыкновенно приходилось тратить хлороформа около 1—2 унцій, а для многорождавшихъ отъ $\frac{1}{2}$ —1 унціи. Само собою разумѣется, что изъ этого количества очень много хлороформа улетучивается. Въ періодъ прорѣзыванія головки чрезъ наружныя половыя части, особенно въ видахъ сохраненія промежности у перворождающихъ женщинъ, можно сдѣлать наркотизацію гораздо сильнѣе. Такъ какъ употребленіе хлороформа при нормальныхъ родахъ имѣетъ много противниковъ, особенно у насъ въ Россіи, то не лишне обратить вниманіе на тѣ возраженія, которыя обыкновенно дѣлаютъ противъ этого средства.

1) Чаше всего хлороформъ упрекаютъ въ томъ, что онъ ослабляетъ и уменьшаетъ потуги и вслѣдствіе того будто бы замедляетъ роды. Для доказательства этого производимо было въ различное время нѣсколько повѣрочныхъ наблюденій, которыя состояли въ томъ, что сравнивали продолжительность потуги до хлороформи-

рования и во время употребления хлороформа (Винкель). При этомъ дѣйствительно оказывалось, что потуги подѣ хлороформомъ продолжаются болѣе короткій срокъ, а изъ этого уже вывели заключеніе, что онѣ должны быть слабѣе и слѣдовательно должны вліять на замедленіе родовъ. Мнѣ кажется, что такое заключеніе слишкомъ поспѣшно. Дѣйствительно, подѣ хлороформомъ потуги нѣсколько сокращаются, а перемежки между ними увеличиваются, но это нисколько не указываетъ на уменьшеніе силы потугъ. Сила потуги опредѣляется не степенью продолжительности, а правильною дѣйствіемъ маточныхъ сокращеній. Поэтому спазмодическія маточныя сокращенія всегда бываютъ гораздо продолжительнѣе и болѣзненнѣе, нежели нормальныя, между тѣмъ родовой процессъ при такихъ сокращеніяхъ подвигается весьма медленно. Наблюдая родовыя боли у перворождающихъ женщинъ, легко замѣтить, что родовыя схватки весьма часто держатъ роженицу почти безъ перемежки, не давая ей ни отдыха, ни покоя, но большая половина этихъ болей совершенно бесполезны, потому что онѣ не выражаютъ дружнаго, правильно координированнаго дѣйствія мышцъ. Послѣ хлороформирования характеръ потугъ обыкновенно измѣняется: онѣ дѣлаются короче, но за то правильнѣе и слѣдовательно сильнѣе, перемежки между ними увеличиваются. Хлороформъ, слѣдовательно, убиваетъ только тѣ излишнія рефлекторныя движенія, которыя возбуждаются вслѣдствіе сильной родовой боли и являются въ видѣ продолженія родовыхъ схватокъ, какъ беспорядочныя сокращенія отдѣльныхъ мышцъ половой системы. Изъ этого видно, что опредѣлять вліяніе хлороформа на силу потугъ вычисленіемъ продолжительности родовыхъ болей нельзя. Уменьшеніе продолжительности потугъ еще не указываетъ на уменьшеніе силы ихъ. Для подобныхъ выводовъ нужно брать въ расчетъ всю продолжительность родоваго акта, т. е. сумму всѣхъ схватокъ и потугъ, потребныхъ для раскрытія маточнаго рыльца и изгнанія плода. При такомъ опредѣленіи мы увидимъ, что выгода будетъ на сторонѣ хлороформа.

2) Говорятъ, что хлороформъ опасенъ для ребенка. Это возраженіе опровергается прямыми статистическими цифрами, показывающими, что при родахъ съ хлороформомъ смертность дѣтей во время родовъ не только не больше, но напротивъ меньше, нежели при родахъ безъ хлороформа. И это вполне понятно, потому что роды съ хлороформомъ совершаются скорѣе, а слѣд. и препятствій для кровообращенія младенца при нихъ будетъ меньше. На рожденномъ младенцѣ я никогда не замѣчалъ никакихъ слѣдовъ наркотизаціи; слѣд. черезъ плаценту хлороформъ едва ли проникаетъ. Наконецъ, если бы хлороформъ вредно вліялъ на ребенка, то употребленіе его при акушерскихъ операціяхъ

точно также должно бы было имѣть противопоказаніе, чего до сихъ поръ не высказывалъ ни одинъ изъ дѣльныхъ акушеровъ.

3) Противъ хлороформа приводили также и то возраженіе, что будто бы онъ располагаетъ къ послѣродовымъ маточнымъ кроветеченіямъ. Это предположеніе основано на томъ, что хлороформъ будто бы уменьшаетъ силу маточныхъ сокращеній. Выше я показалъ, что это не справедливо, стало бытъ и приведенное возраженіе падаетъ само собою. Прибавимъ къ этому, что о такихъ послѣродовыхъ маточныхъ кроветеченіяхъ говорятъ только противники хлороформа, рѣдко его употреблявшіе, тогда какъ всѣ защитники, имѣющіе въ этомъ случаѣ гораздо большее число наблюденій, совсѣмъ не указываютъ на такія послѣдствія.

4) Мнѣніе, что хлороформъ будто-бы вредно вліяетъ на ходъ послѣродоваго періода, совершенно голословно. Пуерперальная болѣзнь могутъ происходить отъ самыхъ разнообразныхъ причинъ, но никто никогда не доказалъ, чтобы въ происхожденіи ихъ хлороформъ игралъ какую либо роль. Если мы и въ этомъ случаѣ будемъ основываться на статистическихъ данныхъ, то скорѣе придемъ къ убѣжденію въ пользѣ хлороформа, нежели къ противоположному.

5) Хлороформъ обвиняли также, какъ причину внезапной смерти роженицы, слѣд. приписывали ему прямое отравленіе или задушеніе. Это возраженіе должно относиться не только къ примѣненію хлороформа въ акушерствѣ, но и вообще къ его употребленію, такъ какъ внезапная смерть при его употребленіи можетъ, хотя и чрезвычайно рѣдко, случиться при всякой операци. Такіе, весьма рѣдкіе, несчастные случаи не заставляютъ однако же хирурговъ отказываться отъ употребленія хлороформа. Тѣмъ болѣе это не имѣетъ мѣста въ акушерствѣ, такъ какъ хлороформированіе здѣсь, при правильныхъ родахъ, весьма слабо и поэтому опасность быстрого отравленія неизмѣримо меньше.

Кромѣ хлороформа, для уменьшенія болей при родахъ, предложено было употреблять подкожныя впрыскиванія *морфія* и въ послѣднее время *хлорала*. Первое средство можетъ быть полезно, но на примѣненіе его многія раздражительныя женщины не охотно соглашаются. Относительно хлорала до сихъ поръ мы имѣемъ еще мало наблюденій. По видимому онъ не уменьшаетъ силы маточныхъ сокращеній, а можетъ быть даже усиливаетъ ихъ, и въ тоже время до извѣстной степени успокаиваетъ родовыя боли.

с) Поддерживаніе промежности.

§ 112. Въ концѣ втораго періода родовъ, когда головка подходитъ уже къ выходу таза, роженицу укладываютъ въ кровать

и, при прорѣзываніи подлежащей части, заботятся о сохраненіи промежности. Разрывы промежности неизмѣримо чаще случаются у перворождающихъ женщинъ, поэтому на нихъ и должно быть главнымъ образомъ обращено вниманіе. Лучшими средствами для предотвращенія разрыва нужно считать поддерживаніе промежности и насѣчки на большихъ губахъ.

Чтобы научнымъ образомъ опредѣлить значеніе поддерживанія промежности при родахъ, необходимо вспомнить механизмъ прорѣзыванія головки чрезъ половую расщелину. Когда головка проходитъ чрезъ выходъ таза, затылокъ начинаетъ первый показываться въ расщелинѣ губъ изъ-подъ лоннаго соединенія. Пропедши костяное кольцо тазоваго выхода, головка вступаетъ въ мягкія наружныя половыя части малымъ діагональнымъ ($3\frac{1}{2}$ — $3\frac{3}{4}$ "') и малымъ поперечнымъ (3 — $3\frac{1}{4}$ "') размѣрами. Большой діагональный (5 — $5\frac{1}{4}$ "') и прямой (4 — $4\frac{1}{2}$ "') размѣры головки, по причинѣ ея флексіи, не участвуютъ еще въ растяженіи половыхъ частей. вмѣстѣ съ этимъ головка, направляясь по проводной линіи таза, силою маточныхъ сокращеній прогоняется внизъ по крестцовой кости и помѣщается большимъ своимъ сегментомъ въ запромежностной впадинѣ. Въ это время она сильно выпячиваетъ промежность и покрывается ею, какъ колпакомъ. Послѣ того начинается разгибаніе головки (extensio), которая должна выкатиться изъ-подъ промежности вверхъ, въ половую расщелину, при чемъ она располагается продольнымъ и большимъ діагональнымъ размѣрами вдоль по расщелинѣ губъ. Въ этомъ моментѣ заключается вся опасность разрыва, потому что половая расщелина у перворождающихъ рѣдко можетъ растянуться до 5 — $5\frac{1}{2}$ "' въ длину и до 15 "' въ окружности. Здѣсь-то благоразумное поддерживаніе промежности можетъ предотвратить необходимость такого сильнаго растяженія половыхъ частей, заставивши головку прорѣзываться не большимъ діагональнымъ размѣромъ, а выино-лобнымъ и выино-подбородочнымъ, причемъ, очевидно, пространство значительно выигрывается.

Такимъ образомъ *главная задача поддерживанія промежности* должна состоять въ томъ, чтобы не дать головкѣ произвести экстенсію прежде, чѣмъ затылокъ совершенно выйдетъ изъ-подъ лоннаго соединенія. Если же при сильныхъ потугахъ головка, не поддерживаемая никакой силой, начнетъ разгибаться и выкатываться изъ-подъ промежности въ то время, когда бугоръ затылочной кости стоитъ еще подъ лонною дугою, то въ большей части случаевъ у перворождающихъ неизбѣженъ разрывъ либо на промежности, либо на большихъ губахъ, потому что головка въ этомъ случаѣ идетъ самымъ большимъ размѣромъ.

Вторая цѣль поддерживанія промежности состоитъ въ томъ, *чтобы задержать на нѣкоторое время быстрое прорѣзываніе головки*. При прохожденіи головки чрезъ наружныя половыя части, у перворождающихъ полова я расщелина растягивается; въ большей части случаевъ, весьма медленно. При первомъ появленіи затылка между половыми губами, родовая щель представляется не болѣе $2\frac{1}{2}$ —3" длины. Только постепеннымъ и многократно возобновляющимся напоромъ головки, она наконецъ раздается до соразмѣрной величины. Если же родовыя потуги будутъ слишкомъ часты, сильны и продолжительны, то головка иногда выходитъ такъ стремительно, что родовая щель, не успѣвъ достаточно растянуться, лопається въ нижней своей спайкѣ, чтобы дать соразмѣрный проходъ стремительно-продвигающейся головкѣ. При другихъ условіяхъ, именно при медленномъ прохожденіи головки, мягкія полова я части могли бы раздаться въ достаточной соразмѣрности. Это мы можемъ подтвердить не только наблюденіемъ, но и опытами. Мы брали резиновыя пластинки, продольныя полоски, вырѣзанныя изъ кожи брюшныхъ стѣнокъ, и мускулы, и растягивали ихъ на особенно приготовленномъ аппаратѣ. При этомъ мы нашли, что совершенно подобныя пластинки, взятые изъ одного и того же трупа, разрывались при гораздо меньшей тяжести и при меньшемъ растяженіи, если гири вляли на чашку вдругъ. Напротивъ тѣ же самыя ткани выносили большую тяжесть и растягивались больше, если тяжесть прибавляли постепенно и медленно. Слѣд. не можетъ быть сомнѣнія, что разрывъ промежности иногда можетъ происходить единственно отъ быстрого движенія головки. Спрашивается теперь: въ состояніи ли рука, поддерживающая промежность, сколько нибудь задержать быстрое прорѣзываніе подлежащей части. На это можно отвѣчать утвердительно. При поддерживаніи промежности нѣтъ никакой надобности давить до такой степени, чтобы совершенно остановить поступательное движеніе головки. Здѣсь мы имѣемъ въ виду только придержать головку, не дать ей слѣдовать стремительно, чтобы тѣмъ временемъ полова я части могли мало по малу растянуться въ достаточной степени.

При весьма широкой промежности и при значительномъ наклоненіи таза нерѣдко случается, что головка слишкомъ сильно вытягиваетъ запромежностную впадину. Въ этомъ случаѣ она совершенно покрывается промежностію, которая, растягиваясь на счетъ половой расщелины, образуетъ такимъ образомъ глубоко вогнутую полость, родъ мѣшка, покрывающаго головку со всѣхъ сторонъ. Въ такомъ положеніи правильное разгибаніе головки почти не возможно, потому что этому препятствуетъ передній край промежности, обтянутый около затылка. Въ такомъ случаѣ при повто-

ряющихся потугахъ, головка будетъ все болѣе и болѣе вытягивать промежность, все болѣе и болѣе углубляться въ нее до тѣхъ поръ, пока проложить себѣ искусственный путь посредствомъ центрального, или полного разрыва. Это можетъ случиться только въ томъ случаѣ, когда промежность не поддерживаютъ. Если же головка при прорѣзываніи встрѣчаетъ достаточное противодѣйствіе со стороны руки акушера, тогда послѣдняя не позволитъ промежности вытянуться до такой степени, а направить это растяженіе на половыя губы, вѣвремя будетъ содѣйствовать разгибанию головки и такимъ образомъ предотвратитъ разрывъ.

Когда половая расщелина растянута уже до значительной степени, головка начинаетъ производить экстенсію и прорѣзываться,—въ это время нижняя треть большихъ губъ и въ особенности передній край промежности бывають до такой степени натянуты и истончены, что представляются въ видѣ побѣлѣвшей, весьма напряженной перепонки, толщиной въ листъ писчей бумаги. Въ это время малѣйшій напоръ на эту часть можетъ разорвать её, какъ до нельзя натянутую перепонку. Лобъ, личико и подбородокъ младенца, вдругъ разгибаясь и проскользывая чрезъ передній край промежности, моментально увеличивають это крайнее растяженіе и очень естественно производятъ разрывъ. Если же мы на этомъ пунктѣ меньшаго противодѣйствія поставимъ крѣпкую точку опоры,—мышь руки, тогда уже не слабая пластинка промежности, а рука будетъ выдерживать силу напора разгибающейся головки. Кромѣ того, рука при поддерживаніи промежности отодвигаетъ головку кверху и такимъ образомъ предотвращаетъ излишнее растяженіе промежности. Что такое отодвиганіе возможно,—это пойметъ всякій, внимательно слѣдившій за выхожденіемъ головки; потому что въ то время, когда головка выкатывается изъ-за промежности, она большимъ своимъ діаметромъ уже прошла наружное костяное кольцо таза. Упираясь основаніемъ затылочной кости на дугу лоннаго соединенія, весь затылокъ и темя имѣють свободное пространство подниматься кверху, потому что этому уже не препятствуютъ ни лонное соединеніе, ни даже мягкія половыя части. Когда головка прорѣзывается сама по себѣ, то силою маточныхъ сокращеній она направляется впередъ и вверхъ по дугообразной линіи. Чѣмъ больше степень этого движенія впередъ, тѣмъ болѣе растяженіе наружныхъ половыхъ частей, потому что передній край промежности при этомъ удаляется отъ лоннаго соединенія. При поддерживаніи промежности мы не допускаемъ этого выдвиганія передняго ея края, заставляемъ головку разгибаться круче и такимъ образомъ выигрываемъ пространство настолько, насколько уменьшается дуга выхожденія головки.

При прорѣзываніи плечиковъ поддерживаніе промежности имѣетъ не меньшее значеніе. Въ этотъ моментъ разрывы случаются довольно часто и именно отъ того, что, по выходеніи головки, на плечики мало обращаютъ вниманія. Извѣстно, что поперечный размѣръ плечиковъ у доношеннаго младенца нерѣдко равняется 5—5½", слѣд. почти превышаетъ большой діагональный размѣръ головки. Но если мы будемъ сжимать плечики, тогда размѣръ ихъ можетъ уменьшиться до 4—4½", потому что лопатки и все плечевое сочлененіе довольно свободно подвигаются впередъ и внутрь къ средней линіи туловища. Предъ прорѣзываніемъ верхнее плечико упирается подъ лонную дугу, а нижнее становится за промежностію. При возобновившихся потугахъ, нижнее плечико подвигается впередъ и вверхъ по проводной линіи таза, подобно тому, какъ выходила головка. Но при этомъ надобно вспомнить, что плечо не имѣетъ шаровидной формы, какъ головка, а представляетъ болѣе или менѣе плоскую поверхность, непосредственно прилегающую къ промежности; потому при прорѣзываніи оно не такъ легко выкатывается, а болѣе напираетъ промежность впередъ. Прибавимъ къ этому, что по выходеніи головки, во избѣжаніе асфиксіи младенца, обыкновенно спѣшать окончаніемъ родовъ, заставляютъ подкрѣплять потуги напряженіемъ брюшныхъ мускуловъ, потому плечико прорѣзывается вдругъ и, не успѣвъ сдѣлать должнаго приспособленія къ половой расщелинѣ, разрываетъ промежность. Поддерживаніе промежности можетъ предотвратить эту опасность. Въ этомъ случаѣ рука, сильно нажимая на промежность, съ одной стороны сдавливаетъ плечики и уменьшаетъ ихъ объемъ, съ другой—содѣйствуетъ освобожденію нижняго плечика изъ-подъ промежности, направляя его кверху. Въ самый моментъ прорѣзыванія мысъ руки, приложенный на спайку губъ, имѣетъ тоже значеніе, какъ и при выходеніи головки⁽¹⁾.

(1) Стремленіе къ защищенію промежности отъ разрыва въ первый разъ мы находимъ въ сборникѣ Вольфа (1566), въ сочиненіи, приписываемомъ *Тротуль*, гдѣ упоминается о разрывахъ промежности и о способѣ предотвратить ихъ помощью поддерживанія (гл. XX, стр. 257). Впослѣдствіи времени *Делямотъ* (1683) предложилъ поддерживать промежность ладонью. Его совѣту слѣдовали: *Пюзэ* (1743), *Пленкъ*, *Смелли*, *Левре*, *Редереръ*. Послѣ того почти всѣ акушеры заботились о защищеніи промежности и предлагали для этого различные способы. Между другими способами *Михаэлисъ* (1810) предложилъ увеличивать половую расщелину разрезомъ по *garhe* на томъ основаніи, что порѣзанныя раны легче залѣчиваются, чѣмъ разрывныя. Это предложеніе не нашло послѣдователей, но идея увеличивать половую расщелину появилась въ другой формѣ. Именно, *Ритгенъ* и *Бирнбаумъ* предложили дѣлать по нѣсколько боковыхъ мелкихъ насѣчекъ на большихъ губахъ,

§ 113. *Способъ поддерживанія промежности.* Прежде мы скажемъ нѣсколько словъ о положеніи роженицы, потому что оно имѣетъ важное вліаніе на успѣхъ поддерживанія. Роженица непременно должна лежать на родильной кровати, и лучше на спинѣ, чѣмъ на боку. Тазъ ея долженъ быть помѣщенъ на жесткой кожанной подушкѣ и поднятъ на столько, чтобы къ половымъ частямъ былъ совершенно свободный доступъ. Край ягодицъ долженъ лежать на самомъ краю подушки. Ноги, согнутыя въ колѣняхъ, упираются на крѣпкую деревянную подставку (скамейку). Бедра не должны быть слишкомъ раздвинуты, такъ чтобы колѣны отстояли другъ отъ друга не болѣе какъ на 14—15". Въ этомъ положеніи одно колѣно придерживается грудью и свободной рукой акушера, а другое его помощникомъ. Тазъ роженицы долженъ лежать совершенно прямо. Въ особенности за этимъ нужно наблюдать въ моментъ прорѣзыванія головки, потому что въ эту самую болѣзненную и важную минуту рѣдкая роженица остается покойною. Какъ часто одно неожиданное и быстрое движеніе задницей, одинъ толчекъ впередъ или назадъ въ это время въ состояніи испортить все дѣло. Акушеръ всегда долженъ имѣть это въ виду и не только убѣжденіемъ, но и механическимъ удерживаніемъ долженъ заставлять роженицу быть внимательною къ ея обязанностямъ. Наконецъ, во время прорѣзыванія головки, необходимо неоднократно напоминать роженицѣ, чтобы она воздерживалась отъ сильнаго напряженія брюшныхъ мускуловъ. Въ случаѣ надобности при безпокойномъ характерѣ роженицы съ большею пользою можно предложить хлороформированіе.

Акушеръ при поддерживаніи промежности садится съ праваго бока роженицы, на край кровати, или на табуретъ. Правая рука его обвертывается въ салфетку или пеленку, такъ чтобы ею покрыта была вся ладонь за исключеніемъ мыса руки. Это дѣлается такимъ образомъ: край салфетки прежде накладывается и удерживается между мизинцемъ и безымяннымъ пальцемъ, потомъ салфетка обвивается съ тыла руки кругомъ 4-хъ пальцевъ и косвенно по ладони и наконецъ нѣсколько разъ обвертывается около ручной кости. Когда рука такимъ образомъ приготовлена, она проводится изъ подъ праваго бедра къ половымъ частямъ роженицы. Здѣсь мысъ руки прикладывается къ задней спайкѣ губъ такъ, чтобы изъ за него видна была только уздечка. При этомъ ла-

что не приносило никакой пользы. Наконецъ *Кисшигъ* началъ дѣлать по 2 глубокихъ боковыхъ надрѣза въ нижней трети большихъ губъ, и этотъ способъ пользуется вниманіемъ акушеровъ до настоящаго времени.

доль покрываетъ всю промежность, а пальцы направляются къ заднему проходу, нѣсколько лѣвѣ послѣдняго. Изъ скромности поддерживаніе иногда можно производить на ощупь подъ простыней, но при значительной опасности разрыва для большаго удобства лучше открыть половыя части. Поддерживаніе промежности начинается не раньше, какъ въ то время, когда головка или ягодицы начинаютъ выпирать её довольно значительно, въ видѣ полусферовидной опухоли и показываться въ расщелинѣ губъ. Въ это время пальцемъ другой руки нужно время отъ времени изслѣдовать: вышелъ ли весь затылокъ изъ подъ лоннаго соединенія. Пока мы замѣчаемъ, что подъ лонную дугу упирается малый родничекъ, или бугоръ затылочной кости, словомъ, когда весь затылокъ не проскользнулъ еще въ наружныя мягкія части,—мы двумя пальцами руки направляемъ головку внизъ къ крестцовой впадинѣ, т. е. замедляемъ разгибаніе головки до тѣхъ поръ, пока затылокъ совершенно выйдетъ изъ подъ лоннаго соединенія. Въ тоже время этимъ способомъ мы содѣйствуемъ изгоняющей силѣ матки болѣе сосредоточиться на затылкѣ младенца и тѣмъ выдвинуть его прежде освобожденія лба и личика. Но такъ скоро затылокъ совершенно освободится изъ подъ лонной дуги, рука, поддерживающая промежность, старается направить головку кверху, спереди лонныхъ костей, и такимъ образомъ какъ бы вылучить ее изъ промежности. При этомъ рука, поддерживающая промежность, должна нажимать сзади напередъ, а другой рукой въ тоже время можно содѣйствовать экстенсіи головки, поднимая ее слегка кверху. Въ тотъ моментъ, когда лобъ и подбородокъ выкатываются изъ подъ задней спайки губъ, мысъ руки должно держать очень крѣпко и неподвижно на самой спайкѣ, нажимая снаружи внутрь, такъ чтобы части плода скользили не по спайкѣ губъ, а по рукѣ акушера. Такимъ образомъ иногда удается спасти отъ разрыва не только промежность, но даже уздечку губъ (1).

(1) Goodell (1871) предлагаетъ поддерживать промежность *per rectum*. Для этой цѣли онъ вводитъ два пальца въ прямую кишку, а большой палецъ той же руки кладетъ на головку, чтобы по мѣрѣ надобности содѣйствовать ямъ выходу или задерживанію головки. Пальцами, находящимися въ кишкѣ, во время потуги головка отодвигается въ половую расщелину, а sphincter ani отодвигается впередъ. Hurl совѣтуетъ также этотъ способъ съ тою лишь разницей, что онъ sphincter ani отодвигаетъ не впередъ, а назадъ, оттягивая такимъ образомъ rimam vulvae ближе къ направленію выходящей головки и какъ бы переводя промежность черезъ головку.

Послѣ прорѣзыванія головки, акушеръ никогда не долженъ забывать своей обязанности помогать выходу плечиковъ. Рука его также крѣпко должна придерживать промежность изъ подъ головки младенца. Прежде всего въ этомъ отношеніи нужно нажимать рукою сзади промежности такъ, чтобы содѣйствовать сжиманію плечиковъ и подниманію ихъ кверху, въ проходъ половой расщелины. По мѣрѣ продвиганія нижняго плечика, рука слѣдуетъ по промежности за нимъ, а въ самый моментъ прорѣзыванія мыслъ руки держится крѣпко у задней спайки губъ по тѣмъ же правиламъ и для той же цѣли, какъ при прорѣзываніи головки.

d) Поперечные надрѣзы на большихъ губахъ (Episiotomia).

§ 114. Какъ предохранительный способъ отъ разрыва промежности у перворождающихъ женщинъ, эта операція заслуживаетъ полнаго вниманія. Сравнительно съ легкостью и невинностью этой небольшой операціи польза отъ нея можетъ быть довольно значительна. Она состоитъ въ томъ, что разрѣзанныя ранки при прохожденіи головки растягиваются и такимъ образомъ увеличиваютъ объемъ половой расщелины по крайней мѣрѣ на 10—15". При незначительномъ увеличеніи ранокъ пространство выигрывается еще болѣе. Такимъ образомъ значеніе этой операціи очевидно: она облегчаетъ прохожденіе головки чрезъ половую расщелину, уменьшаетъ напряженность краевъ послѣдней и такимъ образомъ можетъ предотвращать разрывъ промежности.

Показаніемъ къ эпизиотоміи, кромѣ всѣхъ неблагопріятныхъ условій въ объемѣ и положеніи головки плода и въ устройствѣ промежности, служитъ въ особенности тотъ признакъ, когда, при высшей степени растяженія промежности, края ея начинаютъ бѣлѣть. Впрочемъ, практической навѣкъ лучше всего покажетъ опасность и то время, когда нужно спѣшить съ пособіемъ.

Самая операція всего удобнѣе производится (во время родово́й паузы) прямыми или изогнутыми по краю тупоконечными ножницами. Одно звено ихъ плашмя проводится между головкою и растянутымъ краемъ половой расщелины, въ нижней трети губъ, на 4—6" глубины, въ поперечномъ направленіи. Послѣ того ножницы поворачиваются рѣзущею поверхностью къ захваченной между ними губѣ и разрѣзъ производится однимъ ударомъ. Вслѣдъ затѣмъ такой же разрѣзъ дѣлается и съ другой стороны. Послѣ родовъ ранки отъ разрѣзовъ заживаютъ очень скоро сами собой. Въ рѣдкихъ случаяхъ приходится наложить на нихъ по одному шву.

е) Принятие младенца.

§ 115. Послѣ прорѣзыванія головки, тотчасъ же слѣдуетъ ощупать шейку младенца, — нѣтъ ли на ней обернутой пуповины. Это обертываніе случается очень часто и можетъ быть причиною задушенія ребенка, или преждевременнаго отдѣленія плаценты. Обертываніе пуповины около шейки можетъ быть въ одинъ, или въ нѣсколько разъ. Если это будетъ замѣчено, то пуповину немедленно слѣдуетъ взять двумя пальцами и осторожно потянуть впередъ, при чемъ петля ея вытягивается на столько, что ее можно перекинуть черезъ головку къ промежности, или пропустить черезъ нее плечико. Въ рѣдкихъ случаяхъ этого сдѣлать не удается, напр. при короткой пуповинѣ, или многократномъ ея обвиваніи, тогда нужно пуповину перевязать въ двухъ мѣстахъ и перерѣзать ножницами. Послѣ того акушеръ долженъ наблюдать, чтобы плечики и туловище не долго оставались въ каналѣ таза. Послѣ прорѣзыванія головки всякое замедленіе родовъ можетъ быть очень опасно для младенца вслѣдствіе затрудненнаго кровообращенія и могущаго начаться неправильнаго, неполнаго дыханія. Потому считается правиломъ, чтобы послѣ рожденія головки, туловище не оставалось въ родовомъ каналѣ болѣе пяти минутъ. Для ускоренія его выхода стараются вызвать сокращенія матки, нажимая на дно ея, или дѣлая легкія кругообразныя растиранія брюшныхъ стѣнокъ ладонью руки. Если отъ этого потуги не наступаютъ, а между тѣмъ время уходитъ, тогда плечики извлекаются искусственно. Для этой цѣли акушеръ подводитъ ладонь своей правой руки подъ головку, указательнымъ пальцемъ захватываетъ за подмышку младенца, а двумя пальцами другой руки упирается на верхнее плечико. Въ такомъ положеніи плечики тянутся снизу вверхъ и кнаружи и обыкновенно извлекаются легко. Затрудненіе при извлеченіи можетъ произойти либо отъ того, что плечики не сдѣлали еще поворота, либо отъ того, что они находятся еще такъ высоко, что трудно захватить ихъ пальцемъ. Въ первомъ случаѣ поворотъ плечиковъ дѣлается искусственно, тѣми же приложенными пальцами, направляя ихъ такъ, чтобы одно плечико подошло къ промежности, а другое подъ лонное соединеніе. Чтобы знать, которое плечико подводитъ внизу, которое — кверху, слѣдуетъ руководиться положеніемъ плода и общимъ закономъ механизма родовъ. Если же положеніе плода было неизвѣстно, тогда смотреть на выпешую головку: въ которую сторону она имѣетъ наклонность повернуться. Этимъ намереніемъ, или стремленіемъ наружнаго поворота слѣдуетъ руководиться, чтобы усилить его и повернуть плечики въ соотвѣтственную сторону. Если плечики стоятъ слишкомъ высоко, такъ что

указательнымъ пальцемъ дойти до нихъ трудно, тогда можно взять за головку, обхвативъ ее ладонями кругомъ затылка, а пальцами подъ нижнюю челюсть, и дѣлать влеченіе сверху внизъ до тѣхъ поръ, пока плечики не приблизятся къ выходу таза. Послѣ того ихъ захватываютъ и извлекаютъ вышеописаннымъ способомъ. При влеченіи за головку не нужно употреблять большаго насилія, чтобы не сдѣлать растяженія шейныхъ позвонковъ.

Рожденный младенецъ кладется поперегъ кровати, между согнутыми колѣнями роженицы, на спинку, или на бокъ, съ личикомъ, обращеннымъ къ половымъ частямъ матери, въ такомъ разстояніи отъ нихъ, какъ позволяетъ пуповина. Эта послѣдняя не должна быть натянута. Такъ какъ послѣ выхожденія младенца изъ рукава выливается довольно значительное количество жидкости (остатки плодныхъ водъ, кровь), могущей попасть въ ротъ младенца, то головка его должна быть приподнята на свернутую пеленку. Въ такомъ положеніи выжидаютъ нѣсколько минутъ, пока отъ начавшагося дыханія и крика кожа ребенка не получитъ красный цвѣтъ и пока не уменьшится бѣненіе артерій пуповины. Послѣ этого приступаютъ къ отдѣленію младенца отъ матери. Для этого пуповина перевязывается тонкою тесемкой, или крѣпкой шелковой лигатурой на разстояніи 2—3 поперечныхъ пальцевъ отъ пупка; затѣмъ она берется между пальцами и перерѣзывается впереди лигатуры ножницами. При этомъ нужно имѣть осторожность не поранить конечностей ребенка, могущихъ при движеніи попасть подъ ножницы. При подозрѣніи двойней слѣдуетъ перевязать и другой конецъ пуповины, идущій къ плацентѣ⁽¹⁾. Отдѣливъ младенца отъ матери, завертываютъ его въ пеленку и относятъ въ сторону, сосредоточивъ все вниманіе на роженицѣ.

f) Освобожденіе послѣда.

§ 116. Въ третьемъ родовомъ періодѣ первая забота акушера должна состоять въ наблюденіи за правильнымъ отдѣленіемъ послѣда. Въ это время для роженицы иногда можетъ встрѣтиться большая опасность вслѣдствіе сильныхъ *послеродовыхъ кровотеченій*. Это обстоятельство нужно всегда помнить и пото-

(¹) Обычай перевязывать пуповину въ двухъ концахъ существуетъ очень давно. Это совѣтовалъ еще *Соранъ* изъ опасенія, что изъ неперевязаннаго конца родильница можетъ истечь кровью. Всѣ послѣдующіе акушеры совѣтовали поступать также, хотя и по другимъ причинамъ. У нѣкоторыхъ не цивилизованныхъ народовъ существуетъ обычай *перерезать пуповину*, или перетягивать ее тупыми орудіями.

му ни на минуту не оставлять роженицу без присмотра. В акушерской практикѣ нерѣдко бывали примѣры, гдѣ окружающія роженицу лица, обрадованныя благополучнымъ рожденіемъ ребенка, предавались преждевременному успокоенію, думая, что опасность совершенно миновала, занимались ребенкомъ, а между тѣмъ мать въ той же комнатѣ истекала кровью. Такая быстрая, незамѣтно подкрадывающаяся смерть можетъ наступить тѣмъ легче, что послѣродовыя кроветеченія не сопровождаются рѣзкими субъективными припадками. Роженица можетъ принять изливающуюся кровь за физиологическое явленіе, такъ какъ послѣ родовъ изъ половыхъ частей и безъ того идетъ много жидкости. Затѣмъ отъ потери крови является сонливость, обморокъ, и роженица можетъ умереть, совершенно не предчувствуя того, незамѣтно для близкихъ окружающихъ. Источникъ такого кроветеченія заключается въ большомъ количествѣ крупныхъ сосудовъ матки, открывавшихся въ плацентарные синусы и по отдѣленіи плаценты остающихся совершенно открытыми.

Если бы даже и не случилось большаго маточнаго кроветеченія, то всетаки въ этомъ періодѣ родовъ нужно быть очень внимательнымъ къ послѣду, такъ какъ можетъ встрѣтиться задержаніе его, требующее большой акушерской операціи. Послѣдъ обыкновенно выходитъ самъ собою чрезъ 15—20 минутъ послѣ рожденія младенца. До этого времени роженица остается спокойно, не чувствуя въ животѣ никакихъ болей. Потомъ снова начинаются стягиванія матки (схватки), хотя и далеко не такъ сильныя, какъ при рожденіи младенца. Въ это время изъ матки показывается струйка крови;—это указываетъ, что плацента отстала отъ маточныхъ стѣнокъ и готовится къ выходу. Большею частію она выгоняется въ рукавъ силою маточныхъ сокращеній, при одной или двухъ схваткахъ. Иногда часть плаценты опускается въ рукавъ, а другая часть остается въ маточномъ рыльцѣ, или въ нижнемъ отрѣзкѣ матки, и можетъ быть задержана здѣсь продолжительное время, такъ какъ растянутыя стѣнки шейки и рукава въ первое время послѣ родовъ мало способны на сильное сокращеніе. Поэтому, чтобы избѣжать неблагоприятныхъ послѣдствій продолжительнаго задержанія послѣда, принято за правило *удалять изъ рукава послѣдъ искусственно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда онъ не выходитъ самъ чрезъ 20—30 мин.* (1).

(1) Нужно строго различать удаленіе послѣда изъ рукава и извлеченіе его изъ матки. Первое составляетъ обыденную операцію, производимую только двумя пальцами, безъ всякаго насилія и безъ малѣйшей опасности для роженицы; тогда какъ вторая составляетъ операцію очень серьезную, нерѣдко сопровождающуюся неблагоприятными послѣдствіями, и производится полною рукою, введенною въ полость матки.

Задержание послѣда чаще всего происходитъ вслѣдствіе спазмодическаго ущемленія его въ маткѣ, а это послѣднее вслѣдствіе неумѣстныхъ и неумѣлыхъ растираній матки тотчасъ послѣ рожденія ребенка. Поэтому нужно поставить общимъ правиломъ не трогать живота роженицы безъ крайней надобности и не вызывать искусственно маточныхъ сокращеній съ цѣлю ускорить выходъ послѣда. Лучше всего въ это время дать роженицѣ покой, оставивъ ее лежать *на спинѣ*, наблюдая, чтобы матка не перегнулась на ту или другую сторону. Чтобы отчасти фиксировать ея положеніе, полезно на животъ положить что либо тяжелое, напр. сложенную простыню, или пустую грѣлку, или большую книгу, завернутую въ теплую пеленку. Вмѣстѣ съ тѣмъ необходимо наблюдать за положеніемъ дна матки. Въ случаѣ, если бы оно стало подниматься значительно выше области пупка, тогда слѣдуетъ слегка растирать дно рукой до тѣхъ поръ, пока матка не начнетъ сокращаться. Эти растиранія не нужно производить по всему животу, а тѣмъ болѣе въ нижней его части, чтобы избѣжать болѣе сильнаго (спазмодическаго) сокращенія круговыхъ мышцъ матки въ области внутренняго маточнаго рыльца, чаще всего дающихъ спазмодическое ущемленіе послѣда. По той же причинѣ я считаю вреднымъ въ третьемъ періодѣ родовъ давать роженицѣ спорынью. Въ случаѣ открывшагося сильнаго кровотеченія, слѣдуетъ прежде всего удалить послѣдъ тѣмъ или другимъ ручнымъ приемомъ, а потомъ уже возбуждать болѣе энергическія маточныя сокращенія.

Удаленіе послѣда изъ полости рукава или маточной шейки производится либо внутреннимъ, либо наружнымъ приемомъ. Внутренній приемъ, болѣе простой и вѣрный, состоитъ въ слѣдующемъ: конецъ пуповины обвертывается около двухъ пальцевъ лѣвой руки, указательный и средній пальцы правой руки проводятся по пуповинѣ до ея корня, т. е. до плаценты; потомъ, потягивая за пуповину лѣвой рукой, правой стараются нажимать плаценту выше мѣста прикрѣпленія пуповины, такимъ образомъ, чтобы низвести послѣдъ въ крестцовую впадину, откуда его легко извлечь наружу. При этомъ маневрѣ нужно *стараться оборвать пуповины*. Для этого не слѣдуетъ тянуть за нее, а нажимать введенными въ рукавъ пальцами на самую плаценту, а не на корень пуповины. Обрываніе легко можетъ случиться при очень тонкой пуповинѣ, при вѣтвистой формѣ ея прикрѣпленія (*insertio velamentosa*), при мертвомъ, или мацерированномъ плодѣ и при высокомъ положеніи плаценты. Если пуповина обрывается у мѣста своего прикрѣпленія, то она извлекается наружу вмѣстѣ съ оболочками плоднаго пузыря, наполненными сгустками крови, что можетъ симулировать выходъ самой плаценты, тогда какъ

эта послѣдняя, обнаженная отъ оболочекъ, остается въ маткѣ. Если бы даже обрываніе произошло и на другомъ мѣстѣ, то все-таки это считается неблагопріятнымъ обстоятельствомъ въ томъ отношеніи, что безъ руководства пуповины ручное извлеченіе плаценты дѣлается болѣе затруднительнымъ.

При извлеченіи плаценты наружу нужно быть осторожнымъ въ томъ отношеніи, чтобы не оборвать оболочекъ, такъ какъ эти послѣднія обыкновенно тянутся сзади плаценты и, задерживаясь отчасти сокращеніями матки, отчасти прилипаніемъ къ стѣнкамъ матки и рукава, легко могутъ оборваться и остаться въ маткѣ. Чтобы избѣжать этого, необходимо при извлеченіи плаценты изъ наружныхъ половыхъ частей повернуть ее разъ или два около продольной оси съ тою цѣлю, чтобы слѣдующія за нею оболочки при этомъ свернулись въ жгутъ. Послѣ того оболочки слегка потягиваются и осторожно освобождаются изъ маточнаго рыльца двумя пальцами, введенными въ рукавъ.

Задержаніе въ маткѣ плодныхъ оболочекъ можетъ имѣть вредныя послѣдствія въ томъ отношеніи, что онѣ, разлагаясь, производятъ вонючія послѣродовыя очищенія, даютъ поводъ къ воспаленію внутренней поверхности матки, къ зараженію крови и къ послѣродовымъ кровотеченіямъ. Поэтому, чтобы быть убѣжденнымъ въ полномъ удаленіи послѣда, необходимо каждый разъ послѣ его извлеченія внимательно осмотрѣть какъ плаценту, такъ и плодный пузырь. Для этого послѣдъ кладется въ умывальную чашку, или на тарелку, пузырь расправляется, начиная съ мѣста его разрыва, чтобы убѣдиться, цѣлъ ли онъ во всѣхъ остальныхъ мѣстахъ; затѣмъ оболочки заворачиваются и наружная поверхность плаценты осматривается на ладони, чтобы видѣть всѣ ли дольки ея на своемъ мѣстѣ и нѣтъ ли гдѣ недостатка ткани⁽¹⁾.

Наружный приемъ для удаленія послѣда предложенъ былъ проф. *Креде*, поэтому онъ и извѣстенъ подъ его именемъ. Этотъ

(1) Оставленіе въ полости матки куска плаценты можетъ вызвать весьма опасныя послѣдствія. Мнѣ неоднократно приходилось наблюдать, вслѣдствіе этого, смерть родильницы отъ истеченія кровью; еще чаще больныя умираютъ отъ септического эндометрита. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, впрочемъ, кусокъ плаценты выдѣляется изъ матки, черезъ нѣсколько дней или недѣль, самъ собой, вслѣдствіе послѣродовой инволюціи матки, или силою ея мышечныхъ сокращеній. Эти случаи, однакоже, нисколько не умаляютъ опаснаго значенія задержанія послѣда. Потому на этотъ вопросъ при каждомъ родовъ слѣдуетъ обращать самое строгое вниманіе. Въ случаѣ оказавшагося недостающаго куска плаценты, необходимо его тотчасъ же удалить изъ матки введенною въ ея полость рукой. Тотчасъ послѣ родовъ эта операція не трудна и не опасна, но по истеченіи нѣсколькихъ часовъ, а тѣмъ болѣе дней, она можетъ сдѣлаться почти невыполнимою, вслѣдствіе начавшейся инволюціи матки.

способъ состоитъ въ слѣдующемъ: послѣ отнятія младенца, акушеръ кладетъ свою руку на матку для того, чтобы убѣдиться, въ какомъ она находится состояніи. Какъ только матка начинаетъ распускаться, что узнается по увеличенію ея объема и по большой мягкости стѣнокъ, начинаютъ производить около *дна ея* кругообразныя растиранія стѣнокъ живота до тѣхъ поръ, пока матка снова крѣпко сократится. Какъ скоро это послѣдуетъ и матка болѣе не распускается, тогда начинаютъ растирать такими же кругообразными движеніями не только дно, но и тѣло матки, чтобы вызвать, на сколько возможно, сильное сокращеніе всего органа. Послѣ того захватываютъ сократившуюся матку полной рукой, такъ, чтобы мысь руки приходилась около дна ея, а пальцы по сторонамъ тѣла, и начинаютъ довольно сильно сжимать матку сверху внизъ до тѣхъ поръ, пока плацента не будетъ выжата наружу, или по крайней мѣрѣ къ выходу рукава. Если плацента показалась въ половой расщелинѣ, ее захватываютъ рукой, дѣлаютъ нѣсколько вышеописанныхъ круговыхъ поворотовъ, и потихоньку извлекаютъ наружу.

Этотъ способъ при нѣкоторомъ навыкѣ можно считать очень удобнымъ, такъ какъ при немъ нѣтъ необходимости вводить пальцы въ рукавъ и нѣтъ опасности оборвать пуповину. Но съ другой стороны онъ представляетъ и нѣкоторыя невыгоды. У женщинъ чувствительныхъ растиранія живота и сжиманіе матки иногда оказывается на столько болѣзненнымъ, что роженица не позволяетъ производить этого приема. Иногда описаннымъ способомъ удается низвести послѣдъ только въ рукавъ, откуда его все-таки приходится извлекать внутреннимъ ручнымъ способомъ. Наконецъ, можетъ случиться, что растиранія матки вызовутъ неправильное сокращеніе этого органа, при чемъ плацента скорѣе ущемляется, чѣмъ выталкивается наружу. По этимъ причинамъ я предпочитаю извлекать послѣдъ внутреннимъ ручнымъ приемомъ, а къ способу *Креде* прибѣгаю только тогда, когда плацента лежитъ слишкомъ высоко, такъ что до корня пуповины нельзя достать пальцами.

Г) Нѣкоторыя особенности ухода за роженицей при различныхъ положеніяхъ плода.

§ 118. Въ тѣхъ черенныхъ положеніяхъ, при которыхъ *лобъ младенца бываетъ обращенъ* впередъ, вниманіе акушера должно быть сосредоточено на внутреннемъ поворотѣ головки. Такъ какъ этотъ поворотъ легче совершается въ то время, когда головка не вколотилась еще въ каналъ таза, то, при подобныхъ положеніяхъ слѣдуетъ беречь плодный пузырь и удерживать ро-

женицу отъ выработыванія потугъ до тѣхъ поръ, пока не убѣдимся въ томъ, что затылокъ начинаетъ поворачиваться къ лонному соединенію. Съ цѣлю облегченія поворота въ этихъ случаяхъ можетъ быть выгодно *положить роженицу на тотъ бокъ, куда долженъ отходить лобъ*. Если лобъ во все время родовъ остается вблизи лоннаго соединенія и въ этомъ положеніи будетъ прорѣзываться чрезъ половую расщелину, *то нужно удвоить старанія относительно промежности*, такъ какъ разрывъ ея при такомъ прорѣзываніи происходитъ весьма легко.

При лицевыхъ положеніяхъ внутреннее изслѣдованіе нужно дѣлать по возможности осторожнѣе, чтобы не разорвать прежде времени плоднаго пузыря и не повредить нѣжныхъ частей лица, напр. глазъ, губъ, полости рта и пр. При внутреннемъ поворотѣ нужно слѣдить и заботиться о томъ, чтобы лобъ ушелъ изъ подъ лоннаго соединенія въ задній отдѣлъ таза. До совершенія поворота нужно стараться не увеличивать потуги и положить роженицу на тотъ бокъ, куда долженъ направиться лобъ. При прорѣзываніи личика нужно помнить о большой опасности для промежности. Послѣ рожденія младенца не нужно его тотчасъ же показывать матери, чтобы не утратить ея обезображеннымъ дѣтскимъ лицомъ.

При ягодичныхъ положеніяхъ необходимо заботиться о томъ, чтобы плодный пузырь былъ сохраненъ по возможности дольше, такъ какъ при немъ легче совершается раскрытіе рыльца, удобнѣе готовится проходъ для послѣдующей головки и не предстоить опасности для выпаденія, прижатія и охлажденія пуповины. Наибольшія затрудненія при ягодичныхъ положеніяхъ могутъ встрѣтиться во время выходенія головки. Эта послѣдняя проходитъ легче и правильнѣе въ томъ случаѣ, когда во время родовъ сохраняется правильное членорасположеніе. Поэтому нужно считать за правило, чтобы при ягодичныхъ положеніяхъ, по возможности, предоставлять выходеніе туловища самой натурѣ, не производя никакихъ потягиваній, ни освобожденія ножекъ, ни низведенія головки. При искусственномъ извлеченіи туловища, головка гораздо легче можетъ сдѣлать ложный, неправильный поворотъ, или остаться въ разогнутомъ состояніи, равно какъ и ручки легче могутъ закинуться за головку, что можетъ значительно затруднить роды и стоить ребенку жизни. Поэтому извлеченіе за ягодицы позволительно дѣлать только тогда, когда есть прямая необходимость къ ускоренію родовъ. При прорѣзываніи ягодицъ точно также нужно заботиться о поддерживаніи промежности и продолжать это до тѣхъ поръ, пока не прорѣжется головка, на которую нужно обратить особенное вниманіе. Послѣ выходенія ягодицъ, когда расправляются ножки, ихъ нужно за-

хватить лѣвою рукой и держать въ приподнятомъ состояніи, слѣдя за тѣмъ направленіемъ, какое онѣ принимаютъ въ силу движеній выходящаго туловища. Когда туловище выходитъ до половины, его обертываютъ въ теплую пеленку, вмѣстѣ съ ножками. Тоже дѣлаютъ и съ остальными частями туловища (грудь и ручки) и съ пуповиною, по мѣрѣ ихъ выходенія. Когда начинаютъ прорѣзываться плечики, нужно, на сколько возможно, усилить потуги, чтобы послѣдующая головка не встрѣтила задержки. Для этой цѣли полезно дѣлать кругообразныя растиранія дна матки. Выходящая головка прямо подхватывается той рукой, которая держала промежность.

При родахъ ягодицами нужно обращать вниманіе на пупочный канатикъ. По мѣрѣ выходенія туловища, надобно заботиться, чтобы онъ не былъ слишкомъ натянутъ около пупочнаго кольца. Замѣчая здѣсь напряженіе, слѣдуетъ немного потянуть пуповину внизъ, чтобы образовать свободную петлю и затѣмъ защитить пуповину отъ охлажденія и прижатія. Въ случаѣ обертыванія пуповины около бедеръ, или между бедрами, слѣдуетъ ее освободить раньше, чѣмъ петля будетъ сильно натянута.

Отдѣль третій.

ПОСЛЪРОДОВОЙ ПЕРІОДЪ.

А. О перемѣнахъ въ организмѣ роженицы.

§ 119. Послѣ изгнанія младенца и послѣда беременность и процессъ родовъ кончаются совершенно и роженица съ этого времени называется *родильницею* (puerpera), а состояніе, въ которомъ она находится, называется *послѣродовымъ состояніемъ* (puerperium). Оно продолжается съ окончанія родовъ до тѣхъ поръ, пока организмъ женщины, измѣненный вслѣдствіе беременности и родовъ, не придетъ въ прежнее состояніе, въ которомъ онъ былъ до наступленія зачатія. Это происходитъ въ теченіи 6—8 недѣль.

Физиологическая сущность послѣродоваго періода заключается въ устраненіи того временнаго состоянія, въ которомъ находился организмъ беременной женщины, слѣдовательно въ процессахъ обратнаго развитія (involutio), обратнаго видоизмѣненія всѣхъ органовъ и частей тѣла, которые принимали участіе въ прогрессивныхъ измѣненіяхъ при беременности.

а) Обратныя послѣродовыя измѣненія въ половыхъ частяхъ.

§ 120. 1) *Измѣненія въ маткѣ.* Процессъ обратнаго развитія главнымъ образомъ сосредоточивается въ половыхъ органахъ (за исключеніемъ груди) и преимущественно въ маткѣ, такъ какъ эта послѣдняя во время беременности больше всего отступаетъ отъ своего небеременнаго типа. Тотчасъ послѣ родовъ опорожненная матка сокращается повсемѣстно и на столько сильно, что дно и тѣло ея прощупываются, въ видѣ плотной, шаровидной опухоли, наравнѣ съ пупкомъ, или даже пальца на два ниже пупка. При этомъ сокращеніи полость матки почти уничтожается, такъ что передняя и задняя стѣнки соприкасаются другъ

съ другомъ. Въ меньшей степени сокращеніе замѣчается на маточной шейкѣ, такъ какъ стѣнки этой послѣдней не имѣли такого сильнаго развитія мышцъ, и при томъ во время прохожденія головки онѣ были сильно растянуты. Отъ того маточная шейка тотчасъ послѣ родовъ не стягивается въ плотный комокъ, какъ дно и тѣло матки, а только спадается, и потому представляетъ родъ стянутого кисета. Черезъ нѣсколько часовъ матка снова немного распускается, такъ что дно ея опять поднимается пальца на два выше пупка. Это зависитъ съ одной стороны отъ расслабленія мышцъ, съ другой отъ крови, въ большей или меньшей степени скопляющейся въ полости матки. Съ 2—3-го дня матка опять начинаетъ уменьшаться въ извѣстной послѣдовательности, такъ что къ 14—16-му дню дно ея или совсѣмъ не прощупывается черезъ переднюю брюшную стѣнку, или едва переходитъ за линію входа въ малый тазъ. Къ концу 5—6-й недѣли матка должна принять почти ту же самую величину, какъ была до беременности. Это постоянное уменьшеніе матки зависитъ не столько отъ стягиванія (сокращенія), сколько отъ разрушенія и всасыванія ея гипертрофированныхъ элементовъ.

Мы уже знаемъ, что объемъ матки во время беременности увеличивается слишкомъ въ 20 разъ. Даже послѣ опорожненія и сокращенія она остается на столько массивной, что дномъ своимъ доходитъ до пупка. Вся эта масса беременной матки должна не только всосаться и исчезнуть, но и быть замѣнена новой тканью, какая свойственна маткѣ небеременной. Такимъ образомъ, слѣдовательно, процессъ обратнаго развитія пуерперальной матки состоитъ не только во всасываніи, уничтоженіи старой ткани, но и въ одновременномъ выростаніи новой.

Уничтоженіе беременной матки совершается путемъ *жирового перерожденія*. Оно начинается не тотчасъ послѣ родовъ, а обыкновенно на 2—3-й день. Изслѣдуя въ это время мышцы матки подъ микроскопомъ, мы замѣтимъ, что всѣ гипертрофированныя мышечныя волокна бываютъ усѣяны жировыми капелями, отъ образованія которыхъ мышечное волокно разрушается и потомъ всасывается. Жировое перерожденіе распространяется на всю матку, вслѣдствіе чего органъ измѣняетъ свой видъ и объемъ, плотность и цвѣтъ. Въ разрѣзѣ маточныхъ стѣнокъ представляются блѣдно или сѣро-желтоватыми, какъ-бы салными, ломкими, на скальпелѣ остаются при этомъ капельки жира. Такія измѣненія въ маточныхъ стѣнкахъ будутъ тѣмъ болѣе выражены, чѣмъ полнѣе развилось жировое перерожденіе и чѣмъ медленнѣе вырастаютъ новые замѣняющіе элементы. Такъ какъ этотъ процессъ видоизмѣненія ткани весьма дѣятельный и сложный, то въ немъ нерѣдко бываютъ отклоненія, при чемъ либо самое жировое

перерождение, либо всасывание перерожденных элементов совершается медленно, либо медленно происходит выростание новой ткани. Во всех таких случаях матка послѣ родов долго сохраняет увеличенный объемъ.

Причина жироваго перерождения по всей вѣроятности заключается въ томъ, что послѣ родовъ, вслѣдствіе сильнаго сжатія матки, сосуды ея уменьшаются въ просвѣтъ, многіе изъ нихъ даже совершенно закупориваются, отчего притокъ крови къ маточнымъ стѣнкамъ, слѣдовательно и питаніе органа значительно уменьшаются.

§ 121. 2) *Измѣненіе сосудовъ матки* въ послѣродовомъ періодѣ яснѣе всего выражается на томъ участкѣ, гдѣ находилась плацента. Послѣ отпаденія плаценты на этомъ мѣстѣ маточной стѣнки замѣчается до 20—30 отверстій, величиною съ гусиное перо и даже больше. Эти отверстія при разслабленныхъ маточныхъ стѣнкахъ представляются зіяющими, такъ что изъ нихъ могло бы быть страшное маточное кровотеченіе, если бы они тотчасъ же не закрывались сокращеніями мышцъ матки, окружающихъ помянутые сосуды. Эти мышцы, играющія роль сфинктеровъ, крѣпко защемяютъ концы зіяющихъ сосудовъ. Отъ этого выше мѣста защемянія образуются кровяныя пробки, распространяющіяся на значительное пространство въ ткань матки, вдоль по сосудамъ и синусамъ. Такимъ образомъ просвѣты надплацентарныхъ сосудовъ, закупоренные кровяными пробками, при дальнѣйшихъ измѣненіяхъ этихъ послѣднихъ, чрезъ нѣсколько времени (12—15 дней) совершенно запусѣваютъ и превращаются въ сухожильные шнуры. Сосудистыя пробки сначала не выдаются надъ уровнемъ внутренней поверхности матки; но если изслѣдовать матку на 4—6 день послѣ родовъ, то на внутренней ея поверхности можно замѣтить одно ограниченное мѣсто, величиною въ ладонь, покрытое темными, выдающимися въ видѣ тупыхъ извилистыхъ корней, неровностями. Это и есть сосудистыя пробки, которыя по мѣрѣ уменьшенія толщины маточныхъ стѣнокъ выпячиваются въ полость матки. Со временемъ выдающіеся концы пробокъ мало по малу расплываются и выдѣляются вмѣстѣ съ послѣродовыми очищеніями. Образование пробокъ въ маточныхъ сосудахъ не рѣдко служитъ причиною переноса кровяныхъ свертковъ потокомъ крови на болѣе отдаленныя мѣста, влекущаго за собой цѣлый рядъ болѣзненныхъ явленій, свойственныхъ тромбозу и піеміи.

Несмотря на сокращеніе матки и на закрытіе зіяющихъ сосудовъ, въ полости матки тотчасъ послѣ родовъ обыкновенно остается небольшое количество крови, которая, образуя здѣсь сгустокъ, служитъ нѣкоторымъ подспорьемъ для закрытія пла-

центарныхъ сосудовъ. Этотъ сгустокъ обыкновенно изгоняется черезъ нѣсколько часовъ наружу при потужныхъ, такъ называемыхъ, послѣродовыхъ боляхъ.

Измѣненіе сосудовъ матки не ограничивается мѣстомъ бывшаго прикрѣпленія плаценты. Пробки не рѣдко образуются и на другихъ мѣстахъ въ толщѣ маточныхъ стѣнокъ, что влечетъ за собою запусътніе нѣкоторыхъ сосудовъ, или уменьшеніе ихъ просвѣта. Слѣдами этого процесса остаются въ маткѣ рождавшей женщины довольно многочисленныя извилистыя шнуры, состоящія изъ плотной соединительной ткани. Вмѣстѣ съ тѣмъ и остальные сосуды, увеличенныя во время беременности, подвергаются общему регрессивному измѣненію. Стѣнки ихъ спадаются, просвѣты уменьшаются, вслѣдствіе чего уменьшается въ пuerперальномъ періодѣ общее количество притекающей къ маткѣ крови. По окончаніи послѣродоваго періода сосуды, не смотря на уменьшеніе ихъ калибра, на все время сохраняютъ извилистое, штопурообразное направленіе, какъ слѣдъ бывшей беременности и родовъ.

Такъ какъ при вышеописанныхъ измѣненіяхъ матки продукты распаденыя должны всасываться, то естественно, что *лимфатическая система* ея должна работать въ это время сильнѣе обыкновеннаго. Изслѣдуя матку черезъ нѣсколько времени послѣ родовъ, можно замѣтить подъ ея брюшиннымъ покровомъ сѣтъ переполненныхъ лимфатическихъ сосудовъ. Тоже самое замѣчается по боковымъ сторонамъ матки и въ широкихъ маточныхъ связкахъ, гдѣ проходятъ болѣе толстыя лимфатическія стволы. Усиленная дѣятельность лимфатической системы располагаетъ пuerперальную матку къ болѣе легкому всасыванію и проведенію въ кровь всѣхъ гнилостныхъ и вообще заразительныхъ веществъ, что дѣлаетъ родильницъ крайне воспримчивыми къ разнымъ тяжелымъ заболѣваніямъ. Закупорка лимфатическихъ сосудовъ съ своей стороны влечетъ за собой затрудненіе во всасываніи и удаленіи изъ организма отжившихъ продуктовъ регрессивнаго метаморфоза матки и недостаточное образованіе новой маточной ткани. Кромѣ того, это можетъ послужить причиной воспаления не только самихъ лимфатическихъ стволовъ (въ маткѣ, въ широкихъ связкахъ и даже на отдаленныхъ мѣстахъ, напр. нижнихъ конечностяхъ), но и сосѣднихъ частей, напр., брюшиннаго покрова, околоматочной клѣтчатки.

§ 122. 3) *Измѣненія на маточной шейкѣ.* Мы уже видѣли, что растянутая маточная шейка тотчасъ послѣ родовъ спадается и представляется въ видѣ складчатаго стянутого кисета. Каналь маточной шейки сохраняетъ послѣ родовъ широкую воронкообразную форму, такъ что свободно можетъ

пропустить вплоть до внутренняго рыльца два или три пальца. Плотнo сокращенное внутреннее маточное рыльце служитъ вершиною этого воронкообразнаго канала, расширяющагося кнаружи. Вслѣдствіе недостаточнаго сокращенія тонкой, растянутой ткани маточной шейки, вялые и складчатые края ея кажутся какъ бы раздѣленными на лопасти, что дало поводъ всѣмъ акушерамъ считать это слѣдствіемъ надрывовъ, будто бы происходящихъ на маточной шейкѣ во время прохожденія головки. Эти надрывы будто бы заживаютъ впослѣдствіи вторымъ натяженіемъ, оставляя послѣ себя рубцы, чѣмъ и объясняютъ происхожденіе неровностей маточной шейки у многорождавшихъ женщинъ. Такое мнѣніе я считаю несправедливымъ. Надрывы, происходящіе на маточной шейкѣ во время родовъ, обыкновенно, не распространяются глубже слизистой оболочки и не оставляютъ послѣ себя рубцовой ткани; слѣдовательно они не могутъ придавать рыльцу лепесткообразный видъ. Глубокіе же разрывы, проникающіе чрезъ всю толщю губы маточнаго рыльца, суть рѣдкія патологическія исключенія. Слѣдовательно, тѣ измѣненія влагалищной части, которыя со времени *Редерера* считаются за разрывы и рубцы, въ сущности ничто иное, какъ складки растянутой маточной шейки. При обратномъ развитіи шейки всасываніе старой ткани и образованіе новой происходитъ здѣсь именно при такой складчатой формѣ, отъ чего эта форма, играющая роль модели для новой матки, оставляетъ свои слѣды на обновившемся органѣ, въ видѣ углубленій по краямъ рыльца, носящихъ несправедливое названіе рубцовъ.

Формированіе маточной шейки послѣ родовъ начинается сравнительно довольно поздно. Въ теченіи 4—5 дней шейка все еще имѣетъ видъ неправильныхъ, вялыхъ складокъ, внутреннее маточное рыльце свободно пропускаетъ палець, но послѣ того шейка начинаетъ стягиваться въ опредѣленную соскообразную форму. Къ 10, 11-му дню она имѣетъ уже видъ тупаго цилиндрическаго соска съ опредѣленными контурами. Полное формированіе шейки совершается чрезъ 5—6 недѣль. При пуэрперальныхъ болѣзняхъ формированіе шейки замедляется.

§ 123. 4) *Слизистая оболочка матки* послѣ родовъ должна совершенно восстанавливаться, такъ какъ при беременности она измѣняется въ отпадающую оболочку и затѣмъ теряетъ сосуды, увядаетъ, отстаетъ отъ внутренней поверхности матки и выходитъ отчасти съ послѣдомъ, отчасти расплывается съ послѣродовыми очищеніями. Такимъ перемѣнамъ подвергается только слизистая оболочка полости матки, въ маточной же шейкѣ и въ рукавѣ она остается въ обыкновенномъ, но только разрыхленномъ, утолщенномъ видѣ.

Послѣ выхожденія послѣда внутренняя поверхность матки представляется покрытою рыхлымъ, клочковатымъ слоемъ желто-красноватой или бѣловатой массы, въ 2—3''' толщины. Это есть ничто иное, какъ остатокъ отпадающей оболочки. На мѣстѣ бывшаго прикрѣпленія послѣда этотъ слой значительно толще (запоздалая оболочка). Въ связи съ выдающимися тромбами сосудовъ и съ наполняющими промежутки ткани свертками крови и слизи, слой отпадающей оболочки на этомъ мѣстѣ имѣетъ видъ какъ бы посторонняго рыхлаго тѣла, легко отдѣлимаго отъ подлежащей мышечной ткани. Описанный слой тотчасъ послѣ родовъ прикрываетъ мышечную оболочку и въ нѣкоторомъ отношеніи играетъ роль струпа. Подъ нимъ, еще въ концѣ беременности, начинается формироваться новая слизистая ткань, вырастающая въ пуэрперальномъ періодѣ въ настоящую слизистую оболочку. По мѣрѣ выростанія послѣдней, слой отпадающей оболочки мало по малу расплывается, отстаетъ и вытекаетъ изъ матки вмѣстѣ съ послѣродовыми очищеніями. Къ концу второй недѣли послѣ родовъ внутренняя поверхность матки большею частію бываетъ уже покрыта сплошнымъ эпителиемъ, но полное возстановленіе слизистой оболочки совершается не ранѣе 3—4 недѣль. Позднѣ всего формируются желѣзы, по всей вѣроятности по тому же типу, какъ и при фетальномъ развитіи, т. е. путемъ вростанія поверхностнаго эпителия въ толщу слизистой оболочки.

§ 124. Возстановленіе слизистой оболочки матки сопровождается истеченіями изъ половыхъ органовъ, извѣстными подъ именемъ *послѣродовыхъ очищеній* (Lochia). Источникомъ этихъ отдѣленій служатъ: закрывающіеся плацентарные сосуды и расплывающіеся тромбы, распадающіеся остатки отпадающей оболочки, усиленное серозно-слизистое выдѣленіе изъ вновь формирующейся слизистой оболочки матки, равно какъ изъ разрыхленной слизистой оболочки маточной шейки и рукава.

Тотчасъ послѣ родовъ послѣродовыя очищенія имѣютъ видъ почти чистой крови, просачивающейся отчасти изъ плацентарныхъ сосудовъ чрезъ неокрѣвшіе еще тромбы, отчасти изъ трещинъ и надрывовъ слизистой оболочки маточной шейки. Кровь вытекаетъ либо въ жидкомъ видѣ, сначала краснаго, потомъ, отъ примѣси другихъ отдѣленій, темнаго цвѣта; либо по временамъ выходитъ въ видѣ сгустковъ большей или меньшей величины. Эти первыя очищенія, продолжающіяся 2—3 дня, по цвѣту своему носятъ названіе *красныхъ послѣродовыхъ очищеній* (Lochia rubra, послѣродовыя краски, послѣродовыя крови). Подъ микроскопомъ въ нихъ замѣчается масса цѣльныхъ и распавшихся въ молекулярныя зернышки кровяныхъ тѣлецъ, очень много жи-

рѣвшаго эпителия слизистой оболочки, и безформенныя тѣльца въ видѣ красноватыхъ или сѣрыхъ хлопьевъ отжившей отпадающей оболочки. Красныя очищенія обыкновенно идутъ въ обильномъ количествѣ и нерѣдко, застаиваясь въ половыхъ частяхъ, подвергаются гнилостному разложенію, что придаетъ очищеніямъ болѣе или менѣе острый, гнилостный, или, по крайней мѣрѣ неприятный, аммоніакальный запахъ. На 4—5 день послѣродовыя очищенія уменьшаются въ количествѣ, дѣлаются жиже, блѣднѣе, въ родѣ настоя изъ сыраго мяса. Въ это время онѣ называются *водянистыми или серозными очищеніями* (lochia serosa). Подъ микроскопомъ въ нихъ замѣчается меньше кровяныхъ шариковъ и эпителия, а напротивъ масса слизистыхъ шариковъ (абортивныя эпителиальныя ячейки изъ молодой слизистой ткани) и распада децидуальныхъ клѣтокъ, съ капельками жира. Къ 8—10 дню количество очищеній уменьшается еще болѣе. Они принимаютъ густое и болѣе слизистое свойство, бѣловатый или бѣложелтоватый цвѣтъ, на подобіе жидкаго гноя, и получаютъ названіе *бѣлыхъ послѣродовыхъ очищеній* (lochia alba). Въ нихъ существуетъ множество слизистыхъ и гнойныхъ шариковъ и эпителиальныхъ ячеекъ.

Количество послѣродовыхъ очищеній у различныхъ женщинъ бываетъ различно. Въ этомъ отношеніи можно замѣтить, что у женщинъ полнокровныхъ, обильно менструировавшихъ, многорождавшихъ, некормившихъ грудью и мало потѣющихъ послѣ родовъ, очищенія бываютъ обыкновенно обильнѣе, нежели при противоположныхъ условіяхъ. Срокъ продолжительности послѣродовыхъ очищеній равняется 4—6 недѣлямъ.

Послѣродовыя очищенія должны имѣть не только мѣстное значеніе, какъ побочный продуктъ измѣненій на внутренней поверхности матки, но и общее для цѣлаго организма. Посредствомъ этихъ отдѣленій въ большей или меньшей степени можетъ измѣняться самый составъ крови, по крайней мѣрѣ относительно количественнаго содержанія воды и бѣлка, измѣняющагося, какъ извѣстно, во время беременности. На это, между прочимъ, указываетъ и то обстоятельство, что при усиленныхъ послѣродовыхъ потахъ, количество послѣродовыхъ очищеній бываетъ меньше и наоборотъ. Быстрое прекращеніе послѣродовыхъ очищеній прежде несправедливо считали не только за признакъ, но и за причину родильныхъ болѣзней.

Послѣродовыя измѣненія матки часто служатъ источникомъ разныхъ тяжелыхъ заболѣваній родильницы. Къ этому располагаетъ съ одной стороны присутствіе въ маткѣ значительнаго количества продуктовъ инволюціи, могущихъ служить почвою для культивированія заразы, съ другой стороны легкость всасыванія

какъ самыхъ разложившихся очищеній, такъ и постороннихъ заражающихъ веществъ, въ общій потокъ кровообращенія. Поставить рѣзкую границу между здоровыми и испорченными послѣ родовыми очищеніями почти невозможно, потому что это выдѣленіе по существу своему есть продуктъ распада, разложенія. Потому онѣ всегда носятъ въ себѣ въ большей или меньшей степени вредные для организма элементы; весьма часто въ нихъ разводятся инфузоріи и бактеріи. Всасываніе испорченныхъ очищеній въ кровь весьма легко можетъ происходить черезъ ссадины и трещины, остающіяся послѣ родовъ на слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала, а также и черезъ всю внутреннюю поверхность матки, гдѣ вновь развивающаяся слизистая оболочка въ первые дни послѣ родовъ не препятствуетъ всасыванію.

§ 125. 5) *Послѣродовыя измѣненія въ рукавъ, наружныхъ половыхъ частяхъ, маточныхъ связкахъ и яичникахъ* не настолько существенны, или по крайней мѣрѣ не настолько рѣзки, какъ въ маткѣ. Послѣ родовъ рукавъ матки остается весьма расширеннымъ (свободно пропускаетъ руку) и валымъ. Складки его изглажены, стѣнки и своды висятъ въ видѣ мѣшковъ; на слизистой оболочкѣ, особенно у выхода, нерѣдко замѣчаются продольныя, рѣже косвенныя или циркулярныя трещины и ссадины. Черезъ 2—3 дня рукавъ начинаетъ уменьшаться въ объемѣ вслѣдствіе сокращенія его мышечныхъ стѣнокъ, ранѣе всего во входѣ. На разрыхленной слизистой оболочкѣ въ первую недѣлю послѣ родовъ происходитъ усиленный обмѣнъ эпителія. На слѣдующихъ недѣляхъ снова появляются складки и колюмны и рукавъ мало по малу принимаетъ прежнюю, не пuerперальную форму. Впрочемъ, у рождавшей женщины онъ никогда не доходитъ вполне до прежней величины, а остается на всю жизнь болѣе широкимъ, особенно при входѣ.

Во входѣ рукава у перворождающихъ женщинъ почти постоянно остаются послѣ родовъ небольшія поврежденія. Задняя спайка губъ (уздечка) обыкновенно оказывается разорванной. На мѣстѣ этого разрыва остаются маленькія возвышенія, въ видѣ сосочковъ, язычковъ, или бородавокъ, сидяція на широкомъ основаніи. Въ тѣхъ случаяхъ, когда происходитъ разрывъ промежности, эти сосочки указываютъ на бывшую заднюю границу половой расщелины. На наружныхъ половыхъ частяхъ нерѣдко замѣчаются ушибы и ссадины; половая расщелина остается зияющей. Всѣ эти измѣненія сглаживаются мало по малу въ продолженіи 1—2 недѣль, вслѣдствіе постепеннаго сокращенія растянутыхъ тканей и восстановленія болѣе правильнаго кровообращенія. Растянутая *промежность* сокращается еще быстрѣе, чѣмъ большія и малыя губы. Черезъ 1—2 дня промежность обыкновенно

венно уменьшается болѣе, чѣмъ вдвое сравнительно съ тѣмъ состояніемъ, въ какомъ она была тотчасъ послѣ родовъ, а чрезъ 12—14 дней принимаетъ почти такой же видъ и объемъ, какъ было до беременности. Возстановленіе прежняго вида промежности задерживается, или даже совершенно дѣлается невозможнымъ, въ тѣхъ только случаяхъ, когда при родахъ на ней образовался разрывъ. Края разорванной промежности почти всегда обрастаютъ рубцовой тканью, не срастаясь другъ съ другомъ, вслѣдствіе чего половая рощелина увеличивается въ объемъ и остается на цѣлую жизнь вялой и полуоткрытой. Для зарубцеванія краевъ разорванной промежности требуется отъ 2—4 недель. Припухлость около отверстия мочеиспускательнаго канала, нерѣдко мѣшающая мочеиспусканію въ 1-й день послѣ родовъ, опадаетъ очень скоро; точно также очень скоро приходятъ въ первоначальное состояніе объемъ и направленіе уретры, измѣненные во время беременности и родовъ вслѣдствіе растаженія.

Брюшинный покровъ матки и маточныя связки, растянутыя во время беременности, должны послѣ родовъ мало по малу сократиться, такъ чтобы впослѣдствіи соответствовать величинѣ снова уменьшившагося, покрываемаго ими, органа. Это сокращеніе происходитъ по мѣрѣ уменьшенія матки. Такъ какъ непосредственно послѣ родовъ матка уменьшается очень быстро и сильно, то связки ея и брюшина, естественно, въ это время остаются въ ослабленномъ состояніи. Отъ этого матка въ первые дни послѣ родовъ бываетъ очень подвижна, легко поднимается кверху (при наполненіи мочевого пузыря), наклоняется въ стороны (при перемѣнѣ положенія родильницы) и опускается внизъ (при вертикальномъ положеніи). Опущенію внизъ переперальной матки, кромѣ ослабленія связокъ, много содѣйствуетъ растянутое состояніе рукава, особенно свода, и значительная тяжесть самой матки.

Круглыя маточныя связки послѣ родовъ подвергаются обратному развитію, какъ и матка, такъ какъ ихъ мышцы во время беременности гипертрофируются и слѣдовательно должны замѣниться новыми. *Фаллопиевы трубы* и яичники, по мѣрѣ уменьшенія матки послѣ родовъ, измѣняютъ свое положеніе изъ вертикальнаго въ болѣе горизонтальное. Въ *кличкахъ* процессъ обратнаго развитія обнаруживается преимущественно въ *желтомъ тѣлѣ* (*corpus luteum verum, s. gravidatum*), которое, какъ извѣстно, въ продолженіи беременности увеличивается въ объемъ и ко времени родовъ достигаетъ величины 5—10 копѣечной серебряной монеты. Всасываніе и исчезаніе желтаго тѣла, съ образованіемъ рубца, происходитъ путемъ жироваго перерожденія, въ теченіи 6—8 недѣль.

§ 126. 6) *Появление мѣсячныхъ очищеній* послѣ родовъ не у всѣхъ женщинъ наступаетъ въ опредѣленный срокъ. Въ этомъ отношеніи прежде всего оказываетъ вліяніе кормленіе грудью. У женщинъ кормящихъ мѣсячныя очищенія очень часто либо совсѣмъ не являются въ теченіи всего времени кормленія, либо являются позднѣе, чѣмъ у не кормящихъ, напр. чрезъ 7—8 мѣсяцевъ послѣ родовъ. Впрочемъ, это нельзя считать постояннымъ правиломъ, такъ какъ нерѣдко случается, что, не смотря на кормленіе, регулы начинаютъ приходить чрезъ 2—3 мѣсяца послѣ родоразрѣшенія. Обыкновенно разъ появившіяся мѣсячныя повторяются чрезъ правильные промежутки времени во все послѣдующее время.

Отсутствіе мѣсячныхъ очищеній у кормящей женщины не даетъ еще права заключать о невозможности беременности; потому что созрѣваніе графовыхъ пузырьковъ и оплодотвореніе часто происходитъ у кормящихъ, ни разу не менструировавшихъ послѣ родовъ. Слѣдовательно, распространенное въ публикѣ мнѣніе, будто кормленіе грудью защищаетъ отъ новой беременности, нельзя считать справедливымъ. Въ нѣкоторыхъ только случаяхъ кормленіе грудью можетъ задержать овуляцію на нѣсколько мѣсяцевъ и такимъ образомъ уменьшить шансы къ зачатію; но такіе случаи нельзя считать общимъ правиломъ. У женщинъ не кормящихъ мѣсячныя очищенія приходятъ чрезъ 4—6 недѣль. Овуляція и способность къ зачатію у нихъ можетъ быть и еще раньше, независимо отъ мѣсячныхъ очищеній, такъ что встрѣчаются примѣры новаго зачатія спустя 3—4 недѣли послѣ родовъ. Слѣдовательно, для наступленія новой беременности нельзя еще ставить непремѣннымъ условіемъ окончаніе полного обратнаго развитія матки. Само собою разумѣется, что такое раннее повтореніе беременности встрѣчается рѣдко, потому что женскіе половые органы въ послѣродовомъ періодѣ даютъ мало охоты къ половымъ сношеніямъ, съ другой стороны такая ранняя беременность болѣею частію оканчивается выкидышемъ, такъ какъ пуэрперальная матка представляетъ плохія условія для новыхъ прогрессивныхъ измѣненій, необходимыхъ для правильной беременности.

§ 127. 7) *Измѣненія въ стѣнкахъ живота.* Тотчасъ послѣ родовъ брюшныя стѣнки спадаются, вслѣдствіе быстрого опорожненія матки, — дѣлаются вялыми, мѣшкообразными, морщинистыми; пупокъ остается растянутымъ. Сокращеніе брюшныхъ стѣнокъ происходитъ мало по малу въ теченіи 4—6 недѣль, и то не вполне. У женщинъ многорождавшихъ животъ обыкновенно уже на цѣлую жизнь теряетъ прежнюю упругость и чистый цвѣтъ, оставаясь испещреннымъ рубцовыми знаками. Чѣмъ чаще повторя-

лась беременность, чѣмъ сильнѣе при этомъ было растяженіе брюшныхъ стѣнокъ, тѣмъ больше остается на животѣ морщиноватости и обвислости. Вслѣдствіе ослабленія брюшныхъ мышцъ, животъ родильницы не оказываетъ достаточнаго сопротивленія напору кишекъ, отъ чего при всякомъ метеоризмѣ онъ сильно выпячивается впередъ и вообще дѣлается шире. Такъ какъ эти послѣдствія остаются на долгое время, то многія дамы бываютъ крайне недовольны подобной порчей своего стана и склонны обвинять въ этомъ акушеровъ или акушеровъ, будто бы плохо ухаживавшихъ за ними въ послѣродовомъ періодѣ. Такое обвиненіе, конечно, неосновательно, потому что послѣ родовъ форма живота зависитъ не отъ бинтованій и растираній, а отъ степени его бывшаго растяженія и остающейся упругости въ тканяхъ.

Окрашиваніе белой линіи обыкновенно остается долго послѣ родовъ, именно въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Въ послѣродовомъ періодѣ темно-бурая полоса нерѣдко даже дѣлается интенсивнѣе вслѣдствіе того, что брюшныя стѣнки въ это время не такъ растянуты. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, однакоже, окрашиваніе живота болшею частію мало по малу проходитъ. Тоже самое можно сказать и о темно-коричневыхъ пятнахъ на лицѣ беременных (*chloasma gravidarum*). Болшею частію они остаются долше пуерперальнаго періода, иногда въ теченіе многихъ мѣсяцевъ и лѣтъ.

Отекъ на нижнихъ конечностяхъ, зависящій исключительно отъ давленія на сосуды беременной маткой, обыкновенно проходитъ очень скоро послѣ родовъ, какъ только кровообращеніе дѣлается свободнымъ. Точно также и отъ той же причины опадаютъ растянутыя вены и варикозные узлы, если только послѣдніе не были слишкомъ сильно развиты.

б) Измѣненія въ общемъ состояніи организма.

§ 128. Такъ какъ во время беременности происходятъ измѣненія не только въ половой системѣ, но и во многихъ другихъ органахъ и во всемъ организмѣ, то естественно, въ послѣродовомъ періодѣ обратныя измѣненія не могутъ ограничиваться одними только половыми органами. Послѣродовой процессъ прямо или косвенно захватываетъ весь организмъ женщины, въ которомъ вслѣдствіе этого происходятъ болѣе или менѣе существенныя перемѣны относительно состава и распредѣленія крови, температуры, дѣятельности выдѣлительныхъ органовъ и пр.

Тотчасъ послѣ родовъ родильница чувствуетъ большую усталость, изнеможеніе, наклонность ко сну. Если роды были совершенно правильны, не оставили послѣ себя большихъ повреж-

деній, или сильной потери крови, то усталость и разбитость проходят очень скоро, послѣ перваго хорошаго и покойнаго сна. Со втораго дня послѣ родовъ, иногда даже раньше,—послѣ перваго отдыха, начинается *родильная испарина*. Она является въ видѣ повсемѣстной легкой влажности кожи, или въ видѣ обильнаго пота, повторяющагося разъ, или нѣсколько разъ въ день, особенно во время сна. Послѣродовую испарину нужно считать однимъ изъ необходимыхъ условий правильнаго теченія послѣродоваго періода, такъ какъ усиленная дѣятельность кожи и потовыхъ желѣзъ есть одно изъ лучшихъ средствъ для удаленія изъ крови не только излишняго количества воды, но и различныхъ некробіотическихъ продуктовъ, поступающихъ сюда въ обильномъ количествѣ при дѣятельномъ метаморфозѣ въ половыхъ органахъ и во всемъ организмѣ. Поэтому отсутствіе, или быстрое прекращеніе родовой испарины считается неблагоприятнымъ признакомъ, нерѣдко предвѣщающимъ то или другое заболѣваніе родильницы. Въ прежнее время отсутствіе послѣродовыхъ потовъ считали даже за прямую причину родильныхъ болѣзней.

Въ связи съ послѣродовыми потами, или, лучше сказать, въ антагонизмъ съ ними можно считать отдѣленіе мочи. При усиленной дѣятельности кожи, количество мочи у родильницъ уменьшается, а при уменьшенной испаринѣ, напротивъ, бываетъ больше, чѣмъ въ обыкновенное время. Въ первый день послѣ родовъ иногда случается затруднительное моченеспусканіе, даже полное задержаніе мочи вслѣдствіе сильнаго нажиманія проходившею головкой на моченеспускательный каналъ и послѣдовательной его припухлости. Это затрудненіе въ скоромъ времени проходитъ само собою.

Въ родильномъ періодѣ замѣчается иногда переполненіе мочеваго пузыря, не вслѣдствіе задержаннаго моченеспусканія, но отъ атоніи его стѣнокъ, при чемъ пузырь не вполне опорожняется и отъ застоевъ мочи можетъ растягиваться до большихъ размѣровъ. Это можно объяснить отсутствіемъ брюшнаго давленія послѣ опороженія матки, или перегибомъ моченеспускательнаго канала. При переполненіи пузыря матка значительно поднимается вверхъ, что при поверхностномъ изслѣдованіи можетъ дать поводъ ошибочно предполагать недостаточную инволюцію матки. Въ началѣ отдѣленія молока и вообще при нагрубаніи грудей моча родильницъ нерѣдко содержитъ *сахаръ*, являющійся вслѣдствіе всасыванія молока въ кровь.

§ 129. *Испражненія на низъ* у родильницъ почти всегда бываютъ задержаны. Поэтому ихъ обыкновенно приходится вызывать искусственно, клистиромъ или слабительнымъ. Причину за-

держанія испражнений у родильницы надобно искать съ одной стороны въ сильномъ сжиманіи прямой кишки во время родовъ и послѣдовательной ея атоніи, съ другой стороны въ усиленной дѣятельности кожи, отвлекающей массу крови и отдѣляемыхъ жидкостей отъ центральныхъ органовъ къ периферіи. Наконецъ, запоры могутъ до извѣстной степени обусловливаться неподвижнымъ положеніемъ родильницы и строгой діетой. Кромѣ наклонности къ запорамъ очень часто замѣчается у родильницъ расположеніе къ метеоризму кишекъ. Это особенно бросается въ глаза при вялости и растянутости брюшныхъ стѣнокъ, которыя слабо противо-дѣйствуютъ кишкамъ и отъ того легко раздуваются и выпячиваются впередъ.

Дѣятельность пищеварительныхъ органовъ у родильницъ бываетъ уменьшена. Это можно объяснить быстро измѣнившимся давленіемъ на брюшные органы послѣ опорожненія матки и вслѣдствіе этого наступающей, болѣе или менѣе сильной, венозной гипереміей слизистой оболочки пищеварительныхъ путей. Отъ этого въ первые два, три дня послѣ родовъ родильница имѣетъ плохой аппетитъ и большую наклонность къ катаррамъ желудка и кишечнаго канала при малѣйшей погрѣшности въ діетѣ. Поэтому считается правиломъ, чтобы въ первые 5—6 дней послѣ родовъ родильница принимала самую легкую пищу, напр. бульонъ, овсянку, уху. Подобная осторожность требуется и въ послѣдующее время, тѣмъ болѣе, что у родильницъ кормящихъ грудью аппетитъ начинаетъ значительно возрастать, между тѣмъ какъ правильное кровообращеніе въ брюшныхъ органахъ восстанавливается не такъ скоро.

Вслѣдствіе усиленныхъ отдѣленій (потъ, послѣродовыя очищенія, моча) родильница, обыкновенно, чувствуетъ значительную жажду. Потребность питья бываетъ пропорціональна количеству испарины и мочи.

§. 130. *Измѣненія въ кровообращеніи родильницы.* Тотчасъ послѣ опорожненія и сокращенія матки, значительное количество крови, удерживаемое въ теченіи беременности въ расширенныхъ сосудахъ этого органа, должно быстро устремиться въ общій потокъ кровообращенія. При такомъ перемѣщеніи, кровь въ первые минуты послѣ родовъ должна устремляться преимущественно къ тѣмъ внутреннимъ органамъ, которые во время беременности находились подъ большимъ давленіемъ и потомъ вслѣдствіе быстрога устраниенія этого давленія сдѣлались способными воспринять гораздо большее количество крови. Эти органы: легкіе, желудокъ, кишечный каналъ, печень, селезенка; въ нихъ прежде всего должна обнаружиться, болѣе или менѣе сильная, послѣродовая гиперемія. Быстрымъ перемѣщеніемъ крови можно объ-

яснить и тотъ *потрясающій ознобъ*, который является у родильницъ тотчасъ послѣ родовъ. Онъ, обыкновенно, продолжается 5—10 минутъ, безъ повышенія температуры, а потомъ самъ собою проходитъ, не оставляя за собою никакихъ послѣдствій. Черезъ нѣсколько времени послѣ перваго устремленія крови на внутренніе органы должна явиться реакція: дѣятельность сердца усиливается, пульсъ становится полнѣе и крѣпче, температура тѣла нѣсколько возвышается, является *усиленная дѣятельность кожи*, вслѣдствіе чего внутренняя гиперемія мало по-малу разрѣшается. Изъ этого понятно, почему на дѣятельность кожи у родильницъ обращается строгое вниманіе. Она служитъ, такъ сказать, антагонистомъ для внутреннихъ органовъ: чѣмъ меньше приливъ на кожу, тѣмъ больше гиперемія на внутреннихъ органахъ, слѣдовательно тѣмъ больше возможности къ заболѣванію ихъ. Уменьшеніе послѣродовой гипереміи происходитъ также вслѣдствіе обильныхъ выдѣленій изъ матки. Чѣмъ меньше было послѣродовой крови и очищеній, тѣмъ состояніе сомнительнѣе, т. е. болѣе шансовъ на какія либо неправильности въ теченіи послѣродоваго періода. Эти выдѣленія не только необходимы для уравниванія послѣродоваго давленія крови, вызваннаго быстрымъ ея поремѣщеніемъ, но и для того, чтобы устранять изъ крови массу накопившихся во время беременности и постоянно вновь поступающихъ при дѣятельномъ послѣродовомъ метаморфозѣ элементовъ, не свойственныхъ ея нормальному составу. Слѣдовательно, послѣродовыя выдѣленія исправляютъ составъ и смѣшеніе крови.

Послѣ первой реакціи (черезъ 12—24 часа) кровообращеніе родильницы становится покойнѣе и тише, *пульсъ замедляется* до 60, 50 даже до 40 въ минуту (паденіе давленія въ артеріяхъ), такъ что для человѣка, не знакомаго съ этимъ явленіемъ, такое замедленіе можетъ показаться не нормальнымъ. Оно продолжается до 4—6 дней; иногда, впрочемъ, больше, иногда меньше этого. Во всякомъ случаѣ замедленіе пульса у родильницы нужно считать благопріятнымъ явленіемъ, при немъ шансы на послѣродовое заболѣваніе гораздо меньше, нежели при ускоренномъ пульсѣ, напр. въ 80—90 ударовъ.

Дыханіе у родильницы становится болѣе свободнымъ, такъ какъ механическія причины къ его затрудненію, именно смѣщеніе діафрагмы вверхъ, болѣе не существуютъ. Вслѣдствіе этого къ легкимъ дѣлается болѣе приливъ крови и воздуха, дыханіе и кровообращеніе становится полнѣе, углекислоты и воды выдыхается больше. Этою усиленною дѣятельностію легкихъ объясняется, почему послѣ родовъ всѣ легочныя страданія (воспаленія, чахотка) развиваются гораздо быстрѣе.

При выслушиваніи *сердца* у родильницъ нерѣдко замѣчаютъ ся *систолическіе посторонніе шумы*, особенно у лицъ гидремическихкихъ, или потерявшихъ послѣ родовъ много крови. Эти шумы не указываютъ на воспаленіе внутренней оболочки сердца, если только нѣтъ другихъ, болѣе точныхъ указаній на это, и должны быть объяснены измѣнившимся кровообращеніемъ и составомъ крови. Тоже самое нужно сказать о *припуханіи селезенки*, которое въ первое время послѣ родовъ можетъ зависѣть отъ гипереміи, не указывая на какое либо лихорадочное страданіе. Эта гиперемія, впрочемъ, скоро проходитъ сама собою.

Питаніе и вѣсъ тѣла родильницы *уменьшаются*. Это зависитъ не только отъ удаленія плода и послѣда, но и отъ того, что въ половыхъ органахъ, отчасти и въ цѣломъ организмѣ, происходятъ регрессивныя измѣненія, при которыхъ разрушеніе и выдѣленіе старыхъ элементовъ значительно превосходитъ образованіе новыхъ.

§ 131. *Послѣродовая или молочная лихорадка*. Очень нерѣдко на 3 или на 4 день послѣ родовъ у родильницъ является лихорадочное состояніе, которое длится нѣсколько часовъ, или даже цѣлыя сутки, и затѣмъ, обыкновенно, разрѣшается обильнымъ потомъ. Такъ какъ лихорадка болѣею частію является на третій день, когда наполняются груди, то ее ставили въ связь съ начинающимся отдѣленіемъ молока и называли молочной лихорадкой. Такое названіе по меньшей мѣрѣ не точно, такъ какъ связь этой лихорадки съ отдѣленіемъ молока не можетъ быть доказана. Гораздо основательнѣе, мнѣ кажется, искать причину этаго явленія въ послѣродовой реакціи, или въ накопленіи въ крови отжившихъ элементовъ, остатковъ метаморфоза матки. Слѣд. это будетъ или травматическая лихорадка, какъ слѣдствіе напряженія, насилія и поврежденій, случающихся почти при всѣхъ родахъ (ушибы и надрывы маточной шейки, промежности и пр.), или она можетъ произойти вслѣдствіе скопленія въ крови большого количества некробіотическихкихъ элементовъ, если они своевременно не выбрасываются изъ организма отдѣлительными органами. Наконецъ, лихорадка можетъ происходить и отъ случайнаго, кратковременнаго заболѣванія внутреннихъ органовъ, напр. желудочно кишечнаго катарра, сильной гипереміи пищеварительныхъ путей, печени, селезенки, внутреннихъ половыхъ органовъ и пр. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, впрочемъ, лихорадку можетъ вызвать и быстрое переполненіе грудей съ сильнымъ растяженіемъ молочныхъ протоковъ; тогда она могла бы назваться молочной, если только существуетъ совпаденіе ея съ измѣненіями въ грудныхъ желѣзахъ. Во всякомъ случаѣ, такъ называемую, молочную лихорадку нельзя считать ни постоянной, непремѣнной принадлежностію послѣродоваго

періода, ни производить ее отъ одной опредѣленной причины. Если послѣродовая лихорадка продолжается больше сутокъ, особенно съ повторяющимся ознобомъ и сухой кожей, тогда она уже имѣетъ совершенно другое значеніе, о чемъ будетъ сказано въ патологическомъ отдѣлѣ. При опредѣленіи лихорадочнаго состоянія у родильницъ нужно имѣть въ виду, что нормальная температура ихъ большею частію бываетъ нѣсколько выше обыкновенной, вслѣдствіе усиленнаго органическаго метаморфоза.

§ 132. *Опредѣленіе признаковъ родильнаго состоянія* имѣетъ значеніе не столько для практическаго акушера, сколько для судебного врача, которому иногда бываетъ нужно знать, дѣйствительно ли данная женщина разрѣшилась отъ бремени и какъ давно было это разрѣшеніе? Въ первое время послѣ родовъ отвѣтить на этотъ вопросъ не трудно, такъ какъ въ это время мы имѣемъ предъ глазами рѣзкіе признаки всѣхъ послѣродовыхъ измѣненій. Но чѣмъ дольше продолжается послѣродовой періодъ, тѣмъ признаки его больше и больше сглаживаются, такъ что подъ конецъ бываетъ трудно рѣшить, дѣйствительно ли найденныя измѣненія въ половыхъ частяхъ женщины указываютъ на недавно бывшіе роды, или это послѣдствія давно бывшихъ родовъ и болѣзней. Въ первые 9—10 дней послѣродоваго періода мы опредѣляемъ его: по объему и состоянію матки и рукава, по послѣродовымъ очищеніямъ, по состоянію маточной шейки, промежности, брюшныхъ стѣнокъ и грудей. Въ болѣе поздніе періоды родильница узнается по увеличенному состоянію матки, родильнымъ очищеніямъ, по измѣненіямъ во входѣ рукава и по присутствію въ грудяхъ отдѣленія молока, по состоянію брюшныхъ стѣнокъ. Разборъ этихъ и другихъ побочныхъ признаковъ родильнаго періода, равно какъ и оцѣнка каждаго изъ нихъ по степени вѣроятности, составляетъ предметъ судебно-медицинскаго изученія, потому не входитъ въ программу нашихъ лекцій.

В) Уходъ за родильницею и новорожденнымъ младенцемъ.

§ 133. Изъ вышеизложеннаго объясненія всѣхъ измѣненій, происходящихъ въ организмѣ родильницы, можно видѣть, что въ это время необходимо посвятить ей самое строгое вниманіе и самый раціональный уходъ, такъ какъ всякая ненормальность или упущеніе могутъ не только повредить правильному теченію послѣродоваго періода, но и причинить опасность для жизни родильницы. Родильное состояніе можно считать болѣе опаснымъ, нежели самые роды, потому что большинство неправильностей во

время родовъ можно предвидѣть и устранить, тогда какъ въ послѣродовомъ періодѣ иногда отъ пустой неосторожности могутъ возникнуть тяжкія заболѣванія. Поэтому родильницы умираютъ гораздо чаще, чѣмъ роженицы.

Уходъ за родильницей начинается тотчасъ послѣ родовъ. Прежде всего нужно позаботиться о предотвращеніи *послѣродовыхъ кровотеченій*. Для этого послѣ удаленія послѣда необходимо, по крайней мѣрѣ въ теченіи часа, наблюдать за правильнымъ сокращеніемъ матки. Въ первое время послѣ родовъ дно матки должно находиться на уровнѣ пупка, или немного выше; стѣнки ея должны быть крѣпко сокращены, контуры рѣзко очерчены. При расслабленіи матки дно ея поднимается къверху, стѣнки дѣлаются вялыми, мягкими, контуры ихъ не такъ явственно прощупываются, а какъ бы сливаются съ остальными брюшными внутренностями. При такомъ состояніи обыкновенно является болѣе или менѣе значительное маточное кровотеченіе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже весьма опасное. Единственнымъ средствомъ для предотвращенія такихъ кровотеченій служитъ энергическое сокращеніе матки. Поэтому, въ случаѣ слабости этихъ сокращеній, необходимо возбудить или поддержать ихъ искусственно. Для этой цѣли первымъ и самымъ простымъ средствомъ можетъ служить кругообразное растираніе дна матки рукой чрезъ брюшныя стѣнки. Большею частію при этомъ мы тотчасъ же замѣчаемъ, какъ матка начинаетъ стягиваться, плотнѣетъ, уменьшается въ объемѣ и снова получаетъ рѣзкіе контуры. При этомъ родильница чувствуетъ потугообразную боль и изъ половыхъ частей нерѣдко выбрасывается болѣе или меньшій кровавый свертокъ. Такое сокращеніе матки можно поддерживать полчаса и часъ, до тѣхъ поръ, пока новыхъ расслабленій не будетъ. Если простыхъ растираній живота недостаточно для сокращенія матки и остановленія кровотеченія, то можно употребить для растиранія охлаждающія жидкости, напр. гофманскія капли, эфиръ, или произвести спринцеваніе холодной водой чрезъ рукавъ на нижній отрѣзокъ матки. Въ самыхъ упорныхъ случаяхъ можно сдѣлать спринцеваніе холодной водой, либо водой съ уксусомъ, въ самую полость матки. Одновременно съ этимъ полезно дать внутрь нѣсколько приемовъ спорыни.

§ 134. Если будетъ замѣчено, что въ теченіи $\frac{1}{2}$ —1 часа матка не расслабляется и не поднимается вверхъ, то значить она сократилась окончательно и тромбы образовались. Послѣ этого можно приступить къ уборкѣ родильницы. Нужно подмыть ея половыя части, удалить всѣ жидкости и нечистоты съ кровати, перемѣнить бѣлье и забинтовать животъ. Подмываніе дѣлается простою теплою водою и губкою. Губку для этой цѣли необ-

ходимо имѣть совершенно чистую, чтобы чрезъ нее не произвезти зараженія. Къ вымытымъ и вытертымъ насухо половымъ частямъ прикладывается теплая, въ 4 раза сложенная простыня, или салфетка, чтобы на ней можно было видѣть количество послѣ-родовой крови и, въ случаѣ надобности, потомъ, чтобы удобнѣе было перемѣнять ее, не безпокоя родильницы частую перестилкою всей кровати. Постельное бѣлье послѣ родовъ перемѣняется все. Для этой цѣли гораздо удобнѣе приготовить другую постель, которая покрывается также, какъ и родильная кровать, клеенкой, простыней и сверхъ того въ 4 раза сложенная простыня кладется подъ тазовую область. Когда все это готово, постель подвигаютъ къ первой кровати, гдѣ лежитъ родильница, и послѣднюю осторожно переносятъ на чистую постель. Если рубашка окажется запачканной кровью и мокрой отъ какихъ бы то ни было жидкостей, то слѣдуетъ ее перемѣнить. Животъ родильницы забинтовываютъ широкой, полотняной повязкой, особенно приготовленной для этой цѣли, и сверху кладутъ въ 8 разъ сложенную простыню, чтобы поддерживать легкое давленіе живота. Все это дѣлается съ тою цѣлю, чтобы послѣ опорожненія матки животъ не оставался, такъ сказать, пустымъ, а былъ болѣе или менѣе стянутъ, чѣмъ предострашается чрезмѣрная гиперемія брюшныхъ органовъ и сильное развитіе метеоризма. Когда родильница убрана совсѣмъ, ей позволяютъ заснуть. Спокойный сонъ лучше всякихъ средствъ, восстанавливаетъ ее потеряныя силы.

Въ теченіи первыхъ 4—5 дней родильница должна оставаться непремѣнно въ постели, преимущественно въ лежачемъ положеніи на спинѣ, чтобы устранить возможность смѣщенія матки и содѣйствовать ей правильному обратному развитію. Кроме того родильницѣ необходимо по возможности предоставить *полное спокойствіе* какъ физическое, такъ и моральное, такъ какъ, при большой раздражительности нервной системы, всякое усиліе или потрясеніе можетъ принести ей вредъ. Поэтому стараются, чтобы комната родильницы была удалена отъ всякаго шума, чтобы въ ней не было яркаго свѣта, чтобы сюда не допускалось много посѣтителей.

Родильница должна быть окружена наибольшей *чистотой*. Для этого необходимо подмывать ее наружныя части раза по два въ день, а при малѣйшемъ запахѣ отъ очищеній проспринцовывать рукавъ какимъ нибудь тепловатымъ ароматическимъ настоемъ (ромашка). Бѣлье родильницы должно быть по возможности чисто, потому его необходимо смѣнять каждый день. Перемѣняя

бѣлье, его необходимо каждый разъ согрѣть, чтобы сыростию, или холодомъ не причинить простуды (¹).

Воздухъ въ комнатѣ долженъ быть, по возможности, чистъ; поэтому не нужно ни на минуту оставлять здѣсь ни грязнаго бѣлья, ни другихъ какихъ либо нечистотъ. Всѣ громоздкія вещи, напр. коммоды, сундуки, всякая лишняя мебель, заблаговременно должны быть вынесены отсюда. Чистота воздуха должна быть поддерживаема вентиляціей, съ тою осторожностію, чтобы свѣжій воздухъ не дулъ прямо на родильницу и не представлялъ бы рѣзкой перемены въ температурѣ. Нужно помнить, что родильница при наклонности къ испаринѣ весьма расположена къ простудѣ. Температура въ комнатѣ должна быть около 15°—16°. Родильница должна быть одѣта въ рубашкѣ, кофтѣ, чулкахъ и покрыта одѣяломъ. Слишкомъ сильно укутывать ее не только нѣтъ надобности, но даже вредно.

Пища для родильницы, особенно первые 3—4 дня, должна быть по возможности легкая (бульонъ, овсянка, уха). Только въ тѣхъ случаяхъ, когда мы имѣемъ дѣло съ малокровной или вообще очень слабой женщиной, можно позволить ей съ первыхъ же дней кушать болѣе питательную пищу, напр. крѣпкій бульонъ съ яйцомъ, нѣжное мясо. Сложныхъ кушаньевъ и тяжелыхъ блюдъ слѣдуетъ избѣгать на томъ основаніи, что пищеварительная дѣятельность въ первые дни послѣ родовъ бываетъ значительно уменьшена. Молочная пища, по моему мнѣнію, для родильницъ неудобна, такъ какъ свернувшійся казеинъ часто образуетъ въ желудкѣ плотные комки, располагающіе къ катарру. Для питья лучше всего брать чистую воду, или жидкій чай.

Родильницу обыкновенно спускаютъ съ кровати на 9—10-й день (¹). Къ этому времени матка настолько уменьшается въ объе-

(¹) Иногда въ публикѣ приходится слышать мнѣніе, будто бы родильница въ теченіи 9-ти дней не должна ни чесать себѣ волосъ, ни умываться, ни перемѣнять бѣлья. Этотъ вредный предрасудокъ не имѣетъ никакого основанія.

(²) Относительно срока вставанія съ постели можно иногда позволить и отступленіе отъ этого общаго правила, если послѣродовой періодъ протекаетъ совершенно правильно. Деревенскія женщины, какъ извѣстно, большею частію оставляютъ постель на второй или третій день послѣ родовъ, безъ дурныхъ послѣдствій. Продолжительное лежаніе въ постели можетъ имѣть ту невыгодную сторону, что при этомъ легче застаиваются въ маткѣ и рукавѣ послѣродовыя очищенія и поэтому легче подвергаются разложенію. Съ другой стороны при продолжительномъ лежаніи медленнѣе совершается инволюція матки, легче образуются застои крови и тромбы въ венахъ нижнихъ конечностей. Поэтому вполнѣ здоровой родильницѣ можно позволить сидѣть, или даже дѣлать легкія движенія на пятый, или на шестой день.

мѣ, что дно ея лежитъ немного выше лоннаго соединенія. На первый разъ позволяется дѣлать только умѣренныя движенія въ одной комнатѣ, посидѣть на кушеткѣ или креслахъ, и только въ слѣдующіе дни родильница мало по малу привыкаетъ къ ходьбѣ по другимъ комнатамъ и къ легкимъ занятіямъ. Въ большихъ городахъ, при высокихъ квартирахъ, выходить на улицу можно не раньше 5—6 недѣль. Впрочемъ, если квартира помѣщается въ первомъ этажѣ и погода стоитъ теплая, сухая, то можно позволить выйти на воздухъ и раньше, напр. чрезъ 3—4 недѣли. Большихъ путешествій не слѣдуетъ позволять раньше полного окончанія послѣродоваго періода.

§ 135. Кромѣ правильной гигиенической и діететической обстановки, здоровая родильница не требуетъ дѣятельнаго, собственно медицинскаго ухода. Въ этомъ отношеніи врачъ (или акушерка) долженъ только ежедневно слѣдить, правильно ли совершаются всѣ послѣродовые процессы. Если температура родильницы не поднимается выше $37,5^{\circ}$, пульсъ не ускоряется болѣе 70—80 въ минуту (замедленіе пульса до 40—50 уд. не есть признакъ болѣзни), матка продолжаетъ постепенно уменьшаться и при нажиманіи не обнаруживаетъ боли, если очищенія не слишкомъ обильны и не имѣютъ гнилостнаго запаха, то родильницу можно считать здоровой. При такомъ состояніи нѣтъ надобности въ ежедневномъ внутреннемъ изслѣдованіи половыхъ органовъ. Оно позволительно и необходимо только при появленіи лихорадочнаго состоянія, при ощущеніи боли внизу живота, или въ томъ случаѣ, когда послѣ трудныхъ родовъ есть основаніе предполагать нарушеніе цѣлости полового канала (надрывы и трещины въ рукавѣ и на шейкѣ). Въ этомъ случаѣ изслѣдованіе дѣлается помощію зеркала и, по мѣрѣ надобности, производится мѣстное лѣченіе поврежденій (смазываніе, прижиганіе и пр.).

Въ концѣ вторыхъ сутокъ родильницѣ слѣдуетъ *дать слабительное* (столовую ложку кастороваго масла, или унціи четыре за одинъ пріемъ Вѣнскаго питья). Это необходимо потому, что произвольныя испраженія у родильницъ обыкновенно не появляются, а между тѣмъ присутствіе въ кишкахъ экскрементовъ (нерѣдко въ значительномъ количествѣ) можетъ вызвать разныя болѣзненные расстройства. Обильное послабленіе навизъ кромѣ того приноситъ пользу какъ средство, уменьшающее послѣродовую гиперемію брюшныхъ органовъ. Поэтому даже искусственно вызванный поносъ не долженъ внушать никакихъ опасеній, тѣмъ болѣе, что его всегда легко остановить. Клизтиры для очищенія кишечнаго канала не пригодны, такъ какъ они дѣйствуютъ только на прямую кишку, которая у родильницъ большею частію экскрементовъ не содержитъ.

Въ случаѣ затрудненнаго *выдѣленія мочи*, или рѣзи при мочеиспусканіи, слѣдуетъ положить на нижнюю часть живота теплую припарку. Если это не помогаетъ, то мочу необходимо выводить катетеромъ. При этомъ нужно стараться, чтобы чрезъ катетеръ не проникалъ въ пузырь воздухъ (закрывать его наружное отверстіе пальцемъ во время введенія, вынимать инструментъ раньше полного опорожненія пузыря), или чтобы концомъ катетера не занести въ пузырь послѣродовыхъ очищеній (промыть *vestibulum*, стараться попасть катетеромъ прямо въ уретру, не пачкая его въ рукавѣ). Если затрудненіе мочеиспусканія зависитъ отъ припуханія наружной части уретры, то слѣдуетъ прикладывать между малыми губами небольшіе компрессы со свинцовой водой.

Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ у родильницъ встрѣчается *выпаденіе геморроидальныхъ шишекъ*, при чемъ онѣ легко ущемляются и образуютъ кругомъ задняго прохода большую, болящую, бугристую опухоль (иногда въ куриное яйцо величиной). Шишки болѣею частью выпадаютъ тотчасъ послѣ родовъ, или послѣ перваго испражненія. Чтобы предотвратить ихъ ущемленіе, необходимо опухоль тотчасъ же вправить; если же сдѣлать это не возможно, то прикладывать на нее холодныя компрессы со свинцовой водой, или даже куски льда завязанные въ пузырь, или въ резиновый мѣшокъ. Для заживленія небольшихъ разрывовъ промежности достаточно поддерживать чистоту (спринцеванія, частыя обмыванія), или прикладывать на ранки слабый растворъ карболовой кислоты (грана два или три на унцію прованскаго масла). Сильно гранулирующія и долго незаживающія ранки полезно смазывать крѣпкимъ растворомъ ляписа.

§ 136. *Кормленіе грудью*. Если нѣтъ никакихъ противопоказаній къ кормленію грудью, то нужно совѣтовать родильницѣ кормить ребенка самой. Кромѣ нравственнаго основанія, это имѣетъ и физиологическую пользу, потому что у кормящей женщины послѣродовое обратное развитіе половыхъ частей обыкновенно идетъ скорѣе и правильнѣе. Противопоказаніемъ къ кормленію можетъ служить сильное малокровіе и истощеніе родильницы, страданіе грудныхъ органовъ, особенно подозрѣніе чахотки, недостаточное развитіе груди, или грудныхъ сосковъ, случайныя лихорадочныя болѣзни, особенно заразительныя. Страдающія застарѣлымъ сифилисомъ должны кормить ребенка сами, съ извѣстною осторожностію, такъ какъ лѣченіе, предпринимаемое больною матерью, въ этомъ случаѣ будетъ полезно и для ребенка, а посторонняя кормилица можетъ легко отъ него заразиться.

Кормленіе грудью начинаютъ спустя нѣсколько часовъ (10—20) послѣ родовъ, когда въ грудяхъ появляется прибль мо-

лока. Иногда молоко начинает прибывать значительно поздне, напр. на второй, даже на третий день; до того времени ребенка прикармливают постороннею пищею (разведеннымъ коровьимъ молокомъ). Грудь нужно давать въ опредѣленные сроки, чрезъ 2—2½ часа въ теченіи дня, а ночью чрезъ 5—6 часовъ. Послѣ всякаго кормленія соски слѣдуетъ обмывать тепловатою водою, чтобы остающееся на нихъ молоко и слюна не производили раздраженія. При сильномъ напряженіи и сильной обвислости грудей слѣдуетъ подвязывать ихъ сложенной салфеткою или особымъ лифчикомъ, такъ однакоже, чтобы груди покоились на этой повязкѣ, но не были прижаты. Если молоко сочтется само собою, то къ соскамъ нужно прикладывать въ 8 разъ сложенные тряпочки, или платокъ, и перемѣнять ихъ по мѣрѣ намочанія, чтобы избѣгать сырости и простуды. Кормящая женщина должна вести осторожный образъ жизни, избѣгать сильнаго душевнаго возбужденія, не употреблять тяжелой раздражающей пищи и крѣпкихъ напитковъ, такъ какъ всѣ погрѣшности въ гигиеническомъ и діететическомъ содержаніи отражаются на молокѣ.

Кормленіе грудью продолжается около года и не больше 14 мѣсяцевъ. Иногда можно отлучить ребенка и раньше, если у него прорѣзались не меньше 4 зубовъ. Начиная съ пяти, шести мѣсяцевъ слѣдуетъ прикармливать ребенка постороннею пищею, чтобы постепенно пріучить его желудокъ къ перевариванію не одного только молока. Для этой цѣли употребляютъ свѣжее коровье молоко, кашку изъ толченыхъ и просѣянныхъ сухарей, изъ манной крупы, жидкій яичный желтокъ, а впоследствии времени и бульонъ. Къ концу перваго года можно давать немного плотной мясной пищи, напр. куриной котлетки.

Если родильница не можетъ, или не желаетъ кормить грудью, то на 3—4 день послѣ родовъ, когда груди нагрубаютъ, слѣдуетъ позаботиться о прекращеніи выдѣленія молока и о всасываніи накопившагося въ грудяхъ. Для этого груди покрываютъ ватой, намоченной прованскимъ, или камфарнымъ масломъ, подвязываютъ ихъ крестъ на крестъ салфеткою и внутрь даютъ слабительное. Пища въ это время должна быть, по возможности, легкая, не слишкомъ питательная; не нужно употреблять очень много питья, особенно теплаго. Нагрубнувшія груди обыкновенно опадаютъ чрезъ 10—12 часовъ, дѣлаются опять мягкими, не болящими и отдѣленіе молока въ нихъ прекращается.

С) Первый уходъ за младенцемъ.

§ 137. Первое попеченіе о младенцѣ состоитъ въ томъ, чтобы обмыть его, запеленать, прилично помѣстить и правильно кормить.

Обмываніе производится обыкновенно въ корытцѣ, или плоской ванночкѣ, въ которую наливаютъ теплую воду (около 28°/R.) и постилаютъ туда чистую пеленку. При обмываніи акушерка одной рукой придерживаетъ головку ребенка, а другой моетъ помощію губки, обращая преимущественно вниманіе на тѣ мѣста, гдѣ больше скопилось первородной смазки. Въ частной практикѣ нерѣдко моютъ ребенка мыломъ для того, чтобы легче удалить первородную смазку. Такой обычай слѣдуетъ искоренять. Кожа ребенка не привыкла еще ни къ какому раздраженію, потому мыльная вода производитъ на ней мелкую сыпь, извѣстную подъ именемъ цвѣта (*strophulus*). Для удаленія первородной смазки гораздо лучше смазывать кожу младенца прованскимъ масломъ, или очищеннымъ свинымъ жиромъ. Послѣдующія обмыванія должны производиться чистой теплой водой, разъ въ день, лучше къ вечеру, такъ какъ послѣ ванночки ребенокъ покойнѣе спитъ. Всѣ постороннія примѣси къ водѣ, напр. отруби, молоко, сѣнная труха, бульонъ, по меньшей мѣрѣ, излишни. Для обмыванія лица нужно всегда имѣть отдѣльную чистую губку. Послѣ купанья берутъ ребенка на ладонь одной рукой, спинкой вверхъ, а другой рукой окачиваютъ его, изъ кувшина или ковша, чистой тепловатой водой. Послѣ того тотчасъ же закрываютъ его сухой согрѣтой пеленкой, кладутъ на кровать, или на столъ для пеленанья, вытираютъ тѣло до суха, особенно между складками, въ пахахъ и около шейки.

Послѣ перваго купанья необходимо внимательно осмотрѣть ребенка (задній проходъ, половыя части, ротъ), чтобы знать нѣтъ ли какихъ неправильностей развитія, и отрѣзокъ пуповины. Если изъ него сочится немного крови, то нужно затянуть лигатуру покрѣпче, или наложить другую; въ противномъ случаѣ кровотеченіе можетъ усилиться. Я никогда не видалъ смерти отъ кровотечения изъ пуповины въ первый день послѣ родовъ, но потерю крови отъ одной до двухъ столовыхъ ложекъ встрѣчалъ неоднократно. Изъ этого видно, что на перевязываніе пупочнаго отрѣзка всегда нужно обращать строгое вниманіе. Убѣдившись, что пуповина перевязана хорошо, ее завертываютъ въ мягкую полотняную тряпочку и кладутъ на лѣвую сторону живота (чтобы избѣжать давленія на печень). Послѣ того пупокъ забинтовываютъ полотнянымъ бинтомъ. Такая перевязка пупочнаго отрѣзка продолжается ежедневно до тѣхъ поръ, пока онъ не отвалится; это обыкновенно случается на 4—5 день. Когда пуповина высохнетъ и около пупка начнетъ образоваться *linea demarcationis*, нужно при перевязкѣ быть осторожнѣе, чтобы не оторвать пупочный отрѣзокъ, прежде чѣмъ пупокъ совершенно cicатризуется. Въ послѣднемъ случаѣ на пупкѣ иногда остается мокнущая и кровоточащая язва,

требующая особеннаго лѣченія. Послѣ правильнаго отпаденія пупочнаго отрѣзка пупокъ продолжаютъ бинтовать покрайней мѣрѣ въ теченіи 6-ти недѣль, накладывая на него въ четыре раза сложенный компресснымъ.

Одежда новорожденнаго младенца состоитъ: изъ распашонки (рубашечка, раскрытая спереди, въ родѣ халата), приготовленной изъ мягкаго пошеннаго полотна.—подгузка (родъ трехъ-угольной косынки, которая подкладывается подъ ягодицы, а концы заворачиваются къ половымъ частямъ и на внутреннюю поверхность бедеръ), пеленокъ и свивальника. Относительно пеленанія было много говорено и за и противъ. По моему мнѣнію, въ теченіи первыхъ 4—5 мѣсяцевъ пеленаніе умѣстно на томъ основаніи, что въ это время ребенокъ не можетъ правильно пользоваться своими мышечными движеніями. Такъ какъ рефлексъ его безпорядочны, то онъ ручками можетъ попадать въ глаза, оцарапывать себѣ лицо и вообще при порывистыхъ движеніяхъ пугаться. Кромѣ того пеленаніе отучаетъ ребенка отъ того полусогнутаго положенія, въ которомъ онъ оставался въ маткѣ и которое охотное подерживается послѣ рожденія вслѣдствіе анатомическихъ условий, уже извѣстныхъ намъ (см. § 44, стр. 54, состояніе позвоночника, отношеніе бедеръ къ тазу). Пеленаніе производится такимъ образомъ: стелется полотняная пеленка, которой покрывается сначала головка, потомъ, заворачивая верхніе концы пеленки на грудь, покрываются плечики и грудь такимъ образомъ, чтобы ручки были протянуты вдоль по туловищу. Точно также укрываются вдоль вытянутыя ножки, заворачивая каждую изъ нихъ въ соответствующую сторону пеленки и заворачивая нижній конецъ пеленки на животъ ребенка, послѣ чего онъ слегка заворачивается спиральными ходами свивальника. Свивальникъ не нужно натягивать очень крѣпко, а лишь на столько, чтобы ребенокъ не могъ раскинуть ручки. Сверхъ всего этого, если въ комнатѣ не очень жарко, ребенка можно завернуть въ бумазейную пеленку и прикрыть одѣяльцемъ.

Многіе врачи, возставая противъ обычая пеленанія, ставятъ ему въ укоръ то обстоятельство, будто при стягиваніи свивальника нарушается правильное кровообращеніе ребенка. Такія послѣдствія, естественно, могутъ быть только въ томъ случаѣ, когда пеленаютъ очень крѣпко, т. е. злоупотребляютъ пеленаніемъ. При благоразумномъ примѣненіи этого обычая, когда свивальникъ не жметъ, а только придерживаетъ расправленные члены ребенка, никакого физиологическаго вреда отъ этого быть не можетъ. Вмѣсто пеленанія въ послѣднее время многіе употребляютъ особые тюфячки съ завязками. По моему мнѣнію, это не даетъ особенныхъ выгодъ сравнительно съ пеленаніемъ, но и не представляетъ большихъ неудобствъ. Поэтому примѣненіе того или

другого способа укрыванія дѣтей можно предоставить на выборъ родителей.

Помѣщеніе для новорожденнаго ребенка должно соответствовать общимъ гигиеническимъ условіямъ. Дѣтская должна быть достаточно просторна и тепла (16—17°), если можно, она должна быть обращена окнами на солнечную сторону, имѣть чистый воздухъ и достаточно свѣта. Распространенное въ публикѣ мнѣніе, будтобы новорожденный боится свѣта, лишено всякаго основанія.

Устройство дѣтскихъ кроватокъ, равно какъ и гигиеническое содержаніе дѣтей въ дальнѣйшее время, искусственное кормленіе, выборъ кормилицы и т. п. составляютъ спеціальныи предметъ *педиатрики*.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ АКУШЕРСТВА

(Болезни беременных, роженицъ и родильницъ).

§ 138. До сихъ поръ предметомъ нашего изученія была беременность нормальная. Мы знаемъ теперь физиологическія перемѣны въ организмѣ беременныхъ; знаемъ признаки, по которымъ опредѣляются беременность, роды и послѣродовое состояніе, знаемъ тѣ практическіе приемы, которые требуются для пособія беременнымъ, роженицамъ и родильницамъ въ здоровомъ ихъ состояніи; но всѣ эти свѣдѣнія нужно считать, если можно такъ выразиться, только преддверіемъ къ изученію акушерства. Они необходимы не столько для практическаго пособія страдающей беременной женщины, сколько для того, чтобы имѣть научную почву подъ ногами для уразумѣнія тѣхъ болезненныхъ отклоненій во время беременности, которыя такъ часто требуютъ искусственной помощи. При болезненномъ проявленіи беременности наиболѣе всего выражается польза и практическая важность акушерскихъ познаній; поэтому изученіе патологической части акушерства требуетъ наиболѣе серьезнаго вниманія.

Патологию акушерства мы раздѣлимъ на три отдѣла. Въ первомъ будемъ говорить о *неправильномъ теченіи беременности*, во второмъ — о *неправильныхъ родахъ*, въ третьемъ о *неправильностяхъ и болезняхъ послѣродоваго періода*.

ОТДѢЛЪ ПЕРВЫЙ.

Патологія беременности.

Беременная женщина можетъ подвергаться самымъ разнообразнымъ заболѣваніямъ, но мы будемъ говорить только о тѣхъ болезняхъ, которыя имѣютъ прямое вліяніе на беременность, измѣняя правильность ея теченія, или непосредственно зависятъ отъ беременности. Тѣ и другія могутъ выражаться либо въ *общемъ состояніи организма*, либо только въ *половой сферѣ*, или на *плодномъ яйцѣ*.

А) Болѣзни беременныхъ внѣ половой сферы.

1) *Тифъ и возвратная горячка* встрѣчаются у беременныхъ женщинъ точно также, какъ и у всѣхъ остальныхъ. Теченіе этихъ болѣзней отъ осложненія беременностію почти не измѣняется. По крайней мѣрѣ процентъ смертности отъ нихъ у беременныхъ не больше обыкновеннаго средняго процента. Но за то тифъ и возвратная горячка, равно какъ и всѣ другія болѣзни съ сильнымъ и продолжительнымъ повышеніемъ температуры, вліяютъ на состояніе плода, подвергая его большой опасности. Замѣчено, что если температура матери повышается до 40° и болѣе, то удары сердца плода учащаются, потомъ дѣлаются неправильными, движенія сначала усиливаются, а потомъ совсѣмъ прекращаются и ребенокъ умираетъ. По клиническимъ наблюденіямъ при тифѣ и возвратной горячкѣ не менѣе 60% беременныхъ подвергаются выкидышу, или преждевременнымъ родамъ.

2) Подобнымъ образомъ вліяютъ на беременность *острия лихорадочныя сыпи*, сопровождающіяся сильной лихорадкой. Изъ нихъ чаще всего приходится наблюдать у беременныхъ *натуральную оспу*, рѣже скарлатину и корь, такъ какъ къ заболѣванію послѣдними двумя болѣзнями взрослыя женщины вообще менѣе расположены, чѣмъ дѣти. Лихорадочныя сыпи оказываютъ вліяніе на беременность не только повышеніемъ температуры, но и инфекціоннымъ свойствомъ болѣзни. По крайней мѣрѣ это вполне доказано по отношенію къ оспѣ. Слѣды этой болѣзни много разъ были замѣчаемы на родившихся дѣтяхъ. Большая часть дѣтей при этомъ погибаетъ; но бывали и такіе примѣры, гдѣ, не смотря на болѣзнь матери, дѣти переживали оспу и родились въ срокъ съ рубцовыми оспенными знаками на тѣлѣ. У такихъ дѣтей прививаніе предохранительной оспы не удается и оно излишне. Въ случаѣ заболѣванія оспою въ концѣ беременности, иногда дѣти рождались, повидимому, здоровыми, (въ инкубационномъ періодѣ), но сыпь появлялась черезъ нѣсколько дней по рожденіи. Все это доказываетъ, что зараженіе плода оспою черезъ кровь матери (плаценту) возможно. Съ большою вѣроятностію тоже самое можно допустить и по отношенію къ скарлатинѣ, кори и тифу.

Лихорадочныя сыпи, особенно натуральная оспа, осложненныя беременностію, обыкновенно протекаютъ опаснѣе для жизни женщины, нежели въ другое время. Весьма часто при этомъ болѣзнь принимаетъ гемеррагическую форму, съ экстрavasатами и помертвѣніемъ на внутренней поверхности матки. Я неоднократно встрѣчалъ у беременныхъ, такъ называемую, *черную оспу* и помню одинъ весьма тяжелый случай меланотической формы,

сопровождаящейся сильнымъ разложеніемъ крови и отложеніемъ громаднаго количества пигмента на всей поверхности кожи, не только у матери, но и у ребенка (см. Сборникъ статей о чумѣ, Казань 1879 г. Болѣзнь г. Ландо). Къ заболѣванію оспою женщины болѣе всего расположены въ первую половину беременности. Поэтому при существующихъ оспенныхъ эпидеміяхъ слѣдуетъ имъ совѣтовать ревакцинацію. Расположеніе къ скарлатинѣ чаще наблюдается въ пуэрперальномъ періодѣ.

§ 139. 3) *Холера*. Во время холерныхъ эпидемій беременныя женщины заболѣваютъ этою болѣзнію весьма часто, особенно во второй половинѣ беременности, на 6—7 мѣсяцѣ. Наблюдая нѣсколько холерныхъ эпидемій я вынесъ убѣжденіе, что беременность, по видимому, особенно располагаетъ къ заболѣванію холерою, можетъ быть потому, что составъ крови беременныхъ представляетъ болѣе благопріятную почву для культивирования внутри организма холернаго яда. Вліяніе холеры на утробный плодъ оказывается пагубнымъ только тогда, когда болѣзнь достигаетъ асфитическаго періода. Даже въ этомъ періодѣ, передъ смертію больной, нерѣдко можно слышать отчетливое сердцебіеніе младенца, что нерѣдко даетъ поводъ къ кесарскому сѣченію послѣ смерти матери. Возможность зараженія плода холернымъ ядомъ до сихъ поръ не доказана, да едвали она и существуетъ. Ребенокъ здѣсь погибаетъ не отъ зараженія крови, какъ при тифѣ, кори и оспѣ, а отъ асфиксіи, вслѣдствіе измѣненій въ крови матери (потеря влаги) и въ плацентарномъ кровообращеніи. Въ болѣе легкихъ случаяхъ холеры, оканчивающихся выздоровленіемъ матери, плодъ большею частію остается живымъ. При этомъ роды могутъ явиться въ срокъ, но чаще они наступаютъ преждевременно (въ тифозномъ періодѣ холеры) вслѣдствіе геморрагическаго эндометрита. Вліяніе беременности на теченіе холернаго процесса тоже, по видимому, не благопріятно, такъ какъ смертность отъ холеры у беременныхъ встрѣчается чаще, чѣмъ у небеременныхъ.

4) *Перемежающаяся лихорадка* въ малярійныхъ мѣстностяхъ (какъ напр. у насъ въ Казани) встрѣчается у беременныхъ довольно часто. Эта болѣзнь не имѣетъ никакого вліянія на ходъ беременности, а равно и на развивающійся плодъ. Зараженія плода черезъ кровь матери (плаценту) не было замѣчено ни разу. Не смотря на повторяющіеся во время беременности лихорадочные приступы, роды обыкновенно наступаютъ въ срокъ. Во время родовъ, а иногда и въ первые дни послѣ нихъ, пароксизмы обыкновенно прекращаются, но при дальнѣйшемъ теченіи послѣродоваго періода возобновляются снова, большею частію съ неправильнымъ типомъ. При лѣченіи перемежающейся лихорадки у беременныхъ и родильницъ можно употреблять боль-

шіе дозы хинина безъ всякаго опасенія. Въ послѣродовомъ періодѣ лихорадочные пароксизмы могутъ иногда маскировать пуперальныя заболѣванія, или скоротечную чахотку.

§ 140. 5) *Желтуха*. Эта болѣзнь во время беременности встрѣчается рѣдко; но она заслуживаетъ полнаго вниманія по причинѣ тѣсной связи ея съ острой желтой атрофіею печени. Причины этой болѣзни большею частію зависятъ отъ давленія со стороны беременной матки на печень и желчный пузырь, что можетъ повести къ желтой атрофіи печени и къ отравленію организма накопившимися въ крови желчными кислотами, съ послѣдовательнымъ жировымъ перерожденіемъ паренхимы большихъ желѣзъ и вещества мышцъ, особенно сердца. У беременныхъ такое отравленіе можетъ наступить легче, чѣмъ у другихъ особъ, вслѣдствіе существующаго венознаго застоя и затрудненія кровообращенія въ почкахъ, въ другое время легче компенсирующихъ выведеніе изъ крови желчныхъ кислотъ. Къ этому располагаетъ также гидремическое состояніе крови и слабость дѣятельности сердца у беременныхъ.

Принимая во вниманіе, что желтуха у беременныхъ можетъ вызвать тяжелые припадки отравленія крови (*icterus gravis*), послѣдствіемъ чего можетъ быть не только смерть плода (выкидышъ, преждевременные роды), но и смерть матери, — слѣдуетъ даже при легкихъ формахъ желтухи ставить предсказаніе сомнительнымъ. При лѣченіи этой болѣзни нужно, при первыхъ легкихъ симптомахъ, способствовать свободному отправленію дѣятельности почекъ.

§ 141. 6) *Хроническія болѣзни сердца*. Женщины, страдающія недостатками сердечныхъ клапановъ, во время беременности большею частію подвергаются большимъ опасностямъ, или по крайней мѣрѣ затрудненіямъ. Это происходитъ отъ того, что привычная компенсація, уравновѣшивавшая у такихъ больныхъ движеніе крови до беременности, нарушается вслѣдствіе быстрыхъ перемѣнъ кровянаго давленія, являющихся подъ вліяніемъ беременности, родовъ и послѣродоваго состоянія. При образованіи плацентарнаго кровообращенія, этотъ новый кругъ плацентарной системы, вставленный между артеріями и венами матки, естественно увеличиваетъ препятствіе въ области аорты и требуетъ отъ сердца большаго количества работы. Подъ конецъ беременности препятствіе еще больше увеличивается отъ давленія на сосуды со стороны беременной матки, отъ переполненія венозной системы и отъ прибавленія общаго количества крови. Послѣ родовъ, съ удаленіемъ плацентарнаго круга кровообращенія и съ быстрымъ паденіемъ давленія въ системѣ аорты, при опорожненіи брюшной полости и при перемѣщеніи крови преимущественно

но въ венозную систему, сердце опять должно приспособляться къ новымъ условіямъ. Все это при порокахъ сердца легко производить болѣе или менѣе серьезныя механическія затрудненія въ кровообращеніи. Вообще нужно помнить, что во время беременности работа лѣвой половины сердца должна увеличиваться; а послѣ родовъ, напротивъ, давленіе въ аортѣ внезапно падаетъ, возвышается давленіе въ венозной системѣ, кровь сильнѣе притекаетъ въ грудную полость и въ правое сердце, отъ чего послѣ родовъ увеличивается работа праваго сердца. Отсюда объясняется неодинаковое значеніе и вліяніе различныхъ болѣзней сердца при беременности и въ послѣродовомъ періодѣ.

При несостоятельности (insufficiencia) клапановъ аорты замедленіе кровообращенія и застой въ легочныхъ венахъ, какъ извѣстно, болѣею частію предотвращаются своевременною гипертрофіей лѣваго желудочка. При его усиленной работѣ кровь сильнѣе прогоняется въ систему аорты и такимъ образомъ даетъ возможность достаточному опороженію сосудовъ малаго кровообращенія. Такая компенсація при обыкновенномъ состояніи здоровья очень долго можетъ удовлетворять относительно правильному кровообращенію, такъ что больныя, не смотря на существованіе значительныхъ пороковъ заслонокъ аорты, не чувствуютъ своей болѣзни и даже не имѣютъ одышки. Во время беременности это пріобрѣтенное равновѣсіе въ распредѣленіи крови должно нарушиться., такъ какъ во второй ея половинѣ препятствіе въ артеріальной системѣ такъ быстро увеличивается, что прежнее уравновѣживающее дѣйствіе лѣваго желудочка оказывается уже недостаточнымъ. Отсюда происходитъ замедленіе кровообращенія и застой въ легочныхъ сосудахъ, откуда кровь не можетъ вполне отливаться въ несовершенно опорожненный желудочекъ,—застой въ венахъ большаго кровообращенія, что подаетъ поводъ къ одышкѣ, ціанотическому состоянію, водянкѣ и пр. Эти припадки развиваются тѣмъ скорѣе, чѣмъ сильнѣе увеличивается матка, чѣмъ быстрѣе возвышается давленіе въ артеріяхъ. Это состояніе влечетъ за собой въ болѣе благопріятныхъ случаяхъ прекращеніе беременности (выкидышъ, или преждевременные роды); но оно можетъ окончиться и смертію вслѣдствіе отека легкихъ, или отъ послѣдствій эмболии. Послѣ родовъ, когда давленіе въ аортѣ внезапно падаетъ, всѣ угрожающіе припадки сами собою, проходятъ такъ какъ здѣсь снова является возможность возстановленія прежней компенсаціи. При лѣченіи въ этихъ случаяхъ digitalis давать не слѣдуетъ, такъ какъ онъ увеличиваетъ боковое давленіе и въ значительной степени ослабляетъ силу сердца. Здѣсь гораздо больше показуется общее кровопусканіе, слабительныя соли, искусственныя преждевременныя роды.

Такъ какъ несостоятельность клапановъ аорты преимущественно обнаруживается въ пожиломъ возрастѣ (при атероматозномъ перерожденіи артерій), то у беременныхъ приходится наблюдать эту болѣзнь сравнительно рѣдко.

При несостоятельности двустворчатой заслонки (insufficiencia valv. mitralis) точно также, какъ и при недостаткахъ клапановъ аорты, должно происходить замедленіе кровообращенія съ уменьшеніемъ массы крови въ артеріяхъ. Эта неправильность до известной степени здѣсь уравнивается гипертрофіей праваго желудочка, усиленной работой котораго кровь прогоняется въ сосуды малаго кровообращенія съ такой силой и быстротой, что этимъ какъ бы парализуется вліяніе несостоятельности отъ сѣуженія двустворчатой заслонки. Лѣвый желудочекъ получаетъ такимъ образомъ достаточное количество крови, кровообращеніе не замедляется, наполненіе аорты не дѣлается менѣе. Не смотря на такую компенсацію, недостатки двустворчатой заслонки весьма располагаютъ сосуды малаго кровообращенія къ сильной гипереміи, а артеріи большаго кровообращенія—къ слабому наполненію. Отъ того больныя этого рода большею частію имѣютъ короткое дыханіе, бронхіальный катарръ, бываютъ блѣдны и слабы. Вліяніе беременности на это состояніе очевидно. При увеличивающемся затрудненіи артеріальнаго кровообращенія увеличивается работа лѣваго желудочка, вслѣдствіе чего компенсирующее вліяніе праваго, гипертрофированнаго желудочка мало по малу теряется. Кровь, недостаточно прогоняемая въ артеріи, скопляется въ легкихъ, переполняя ихъ сосуды, отчего во второй половинѣ беременности являются болѣе или менѣе тяжелые припадки одышки, отека легкихъ, а при дальнѣйшихъ застояхъ въ венахъ большаго кровообращенія—сильная гиперемія печени, альбуминурія, асцитъ, анасарка, hydrothorax и пр. Послѣ родовъ кровообращеніе иногда уравнивается, если компенсація сердца не была предъ этимъ слишкомъ нарушена; иногда же, напротивъ, въ это время припадки еще болѣе усиливаются. Это происходитъ отъ того, что внезапно наступающее *post partum* повышеніе давленія въ венозной системѣ подвергаетъ правое сердце еще большому давленію, нежели до родовъ. Отъ этого можетъ произойти неравномѣрность дѣятельности сердца, отекъ легкихъ, недостаточная декарбонація крови.

Личеніе. При достаточной компенсаціи пороки двустворчататаго клапана могутъ служить показаніемъ къ преждевременнымъ родамъ, но этого никогда не слѣдуетъ дѣлать при нарушеніи компенсаціи, точно также, какъ при пневмоніи, или отека легкихъ, изъ опасенія увеличить во время родовъ боковое давленіе въ венозной системѣ и въ маломъ кровообращеніи. Здѣсь нужно

повышеніемъ силы сердца увеличить давленіе въ системѣ аорты и чрезъ раздраженіе п. vagi уменьшить давленіе въ венахъ. Поэтому digitalis здѣсь тоже не годится, а скорѣе умѣстно кровопусканіе.

§ 142. 7) *Болезни легкихъ*. Пораженія легкихъ, сопровождающіяся уменьшеніемъ поверхности дыханія, имѣютъ почти такое же отношеніе къ беременности, какъ недостатки митральнаго клапана сердца. Сюда относятся: сильно развитая *легочная эмфизема*, крупозная и катарральная *пневмонія*, *плевритъ* и *бугорчатка* легкихъ. Въ послѣднихъ мѣсяцахъ беременности при этихъ болѣзняхъ сильно затрудняется дыханіе, что при недостаточномъ обмѣнѣ газовъ въ крови матери нерѣдко влечетъ за собой смерть плода. Вслѣдствіе этого обстоятельства (умиранія плода), или отъ высокой температуры существующей лихорадки часто наступаютъ преждевременные роды, оказывающіе, какъ и срочные роды, весьма неблагоприятное вліяніе на ходъ легочной болѣзни. Во время акта родовъ дыханіе затрудняется еще болѣе и очень легко можетъ образоваться отекъ легкихъ. Послѣ родовъ, вслѣдствіе увеличенія давленія въ венозной системѣ и отъ усиленнаго прилива крови къ легкимъ, существующая грудная болѣзнь обыкновенно ухудшается. Поэтому при воспаленіи легкихъ считаютъ правиломъ не возбуждать искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, а напротивъ стараются лѣчить воспаленіе такъ, чтобы оно разрѣшилось ранѣе окончанія срока беременности. Употребленіе наперстянки въ этомъ случаѣ вполне умѣстно. Нерѣдко является показаніе къ венесекціи. Послѣ родовъ часто приходится употреблять сильныя возбуждающія средства и отвлеченія на кожу, чтобы избѣжать отека легкихъ и общаго коллапса. Пневмонія, развившаяся въ первой половинѣ беременности, обыкновенно, протекаетъ благоприятнѣе, чѣмъ въ концѣ беременности. Появленіе этой болѣзни въ пуэрперальномъ періодѣ болѣею частію не даетъ особенно тяжелыхъ осложнений.

Бугорчатка легкихъ быстрѣе всего начинается развиваться въ пуэрперальномъ періодѣ, хотя начало болѣзни обыкновенно обнаруживается еще во время беременности. У женщинъ, наследственно расположенныхъ къ чахоткѣ, беременность служитъ самымъ дѣйствительнымъ стимуломъ для проявленія этой болѣзни. У многихъ такихъ особъ чахотка появляется послѣ первыхъ родовъ, но нерѣдко бываетъ и такъ, что первыя 1—2 беременности пройдутъ благополучно, а вслѣдъ за послѣдующей развивается скоротечная чахотка. Чѣмъ чаще беременности слѣдуютъ одна за другой, чѣмъ больше послѣ нихъ остается истощенія и упадка питанія, тѣмъ скорѣе, при наследственномъ расположеніи, могутъ появиться туберкулы.

Имѣя въ виду такое гибельное вліяніе беременности на развитіе бугорчатки, необходимо совѣтовать дѣвушкамъ, расположеннымъ къ этой болѣзни, либо совсѣмъ не выходить замужъ, либо рѣшиться на замужество не иначе, какъ по достиженіи вполне зрѣлаго возраста, напр. не ранѣе 25 лѣтъ. Замужнимъ женщинамъ, имѣющимъ признаки начинающейся чахотки, необходимо всѣми мѣрами воздерживаться отъ зачатія. Скоротечная чахотка одинаково легко развивается какъ послѣ срочныхъ родовъ, такъ и послѣ выкидыша. Доношенные дѣти у такихъ особъ почти всегда рождаются съ наследственнымъ предрасположеніемъ къ этой болѣзни, проявляющейся либо въ дѣтскомъ возрастѣ (*meningitis tuberculosa*), либо по достиженіи возмужалости. Въ болѣе благоприятныхъ случаяхъ дѣти оказываются золотушными и малокровными. Женщина, расположенная къ чахоткѣ, никогда не должна кормить грудью своего ребенка.

Быстро развивающаяся въ пуэрперальномъ періодѣ чахотка большею частію сопровождается рѣзкими лихорадочными припадками, обыкновенно перемежающагося типа. Во время приступа температура часто доходитъ до 40°, а во время ремиссии понижается до 38 и болѣе. Появленіе такихъ пароксизмовъ въ первыя недѣли послѣ родовъ, если при этомъ объективные признаки при выслушиваніи легкихъ не достаточно выражены, легко можетъ быть принято либо за перемежающуюся лихорадку, либо за какую нибудь пуэрперальную болѣзнь (*metrophlebitis, endo et perimetritis et cet.*). Дифференціальныи діагнозъ въ такихъ случаяхъ можетъ быть разъясненъ дальнѣйшимъ теченіемъ болѣзни, съ появленіемъ новыхъ, болѣе опредѣленныхъ симптомовъ.

§ 143. 8) *Гидремія* и *анемія*. Первое изъ этихъ состояній во время беременности встрѣчается нерѣдко. Большею частію это бываетъ у тѣхъ особъ, которыя ранѣе того страдали неправильнымъ кроветвореніемъ. Подъ вліяніемъ беременности, въ этихъ случаяхъ, составъ крови дѣлается еще жиже. Во второй половинѣ беременности отъ этого являются значительныя отеки ногъ и наружныхъ половыхъ частей, но могутъ быть и болѣе опасныя выпоты въ брюшную и грудную полость. Больная обыкновенно страдаетъ при этомъ большою жаждою. Мочи отдѣляется много, но безъ примѣси бѣлка. При гидреміи я большею частію замѣчалъ увеличенное количество околоплодныхъ водъ (*hydramnion*), что въ свою очередь имѣетъ вредное вліяніе на развитіе плода и на ходъ родовъ (см. *hydramnion*). При лѣченіи гидреміи назначаютъ препараты желѣза, легкія мочегонныя средства и слабительныя. При большомъ отекѣ наружныхъ половыхъ частей употребляютъ ароматическія примочки и поясныя тепловатыя ванны. Механическаго затрудненія родовъ этотъ отекъ не даетъ. Въ

пуэрпериальномъ періодѣ гидремическіе выпоты проходятъ сами собой довольно скоро.

Гораздо болѣе опасности можетъ дать высокая степень *анеміи*. Во время беременности эта ненормальность состава крови можетъ быстро увеличиваться (*anaemia progressiva perniciosa*), и тогда она дѣлается опасною для жизни. Злокачественная анемія выражается, кромѣ общихъ признаковъ рѣзкаго малокровія, т. е. худобы, блѣдности и сухости кожи и слизистыхъ оболочекъ, *жировымъ перерожденіемъ мышцъ* (сердца, сосудовъ, матки и пр.). Результатомъ этого бывають: затрудненія родовъ (отъ слабости маточныхъ сокращеній), кровотеченія при родахъ (отъ ломкости сосудовъ) и большая опасность смерти тотчасъ послѣ рожденія младенца (отъ острой анеміи мозга, или паралича сердца). Въ послѣдніе годы въ Казани я наблюдалъ три случая этого рода. Въ одномъ изъ нихъ злокачественная анемія произошла у жены священника (бывшей до беременности слабою и истощенною), повидимому, отъ чрезмѣрнаго изнуренія во время Великаго поста. Въ двухъ остальныхъ случаяхъ анемія развилась у беременныхъ, изъ очень бѣднаго класса, вслѣдствіе плохаго питанія. Во всѣхъ этихъ случаяхъ роды наступили прежде времени, именно на 6—7-мъ мѣсяцѣ. Въ началѣ родовъ, при нормальномъ положеніи послѣда, появлялось умѣренное кровотеченіе изъ матки. Родовыя схватки и потуги были чрезвычайно слабы, такъ что плодъ пришлось извлекать искусственно. Во всѣхъ случаяхъ, тотчасъ за опороженіемъ матки, появлялись общія конвульсіи, при полной потерѣ пульса. Двѣ родильницы черезъ нѣсколько минутъ послѣ этого умерли, третья едва была спасена (горячія примочки на голову, подкожныя впрыскиванія эфира, вино).

Служить ли беременность причиною злокачественной анеміи, какъ особаго вида болѣзни, или она только усиливаетъ существующее малокровіе и доводитъ его до крайнихъ предѣловъ, на это до сихъ поръ трудно дать отвѣтъ. Мнѣ кажется болѣе вѣроятнымъ то предположеніе, что *anaemia perniciosa* есть болѣзнь особаго рода, потому что при беременности, равно какъ и въ другое время, мы нерѣдко встрѣчаемъ случаи весьма рѣзкаго малокровія, не имѣющіе ни такого ослабляющаго вліянія на ходъ родовъ, ни такихъ опасныхъ послѣдствій для жизни (случаи неудержимой рвоты, *placenta praevia*, хроническія маточныя кровотеченія). Для отличія злокачественной анеміи отъ обыкновенной нужно пользоваться микроскопическимъ изслѣдованіемъ крови и признаками жироваго перерожденія мышцъ, особенно сердца. При лѣченіи, кромѣ общихъ средствъ (желѣзо, вино, питательная діета), есть полное основаніе при возрастающей злокачественной

анеміи произвести выкидышъ, или преждевременные роды, во избѣжаніе крайней опасности родовъ въ болѣе поздніе сроки беременности. При родахъ, или при выкидышѣ нужно по возможности ограничивать потерю крови, а при извлеченіи болѣе зрѣлаго младенца не нужно быстро опорожнять матку и своевременно принять мѣры противъ острой анеміи мозга.

§ 144. 9) У беременныхъ женщинъ, преимущественно у многоплождавшихъ, нерѣдко развиваются *варикозныя расширения вены*. Чаще всего эти синіе узлы образуются на внутренней поверхности бедеръ и подъ колѣнями, но иногда они распространяются и на голени. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ варикозные узлы образуются также на венахъ наружныхъ половыхъ частей. Въ послѣднемъ случаѣ здѣсь являются цѣлыя пакеты жесткихъ, неровныхъ желваковъ; половыя губы получаютъ темносиній цвѣтъ, сильно увеличиваются въ объемъ и отекаютъ. Во время родовъ (въ концѣ 2-го періода) эти варикозные узлы сильно напрягаются и угрожаютъ опасностію разрыва. Я помню два случая изъ своей петербургской практики и одинъ случай въ Казани, гдѣ изъ разорвавшагося во время родовъ варикознаго узла большой губы открылось такое сильное кроветеченіе, что съ трудомъ удалось остановить его (механическое прижатіе, тампонація ватой, обработанной полуторно-хлористымъ желѣзомъ). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ изъ лопнувшей глубокой вены образуется большая кровяная опухоль губы (гематома). Точно также могутъ разрываться и варикозные узлы на нижнихъ конечностяхъ, гдѣ остановить кроветеченіе гораздо легче. При отсутствіи немедленной помощи эти кроветеченія могутъ быть очень опасны. Проф. Шпигельбергъ приводитъ два примѣра виденной имъ смерти отъ этой причины: разъ у одной прачки на 8 м. беременности, умершей у входа въ родовспомогательное заведеніе, куда она пришла за помощью; въ другой разъ больная умерла въ поликлиникѣ, вслѣдствіе кроветеченія изъ разорвавшагося веннаго узла на внутренней поверхности правой губы. Послѣ родовъ расширенныя вены, обыкновенно, опадаютъ сами собой довольно быстро; но въ иныхъ случаяхъ это даетъ поводъ къ образованію въ венахъ тромбовъ и воспаленій въ пуэрперальномъ періодѣ.

§ 145. 10) *Сифилисъ*. Сифилитическій ядъ оказываетъ на беременность весьма рѣзкое вліяніе. Оно обнаруживается чаще всего выкидышами и преждевременными родами, или, въ болѣе благоприятныхъ случаяхъ, срочными родами, но съ зараженіемъ младенца. Такое вліяніе усматривается какъ въ томъ случаѣ, когда старымъ, скрытымъ сифилисомъ зараженъ одинъ отецъ, такъ и тогда, когда заражена одна мать, или оба вмѣстѣ. Вообще при скрытомъ сифилисѣ беременность можетъ служить лучшимъ доказательствомъ

полнаго, или неполнаго излѣченія. Очень нерѣдко при застарѣломъ сифилисѣ мужа или жены послѣдняя остается безплодной. Если же происходитъ зачатіе, то большею частію въ первыхъ же мѣсяцахъ беременности отпадающая оболочка и плодное яйцо подвергаются такимъ измѣненіямъ, при которыхъ продолженіе беременности дѣлается невозможнымъ и является выкидышъ. Сюда относится большая часть, такъ называемыхъ, привычныхъ выкидышей. Въ другихъ случаяхъ, когда сила сифилитическаго яда слабѣе, беременность можетъ продолжаться дольше, напр до 6—7 мѣсяцевъ, но къ этому времени все таки является неожиданная смерть плода и преждевременные роды. Замѣчательно, что въ подобныхъ случаяхъ большею частію причиной смерти плода бываетъ сифилисъ отца, иногда до такой степени скрытый, что нужно самое тщательное изслѣдованіе и самый строгій анамнезъ, чтобы открыть слѣды его. Я знаю нѣсколько такихъ примѣровъ, гдѣ ежегодные выкидыши по нѣскольку лѣтъ оставляли меня въ недоумѣніи на счетъ причины ихъ происхожденія, такъ какъ ни у отца, ни у матери, по видимому, не было никакихъ слѣдовъ сифилиса, но потомъ случайно доношенный ребенокъ открывалъ тайну прошедшаго, потому что у него оказывались явные слѣды врожденнаго сифилиса (см. болѣзни плода). При подробномъ распросѣ оказывалось, что отецъ, большею частію до женитьбы, иногда 8—10 лѣтъ назадъ, страдалъ этою болѣзью и считалъ себя совершенно выздоровѣвшимъ. Зараженіе плода чрезъ сѣмя отца большею частію не влечетъ за собою зараженія матери. Если во время зачатія родители были здоровы, а зараженіе произошло во второй половинѣ беременности, то дѣти могутъ родиться здоровыми, если только они не заразятся случайно во время родовъ. Наконецъ, у сифилитическихъ родителей я нерѣдко встрѣчалъ различныя уродливости и неправильности развитія дѣтей, что, мнѣ кажется, можно поставить въ зависимость отъ сифилитическаго зараженія, такъ какъ при этой болѣзни происходятъ довольно крупныя измѣненія въ оболочкахъ плоднаго яйца и въ самомъ зародышѣ, что, въ случаѣ продолженія утробной жизни плода, можетъ обусловить неправильности его развитія.

Такъ какъ зачатіе отъ сифилитическаго отца или матери неизбежно влечетъ за собою заболѣваніе плода, то въ подобныхъ случаяхъ беременная женщина должна быть подвергаема спеціальному лѣченію, даже и тогда, когда въ ея собственномъ организмѣ не оказывается явныхъ признаковъ сифилитическаго зараженія. Ртутное лѣченіе (лучше всего втиранія ртутной мази, или внутреннее употребленіе сублимата) беременныя женщины переносятъ очень хорошо. Оно не только не прекращаетъ беременности, а напротивъ способствуетъ ея продолженію,

предотвращая развитіе сифилитическихъ измѣненій въ отпадающихъ оболочкахъ и въ плацентѣ и защищая плодъ отъ заболѣванія. Если застарѣлый сифилисъ будетъ опредѣленъ у отца, или матери въ началѣ беременности, то лѣченіе удобнѣе назначать въ продолженіи первыхъ трехъ мѣсяцевъ, не откладывая на болѣе поздніе сроки (во избѣжаніе выкидыша). Если-же сифилисъ опредѣляется въ концѣ беременности, или послѣ родовъ, то лѣченіе удобнѣе начинать по истеченіи цуэрепериальнаго періода.

Свѣжее зараженіе сифилисомъ во время беременности можетъ случиться во всякій срокъ. Оно обнаруживается болѣе быстрымъ и обширнымъ развитіемъ мѣстныхъ явленій (сильная реакція, отекъ, глубокія язвы и фолликулярныя абсцессы) вслѣдствіе усиленнаго питательнаго раздраженія половыхъ органовъ у беременныхъ. Эти первичныя формы необходимо лѣчить немедленно, не смотря на то, что прямой опасности зараженія плода черезъ кровь здѣсь не существуетъ. Къ сроку родовъ язвы должны быть заживлены потому, что при существованіи ихъ ребенокъ можетъ заразиться во время прохожденія чрезъ половые пути, посредствомъ прикосновенія къ сифилитическому гною. При заживленіи язвъ нужно избѣгать сильныхъ прижиганій и вообще большаго раздраженія половыхъ органовъ, чтобы не вызвать выкидыша.

§ 146. 11) *Чрезмѣрная рвота* беременныхъ нерѣдко составляетъ весьма тягостную, даже опасную болѣзнь. Въ такомъ случаѣ рвота бываетъ не только по утрамъ, но въ теченіи цѣлаго дня, при видѣ всякой пищи, такъ что больная можетъ, наконецъ, крайне истощиться отъ недостатка питанія. Тѣло ея худѣетъ, пульсъ падаетъ, силы слабѣютъ до того, что она едва передвигается съ мѣста на мѣсто. При всемъ томъ она постоянно страдаетъ отъ мучительной тошноты и физическихъ напряженій при рвотѣ. Эта болѣзнь имѣетъ чисто рефлекторный характеръ. Она появляется чаще всего со втораго, или третьяго мѣсяца беременности и продолжается до четвертаго, или пятаго мѣсяца, рѣдко до шестаго или седьмаго. Я часто наблюдаю, что неукротимою рвотою страдаютъ преимущественно тѣ женщины, у которыхъ существуетъ значительное *искривленіе матки впередъ* (*anteflexio*). При искривленіяхъ назадъ рвота наблюдается рѣже. Во всякомъ случаѣ она зависитъ отъ какихъ либо измѣненій въ нервахъ и гангліяхъ матки, по всей вѣроятности, стоящихъ въ связи съ прижатіемъ или ущемленіемъ нервныхъ стволовъ или узловъ. При исправленіи положенія матки, когда этотъ органъ выходитъ въ полость большаго таза (на 4—5 мѣсяцѣ), рвота большею частію проходитъ сама собой. У первобеременныхъ она встрѣчается чаще, нежели у многорождавшихъ. Съ прекращеніемъ беременности, или послѣ смерти плода, хотя бы и остающагося въ маткѣ, она быстро

прекращается. Больная снова получает способность принимать и переваривать пищу. Если рвота прекращается при живомъ плодѣ, то дальнѣйшее теченіе беременности можетъ продолжаться правильно. На утробный плодъ рвота вліяетъ мало. По крайней мѣрѣ я большею частію видѣлъ, что питаніе плода при этомъ страдало не въ такой степени, какъ можно было бы ожидать, судя по истощенію матери. Нерѣдко послѣ перенесенной тяжелой рвоты ребенокъ рождался полнымъ, здоровымъ и упитаннымъ. Выкидыши при чрезмѣрной рвотѣ беременныхъ также случаются не часто. Относительно опасности для самой беременной тоже могу сказать, что, не смотря на часто наблюдаемыя сильныя степени этой болѣзни, я ни разу не видалъ отъ нея смертельнаго исхода, хотя въ литературѣ и есть на это указанія. Я помню нѣсколько случаевъ такой изнурительной рвоты беременныхъ, гдѣ, казалось, можно было бы ожидать ежедневной опасности для жизни, гдѣ возникалъ вопросъ объ искусственномъ выкидышѣ; но во всѣхъ этихъ случаяхъ я ограничивался палліативнымъ лѣченіемъ и ни разу не потерялъ ни матери, ни ребенка.

Противъ рвоты беременныхъ предложено было очень много средствъ, но, къ сожалѣнію, они почти всѣ мало дѣйствительны. Больше другихъ приносятъ пользу: кусочки льда, глотки холоднаго шампанскаго, пилюли съ креозотомъ, или карболовой кислотой (gr. jv на 40 пилюль, покрытыхъ коллодіемъ, по 4—6 пилюль въ день), подкожное впрыскиваніе морфія. При оцѣнкѣ всѣхъ этихъ средствъ не нужно забывать, что рвота беременныхъ часто прекращается сама собою. Кромѣ симптоматическаго лѣченія, нужно заботиться о питаніи больной. Если никакая пища не переносится желудкомъ, то можно временно поддерживать питаніе помощію клистировъ (настой поджелудочной желѣзы, бульонъ съ яичнымъ желткомъ и масломъ и небольшимъ количествомъ вина). Если беременность достигла того срока, при которомъ плодъ становится жизнеспособнымъ, а между тѣмъ рвота не прекращается (что, впрочемъ, бываетъ очень рѣдко), то можно произвести искусственные преждевременные роды. Въ раннихъ мѣсяцахъ беременности, при существованіи искривленія матки, я съ большою пользою примѣнялъ употребленіе мягкихъ гуттаперчевыхъ колець, въ крайнемъ случаѣ ставилъ пиявки на маточную шейку.

Многіе акушеры совѣтуютъ при неудержимой рвотѣ беременныхъ прибѣгать, какъ къ послѣднему и самому вѣрному средству, къ искусственному выкидышу. Основываясь на своихъ наблюденіяхъ, я до сихъ поръ не вынесъ убѣжденія въ необходимости и умѣстности этой операціи. Само собою

разумѣется, что она можетъ быть показуема только при крайней степени истощенія; но здѣсь, обыкновенно, является вопросъ: перенесетъ ли такая слабая женщина выкидышъ и неразлучное съ нимъ кровотеченіе? Мнѣ всегда казалось, что выкидышъ при такихъ обстоятельствахъ только ускорить смертельный исходъ болѣзни; потому на консультаціяхъ я былъ всегда противъ него и по дальнѣйшему благополучному исходу болѣзни никогда не раскаявался въ этомъ. Производить выкидышъ въ болѣе легкихъ случаяхъ, когда нѣтъ еще сильнаго, угрожающаго опасностію жизни, истощенія, нѣтъ никакого основанія; потому что дальнѣйшее теченіе болѣзни для насъ неизвѣстно, а напротивъ съ каждымъ днемъ можно надѣяться, что рвота прекратится сама собою. Въ случаѣ возникновенія вопроса о выкидышѣ, онъ долженъ быть обсужденъ консультативно, такъ какъ иначе можно навлечь на себя осужденія и нарѣканія, если не въ преступномъ вытравленіи плода, то, по крайней мѣрѣ, въ неосторожныхъ дѣйствіяхъ.

12) *Слюнотеченіе* во время беременности случается рѣдко. При этомъ слюна отдѣляется постоянно и въ такомъ большомъ количествѣ, что больная наплевываетъ ее въ теченіе дня цѣлыя кружки. Это можетъ продолжаться нѣсколько недѣль, или даже мѣсяцевъ, и потомъ проходитъ само собою. Болѣзнь эта тоже рефлекторнаго характера. Кромѣ крайняго неудобства и непріятности для больной, она до извѣстной степени можетъ истощать организмъ слишкомъ большими выдѣленіями. Пищевареніе при этомъ большею частію страдаетъ мало. Противъ слюнотеченія употребляютъ вяжущія полосканья рта, желѣзо и *kali jodatum*. *Эбиттинъ* совѣтуетъ дѣлать подкожныя впрыскиванія атропина (вблизи подчелюстной желѣзѣ).

13) *Зубныя боли и невралгіи* у беременных случаются очень часто. При этомъ обыкновенно одинъ, или нѣсколько зубовъ портятся. Лѣченіе палліативное. Вырыванія зубовъ у беременных женщинъ надо избѣгать, такъ какъ эта операція при нервномъ потрясеніи легко можетъ дать поводъ къ выкидышу.

В. Болѣзни и неправильности половыхъ органовъ у беременныхъ.

1) Неправильности въ положеніи матки.

§ 147. а) *Наклоненіе матки впередъ* (*anteversio uteri gravidi*). Изъ анатомическаго укрѣпленія матки мы знаемъ, что этотъ органъ до значительной степени подвиженъ. Представляя собою рычагъ втораго рода, матка, естественно, измѣняетъ свое положе-

ніе, какъ скоро на томъ или другомъ плечѣ рычага тяжесть измѣняется. Такимъ образомъ, при увеличеніи дна и тѣла матки въ первыхъ мѣсяцахъ беременности, матка всегда должна болѣе или менѣе наклоняться впередъ. Это явленіе должно считать явленіемъ нормальнымъ, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда оно дѣлается чрезмѣрнымъ, т. е. когда дно матки, выпячивая передній сводъ влагалища, лежитъ на уровнѣ шейки, или даже ниже ея. Въ этомъ случаѣ нерѣдко появляется неудержимая рвота, или же беременная матка, нажимая на мочевой пузырь, можетъ вызывать болѣзненные припадки со стороны мочеиспусканія. Впрочемъ, эти послѣдніе припадки не могутъ быть ни очень сильны, ни продолжительны, потому что матка при дальнѣйшемъ увеличеніи скоро выходитъ изъ-за лоннаго соединенія въ большой тазъ, гдѣ можетъ развиваться совершенно свободно. Такимъ же образомъ скоро исправляются сами собою и случаи искривленія впередъ беременной матки (*anteflexio*).

Наклоненіе матки впередъ можетъ быть и во второй половинѣ беременности: при вялости брюшныхъ стѣнокъ и растяженіи мышцъ живота, при слишкомъ сильномъ наклоненіи таза, или суженіи его, при искривленіи впередъ поясничной части позвоночника. Въ этихъ случаяхъ животъ представляется обвислымъ, иногда достигающимъ почти до колѣнъ (*venter prorepens*). Чѣмъ дальше продолжается беременность, тѣмъ обвисаніе дѣлается сильнѣе. Во всякомъ случаѣ, однакоже, это состояніе не бываетъ ни особенно тягостнымъ, ни опаснымъ. Оно облегчается помощію цѣлесообразной повязки (бандажъ для беременных), которой поддерживается животъ, какъ во время беременности, такъ и во время родовъ. Обвислый животъ встрѣчается почти исключительно у женщинъ многорождавшихъ.

§ 148. b) *Наклоненіе и искривленіе матки назадъ* (*retroversio et retroflexio uteri gravidi*). Случаи быстраго смѣщенія матки назадъ, происходящаго въ первыхъ 2—3 мѣсяцахъ беременности, напр. вслѣдствіе толчка, или другаго насилія извнѣ, бываютъ довольно рѣдко. Большею частію эта болѣзнь наблюдается у такихъ женщинъ, которыя страдали ею до беременности, и чаще всего у многорождавшихъ, такъ какъ зачатіе при *retroversio* и *retroflexio uteri* возможно. Наклоненіе и искривленіе назадъ беременной матки въ большинствѣ случаевъ представляютъ легкую неправильность, которая къ концу третьяго, или къ половинѣ четвертаго мѣсяца исправляется сама собою, по мѣрѣ увеличенія матки и выходенія ея въ каналъ большаго таза. Такъ какъ искривленное дно обыкновенно лежитъ не подъ *promontorium*, а обращено къ тому или другому крестцово-подвздошному соединенію, то большею частію, при постепенномъ ростѣ, беременная матка не встрѣчаетъ

большаго препятствія къ поднятію вверхъ, въ каналъ большаго таза. Это обыкновенно происходитъ въ началѣ четвертаго мѣсяца беременности. Какъ только дно матки выйдетъ въ большой тазъ, неправильность этимъ самымъ совершенно устраняется и дальнѣйшее теченіе беременности идетъ обыкновеннымъ порядкомъ. Въ исключительныхъ случаяхъ такого исправленія не происходитъ, дно матки упирается въ крестцовую впадину, подъ *promontorium*, при постепенномъ увеличеніи все болѣе и болѣе наполняетъ каналъ малаго таза и наконецъ ущемляется здѣсь. Это обыкновенно случается на четвертомъ мѣсяцѣ беременности.

При ущемленіи матки обнаруживаются весьма тяжелые и опасные припадки: задержаніе мочи и испражнений, съ послѣдовательными измѣненіями въ мочевыхъ путяхъ и кишкахъ, воспаленіе брюшины и большею частію смерть.

Задержаніе мочи здѣсь происходитъ вслѣдствіе того, что маточная шейка, поднимаясь вверхъ и впередъ, увлекаетъ за собою мочеиспускательный каналъ, который отъ этого вытягивается, суживается въ просвѣтѣ и измѣняетъ свое направленіе. Въ началѣ развитія этого припадка больная жалуется только на не свободное выдѣленіе мочи. Моча идетъ медленно, тонкой струей, или даже по каплямъ, съ рѣзущей болью; но въ скоромъ времени мочеиспусканіе дѣлается совершенно невозможнымъ. Здѣсь является весьма тягостный припадокъ постояннаго позыва къ мочеиспусканію при полной невозможности выведенія мочи и при сильныхъ боляхъ живота. Мочевой пузырь растягивается до колоссальныхъ размѣровъ, такъ что дно его нерѣдко ощупывается наравнѣ съ пупкомъ, даже выше, и растянутый животъ напоминаетъ по виду и тупому звуку 6—7 мѣсячную беременность. Вслѣдъ за мочевымъ пузыремъ, отъ задержанія мочи, растягиваются мочеточники и почечныя лоханки. Застоявшаяся моча, подвергаясь щелочному броженію и разложенію, вызываетъ *cistitis*, или даже дифтеритическое воспаленіе. Такъ напр. въ случаѣ, описанномъ *Шатцельмъ*, вся слизистая оболочка пузыря, съ значительною частью мышечной, была вполне некрогизирована, такъ что образовала второй мѣшокъ, совершенно отставшій отъ здоровой части. Иногда мочевой пузырь, вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія, разрывается и излившаяся моча, затекая въ прилежащую блѣтчатку, вызываетъ помертвѣніе ея, урэмію, или еще чаще, быстромертельный общій перитонитъ.

Со стороны прямой кишки сначала являются запоры вслѣдствіе давленія матки на заднюю стѣнку таза. Чѣмъ дальше продолжается беременность, тѣмъ запоры становятся сильнѣе и сильнѣе; наконецъ, испраженія дѣлаются совершенно невозможными.

За этимъ слѣдуетъ развитіе сильнаго метеоризма, животъ сильно раздувается, дыханіе дѣлается короткимъ и труднымъ, является рвота, не только содержимымъ желудка, но и жидкостью изъ 12-перстной и тонкихъ кишекъ (ileus). Вмѣстѣ съ этимъ, обыкновенно, развивается воспаленіе брюшины и ущемленной матки, которая отъ этого еще болѣе увеличивается, является сильная боль въ поясницѣ и по всему животу, чувство невыносимаго напора внизъ и тупой, сверлящей боли въ глубинѣ малаго таза. При растяженіи мочеваго пузыря и метеоризмъ, при воспаленіи брюшины и матки, дно этой послѣдней еще болѣе опускается внизъ, сильно нажимаетъ на заднюю стѣнку рукава, которая можетъ отъ этого помертвѣть и разорваться.

При развитіи подобныхъ явленій положеніе больной становится въ высшей степени опаснымъ. Большею частію болѣзнь оканчивается смертію, такъ какъ вправленіе матки при такихъ условіяхъ весьма трудно, а начавшіяся воспаленіе брюшины, ileus и урэмія сами по себѣ почти всегда смертельны. Поэтому, при наклоненіи и искривленіи назадъ беременной матки нужно всѣми мѣрами стараться не допустить до развитія припадковъ ущемленія, или при первомъ ихъ появленіи употребить всѣ средства, чтобы дать маткѣ правильное положеніе.

Распознаваніе этой болѣзни большею частію легко. При появленіи припадковъ ущемленія прежде всего бросается въ глаза задержаніе мочи и растяженіе мочеваго пузыря, образующаго большую, округлую опухоль въ нижней части живота, съ тупымъ звукомъ и флюктуаціей. При внутреннемъ изслѣдованіи полость малаго таза оказывается наполненной большою, мягкой опухолью. Маточная шейка прощупывается непосредственно за лоннымъ соединеніемъ и лежитъ очень высоко, иногда выше верхняго края лонныхъ костей. Изъ анамнеза мы узнаемъ о признакахъ существующей беременности, не менѣе трехъ съ половиною мѣсяцевъ. Retroflexio uteri gravidi можно смѣшать развѣ съ ущемленной кистой яичника, съ заматочной кровяной опухолью, или съ заворотомъ и ущемленіемъ кишки, но при этихъ болѣзняхъ не будетъ признаковъ беременности, не будетъ растяженія мочеваго пузыря, и матка можетъ быть прощупана отдѣльно отъ опухоли, выполняющей малый тазъ. Диагнозъ можетъ быть сдѣланъ еще точнѣе при опорожненіи мочеваго пузыря, что при кистѣ и кровяной опухоли не даетъ никакихъ затрудненій при введеніи катетера, а при retroflexio это удается съ большимъ трудомъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда ущемленіе кисты, или заворотъ кишекъ существуютъ одновременно съ беременностію, отличіе этихъ болѣзней отъ ущемленія искривленной назадъ беременной матки дѣлается на основаніи изслѣдованія положенія маточной

шейки и дна матки. При *retroflexio uteri gravidi* не только задній сводъ влагалища, но и большая часть полости малаго таза будутъ выполнены увеличенной маткой, а маточная шейка будетъ обращена вверхъ и впередъ, между тѣмъ какъ при ущемленіи кишекъ или кисты шейка будетъ прощупываться на своемъ мѣстѣ. При изслѣдованіи раздутаго живота въ первомъ случаѣ будетъ замѣтенъ тупой звукъ отъ переполненнаго мочеваго пузыря, а во второмъ тимпаническій, вслѣдствіе существующаго сильнаго метеоризма. Наконецъ, для разъясненія діагностики можетъ служить вычисленіе срока беременности, такъ какъ ущемленіе беременной матки происходитъ обыкновенно не ранѣе четвертаго и не позже половины пятаго мѣсяца, тогда какъ ущемленіе кишекъ и кисты можетъ быть во всякое время.

§ 149. При *лъченіи* первымъ дѣломъ нужно опорожнить мочевою пузырь. Это обыкновенно даетъ большія затрудненія, но во многихъ случаяхъ можетъ быть достигнуто, лучше всего длиннымъ эластическимъ катетеромъ. При катетеризаціи нужно имѣть въ виду смѣщеніе уретры и отклоненіе мочеваго пузыря въ ту или другую сторону. Катетеръ иногда бываетъ легче ввести при колѣбно-локтевомъ положеніи. Когда катетеръ проникаетъ въ пузырь, моча изливается въ громадномъ количествѣ и, по мѣрѣ ея изліянія, опухоль живота значительно уменьшается. Послѣ этого дѣлается попытка выправленія матки, что въ незапущенныхъ случаяхъ обыкновенно удается. Если введеніе катетера оказалось безуспѣшнымъ, можно попытаться выправить матку безъ опорожненія пузыря. Если и это тоже не удается, то остается прибѣгнуть къ проколу мочеваго пузыря троакаромъ чрезъ брюшныя стѣнки, между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ. Послѣ опорожненія пузыря дѣлается выправленіе матки.

Выправленіе матки производится ручными приѣмами, при положеніи больной на спинѣ, съ согнутыми колѣнями, или на боку, или, наконецъ, въ положеніи на колѣняхъ и локтяхъ, смотря потому, какъ окажется удобнѣе. Выправленіе дѣлается подъ хлороформомъ, половиною руки, нажимающей на дно матки, либо чрезъ рукавъ, либо чрезъ прямую кишку. Дно матки поднимается вверхъ по направленію того или другаго крестцово-подвздошнаго соединенія. Большею частью приходится употреблять много терпѣнія и усилій, прежде чѣмъ выправленіе удастся; иногда облегчаетъ его теплая ванна. Выправленіе можно считать оконченнымъ только тогда, когда маточная шейка приметъ свое нормальное положеніе, опухоль изъ задней половины таза исчезнетъ и будетъ прощупываться въ больномъ тазу за лоннымъ соединеніемъ.

Если вправление, не смотря на всѣ попытки, не удастся, а припадки ущемленія развиваются сильнѣе и сильнѣе, тогда не остается другаго средства, какъ сдѣлать искусственный выкидышъ. Произвести этотъ послѣдній въ данномъ случаѣ довольно трудно, потому что маточная шейка лежитъ очень высоко за лоннымъ соединеніемъ. По этой причинѣ нерѣдко приходится прекращать беременность проколомъ маточной стѣнки помощью троакара, чрезъ который выпускается околоплодная жидкость. Послѣ этого, при спаденіи полости матки, начинаются родовыя сокращенія и плодное яйцо изгоняется изъ матки обыкновеннымъ порядкомъ. При проколѣ маточной стѣнки легко можетъ послѣдовать значительное кровотеченіе, поэтому при производствѣ выкидыша всегда нужно предварительно испробовать обыкновенные способы, дѣйствующіе чрезъ маточную шейку, напр. зондъ, или бушь, и только при неудачѣ ихъ введенія рѣшиться на проколъ стѣнки. При ущемленіи матки не слѣдуетъ употреблять ни мочегонныхъ, ни слабительныхъ средствъ. Произвольно начинающійся выкидышъ слѣдуетъ считать явленіемъ благопріятнымъ.

Если приходится имѣть дѣло съ искривленіемъ назадъ беременной матки безъ припадковъ ущемленія, напр., на третьемъ мѣсяцѣ беременности, то, имѣя въ виду возможность развитія этихъ припадковъ на 4-мъ мѣсяцѣ, слѣдуетъ внимательно наблюдать за больной, заблаговременно производить вправление матки при первомъ затрудненіи мочеиспусканія. Въ такихъ случаяхъ я обыкновенно вкладываю въ рукавъ цѣльное гуттаперчевое кольцо, употребляемое мною съ 1863 года при искривленіяхъ матки (см. Гинек. вып. 2, стр. 181) и заставляю носить его до тѣхъ поръ, пока дно матки не выйдетъ изъ малаго таза. Это кольцо беременными женщинами переносится очень легко и при искривленіяхъ матки несомнѣнно приноситъ пользу.

§ 150. Случаи ущемленія искривленной назадъ беременной матки, къ счастью, встрѣчаются довольно рѣдко. Въ теченіи 23 лѣтней практики я встрѣтился съ ними всего девять разъ. Шесть изъ нихъ кончились благополучно (въ двухъ случаяхъ произошелъ произвольный выкидышъ, а четыре раза удалось вправление), а въ остальныхъ трехъ послѣдовала смерть. Кромѣ того, я наблюдалъ одинъ благополучный исходъ, описанный Д-мъ Аменицеимъ въ Протоколахъ общества русскихъ врачей въ Спб. (186 $\frac{1}{2}$ г, стр. 181), гдѣ вправление матки удалось послѣ прокола мочеваго пузыря, дно котораго находилось на два пальца ниже пупка.

Точное описаніе *retroversionis uteri gravidi* въ первый разъ сдѣлалъ *William Hunter* ⁽¹⁾ въ *Medical observations vol. IV* и

(1) *Retroversio uteri gravidi* было описано и прежде Гунтера, только подъ другимъ названіемъ, именно въ 1739 (*Disputatio medica de uteri delapsu*).

V (1771-76 г.) и пояснилъ прекраснымъ рисункомъ въ своихъ знаменитыхъ *Tabulis de utero gravido* (Tab. XXVI). Затѣмъ объ этомъ писали многіе другіе авторы, перечислять которыхъ здѣсь нѣтъ надобности. У насъ въ Россіи въ первый разъ хорошо описана эта болѣзнь въ 1810 г. Вас. Мих. *Рихтеромъ*. Въ сообщенномъ имъ случаѣ *retroversio uteri gravidi* произошло отъ того, что больная поскользнулась на лѣстницѣ и упала на крестецъ. Для выправленія матки (въ началѣ наступленія припадковъ ущемленія) Рихтеръ предложилъ особый инструментъ *hysteromochlion*, состоящій изъ изогнутаго по кривизнѣ таза металлическаго стилета съ ручкой, снабженнаго на концѣ мягкимъ, обтянутымъ кожею конусомъ. При помощи этого инструмента выправленіе матки окончилось успѣшно безъ предварительнаго опорожненія мочевого пузыря; послѣ того мочеиспусканіе сдѣлалось свободнымъ и беременность нормально продолжалась до конца.

§ 151. с) *Выпаденіе матки* (*Prolapsus uteri*). Опущеніе и выпаденіе матки не препятствуютъ зачатію, поэтому случаи беременности, осложненные этой болѣзнію, рѣдки. Выпаденіе можетъ быть полное и не полное. Первымъ (*prolapsus uteri incompletus*) называется такое состояніе, при которомъ изъ наружныхъ половыхъ частей выходитъ только часть матки, напр. *collum uteri*; вторымъ (*prolapsus uteri completus*)—когда вся матка лежитъ внѣ половой расщелины. Въ томъ и другомъ случаѣ матка можетъ быть свободно вправлена, или же, что бываетъ рѣдко, вправленіе невозможно. Выпаденіе матки обыкновенно бываетъ у женщинъ, много разъ рождавшихъ, и чѣмъ чаще были роды, тѣмъ выпаденіе сильнѣе. Острые случаи этой болѣзни, напр. происходящіе вслѣдствіе сильнаго толчка, или паденія въ первыхъ двухъ мѣсяцахъ беременности, могутъ быть только въ видѣ исключенія, потому что подобное насиліе гораздо скорѣе причинитъ выкидышъ, нежели сильное смѣщеніе матки внизъ.

Если беременность развивается при существовавшемъ выпаденіи матки, то припадки выпаденія, обыкновенно, замѣчаются въ первыхъ 3—3½ мѣсяцахъ. Послѣ того матка, вслѣдствіе увеличенія объема, сама собою поднимается въ полость большаго таза и болѣзнь такимъ образомъ устраняется. Въ рѣдкихъ случаяхъ при полномъ выпаденіи невправленная беременная матка можетъ увеличиться на столько, что вправленіе дѣлается уже невозможнымъ. Это можетъ случиться при крайней небрежности и невни-

Исторія этого случая, наблюдаемаго Кульмомъ, произведшимъ и вскрытіе больной, безъ всякаго сомнѣнія указываетъ на ущемленіе искривленной назадъ беременной матки. Другой подобный случай былъ описанъ *Doeveren'омъ*.

мательности больной къ своему положенію. При такомъ состояніи матка отъ продолжающагося увеличенія въ объемѣ ущемляется въ выходѣ таза и это влечетъ за собою выкидышъ. Такиѣ случаи, гдѣ этого не происходитъ, т. е. гдѣ беременность, не смотря на полное выпаденіе матки, продолжается до самаго конца, нужно считать величайшею рѣдкостію, а *Шредеръ* и *Шпигельбергъ* даже совсѣмъ не признаютъ такихъ случаевъ, говоря, что въ литературѣ нѣтъ для этого ни одного, точно comprovеннаго, факта. Такое мнѣніе едвали справедливо, потому что нѣкоторые описанные случаи, по моему мнѣнію, не могутъ быть отрицаемы. Такъ напр. 1) случай, опубликованный въ *Journ. de. Med. et Chirurgie par A. Roux* 1775. (Т. 43; 2) Случай *Mulner'a* 1771 г., напечатанный отдѣльной брошюрой, гдѣ беременность при полномъ выпаденіи матки продолжалась 9 мѣсяцевъ и роды были кончены извлеченіемъ за ножки; 3) случай *Wagner'a*, напечатанный въ *Elias von Siebold Journ, B. V. p. 615*, гдѣ приложено и рисунокъ.

Распознаваніе выпаденія беременной матки очень легко. При неполномъ выпаденіи въ полости рукава при самомъ входѣ ощупывается маточная шейка, тѣло матки помѣщается въ каналѣ малаго таза, а дно лежитъ за лоннымъ соединеніемъ, ниже, чѣмъ это должно быть въ данный срокъ беременности. При полномъ выпаденіи между наружными половыми частями видна большая шаровидная, краснаго цвѣта опухоль, имѣющая по срединѣ нижняго края круглое отверстіе—маточное рыльце. Большею частію эта опухоль легко вправима.

Припадки при неполномъ выпаденіи матки состоятъ въ затрудненномъ мочеиспусканіи, въ тяжести внизу живота, чувствѣ напиранія внизъ и растяженія въ пахахъ, боли въ поясницѣ и въ бедрахъ. Послѣ вправленія матки, или при лежаніи положеніи больной, эти припадки проходятъ. При полномъ выпаденіи припадки значительно усиливаются. Если матка остается долго снаружи между бедрами, то, подвергаясь третию, она нерѣдко покрывается изъязвленіями и воспаляется; наконецъ, отъ внѣшняго раздраженія, или отъ затрудненія въ кровообращеніи, вслѣдствіе ущемленія, большею частію происходитъ выкидышъ.

Лѣченіе въ первыхъ трехъ мѣсяцахъ беременности состоитъ въ томъ, чтобы вправить матку и постоянно удерживать ее въ этомъ положеніи. При вправленіи нужно слѣдить за направленіемъ дна матки, чтобы оно при подниманіи вверхъ не упиралось въ *promontorium*. Въ этомъ случаѣ дно матки можетъ отклоняться назадъ и такимъ образомъ можно искусственно произвести *retroflexio uteri gravidi*. Вправленная матка удерживается вложеннымъ въ рукавъ гуттаперчевымъ кольцомъ, или гистерофоромъ Цванка, а

въ нѣкоторыхъ случаяхъ еще Т-образной повязкой, идущей чрезъ промежность. Больной назначается преимущественно лежащее положеніе. Такія мѣры осторожности продолжаются до 4-хъ мѣсяцевъ, послѣ чего матка по своей величинѣ обыкновенно уже не опускается, и дальнѣйшее теченіе беременности совершается правильнымъ порядкомъ.

Если вправленіе выпавшей беременной матки окажется невозможнымъ, то остается только употреблять палліативныя мѣры, защищая матку отъ тренія, назначая больной покойное положеніе, наблюдая за правильнымъ отдѣленіемъ мочи и испражнений. Если, не смотря на это, являются опасныя припадки ущемленія, то для устраненія ихъ можно рѣшиться на искусственный выкидышъ. Если бы беременность при полномъ выпаденіи матки, въ исключительномъ случаѣ, достигла своего нормальнаго конца, то при родахъ необходимо поддерживать выпавшую матку широкимъ бинтомъ, напр. полотенцемъ, или длиннымъ кускомъ полотна, въ срединѣ котораго, противъ маточнаго рыльца, прорѣзывается отверстіе, а концы полотна укрѣпляются на плечахъ. Для окончанія родовъ въ такихъ случаяхъ, обыкновенно, требуется осторожное оперативное пособіе.

§ 152. d) *Грыжа* беременной матки представляетъ большую рѣдкость, если не причислять сюда случаевъ растяженія прямыхъ мышцъ живота (*musculi recti*), мимо которыхъ беременная матка проходитъ иногда подъ кожу и фасцію брюшныхъ стѣнокъ. Въ настоящій грыжевой мѣшокъ беременная матка можетъ быть увлечена вмѣстѣ съ другими смѣстившимися внутренностями, или же она можетъ находиться въ грыжевомъ мѣшкѣ до беременности и тамъ послѣдовать зачатіе. Такіе случаи беременности въ паховой и бедренной грыжѣ наблюдали *Hall Davis*, *Cazeaux* и *Rectorzik*. Въ случаѣ послѣдняго (въ Вѣнѣ въ 1860 г.) беременность при *hysterocele cruralis* дошла почти до нормальнаго срока; на внутренней поверхности бедра образовалась громадная опухоль, чрезъ растянутую кожу которой отчетливо прощупывались части движущагося ребенка. Живой младенецъ былъ извлеченъ помощью разрѣза грыжеваго мѣшка и матки (*Zeitschr. für pract. Heilk. Wien 1860 № 18*).

Лѣченіе грыжъ матки выжидательное. При пупочныхъ грыжахъ и грыжахъ брюшныхъ стѣнокъ назначается приличная повязка (бандажъ). При *hysterocele inguinalis et cruralis* почти всегда происходитъ ранній выкидышъ. Въ своевременно распознанныхъ случаяхъ здѣсь можетъ быть показаніе къ искусственному выкидышу.

2) РАЗРЫВЫ, УШИБЫ И РАСТЯЖЕНИЕ МАТКИ.

§ 153. Во время беременности разрывы и раны матки случаются весьма рѣдко. Произвольные разрывы могутъ произойти при внѣматочной беременности (*graviditas interstitialis*), при существованіи въ маточныхъ стѣнкахъ интерстиціального фиброида, или дефекта ткани отъ неправильно сросшагося разрѣза послѣ кесарскаго сѣченія. Насильственные разрывы могутъ послѣдовать только при сильномъ механическомъ поврежденіи, напр. при паденіи съ высоты, или подъ экипажъ, либо при сильномъ ударѣ по животу. Послѣдствіемъ такихъ разрывовъ будетъ изліяніе крови и содержимаго матки въ полость живота, общій *peritonitis* и обыкновенно смерть. Разрывы матки во время родовъ случаются чаще. Объ нихъ будетъ сказано ниже.

Раненіе беременной матки принадлежитъ къ рѣдкимъ случайностямъ. Чаще всего оно происходило либо отъ паденія на какойнибудь колющій или рѣжущій инструментъ (ножъ, вилы, большой гвоздь), либо отъ удара рогами животнаго. Опасность этихъ поврежденій зависитъ отъ величины раны и отъ присоединяющагося воспаленія брюшины. Прежде всего при этомъ слѣдуетъ выкидышъ, а дальнѣйшій исходъ для беременной будетъ зависѣть отъ степени поврежденія.

Ушибы беременной матки встрѣчаются значительно чаще. Это можетъ произойти при паденіи на животъ, или при неосторожномъ толчкѣ. Въ низшихъ классахъ населенія ушибы живота беременной нерѣдко встрѣчаются при дракахъ или побояхъ. Это обыкновенно даетъ поводъ къ судебно-медицинскимъ освидѣтельствованіямъ. Для того, чтобы констатировать ударъ по животу, необходимо основываться на какихълибо объективныхъ признакахъ, напр. на присутствіи кровоподтека въ кожѣ брюшныхъ стѣнокъ. Вліяніе ушиба на плодъ можетъ обнаружиться или немедленно послѣ нанесенія поврежденія, или спустя нѣкоторое время. Въ первомъ случаѣ обыкновенно происходитъ разрывъ плоднаго пузыря, за которымъ слѣдуетъ выкидышъ, или преждевременные роды. Во второмъ случаѣ послѣдствіемъ ушиба можетъ быть воспаленіе матки (*endometritis deciduialis*, *perimetritis*), которое можетъ повести къ выкидышу чрезъ болѣе продолжительный срокъ, или даже, не прерывая беременности, можетъ отразиться на развитіи плода и на теченіи пуэрперальнаго періода. Поэтому судебномедицинское опредѣленіе значенія сдѣланнаго поврежденія, а равно и предсказаніе для больной, въ подобныхъ случаяхъ, нужно дѣлать весьма осторожно, имѣя въ виду, что послѣдствія ушибовъ живота могутъ обнаруживаться чрезъ нѣсколько недѣль, даже мѣсяцевъ.

§ 154. *Выпячиваніе нижняго отрѣзка матки.* Въ послѣднихъ мѣсяцахъ беременности мнѣ много разъ приходилось наблюдать такіе случаи, гдѣ предлежащая головка, чрезмѣрно вытягивая переднюю стѣнку нижняго отрѣзка матки, опускалась почти къ выходу таза. Маточное рыльце при этомъ бываетъ отклонено совершенно взадъ и вверхъ, такъ что едва достается пальцемъ на границѣ входа въ тазъ, въ сторонѣ крестцовоподвздошнаго сочлененія. Полость таза наполнена опустившеюся головкой, на которой чрезъ разстятутыя и истонченныя ткани выпяченнаго передняго свода отчетливо прощупываются швы и роднички. Такое состояніе я встрѣчалъ какъ у первобеременныхъ, такъ и у многорождавшихъ. Причину вытягиванія нижняго отрѣзка матки и передняго свода въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно было приписать частому подниманію, въ концѣ беременности, на высокія лѣстницы, или подниманію тяжестей. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ этому располагаетъ устройство таза, а можетъ быть и существовавшее въ началѣ беременности *ante-flexio uteri*.

Описанное состояніе влечетъ за собою значительныя боли внизу живота, въ поясницѣ и бедрахъ, постоянное чувство напора въ области таза и затрудненіе мочеиспусканія. Во время родовъ это можетъ дать большія затрудненія при раскрытіи маточнаго рыльца, можетъ быть въ состояніи вызвать даже разрывъ вытянутаго передняго свода, хотя такого примѣра я ни разу не наблюдалъ. Помню одинъ случай, гдѣ неопытный акушеръ, принявъ обтянутую истонченнымъ сводомъ и опустившуюся къ выходу таза головку за второй періодъ родовъ, предполагалъ было дѣлать операцію положенія щипцовъ. Произведенное мною, болѣе точное, изслѣдованіе показало, что головка не только не находилась въ рукавѣ, но маточное рыльце, обращенное къ верхней части крестцовой кости, было открыто только на одинъ палець.

Подобное мѣшкообразное выпячиваніе можетъ быть и на заднемъ сводѣ. Такого случая лично я не встрѣчалъ, но въ литературѣ существуютъ такія описанія. Въ этихъ случаяхъ полость малаго таза тоже бываетъ наполнена опустившеюся головкой, покрытой растянутымъ и истонченнымъ заднимъ сводомъ, но маточное рыльце бываетъ обращено не взадъ, а впередъ, къ верхней части лоннаго соединенія. Эта форма выпячиванія задней стѣнки образуется вслѣдствіе бывшаго искривленія беременной матки назадъ, когда дно ея остается въ полости малаго таза, и тѣло и нижній отрѣзокъ, при разростаніи, поднимаются въ брюшную полость. Послѣдствія этой неправильности тѣ же самыя, что и въ первомъ случаѣ. Разпознаваніе не представляетъ труда, если только руководиться положеніемъ маточнаго рыльца. Во время родовъ головка, помѣщающаяся въ мѣшкѣ

вытянутого свода, при поверхностномъ изслѣдованіи можетъ быть иногда принята за лежащую въ рукавѣ, а окружающія ее, истонченныя, гладкія ткани—за плодныя оболочки; но при внимательномъ отношеніи къ дѣлу, этой ошибки всегда можно избѣжать. Руководящимъ признакомъ и здѣсь служить маточное рыльце. Въ случаѣ сомнѣнія, когда по причинѣ очень высокаго положенія рыльца не удастся достать его пальцемъ, или когда можетъ показаться, что края рыльца, по случаю выходенія головки въ рукавѣ, недоступны для осязанія, можно для разъясненія сомнѣнія осмотрѣть выдающуюся часть опухоли, раскрывъ половую расщелину пальцами, или подъемникомъ. Впрочемъ, въ этомъ рѣдко можетъ встрѣтиться надобность, такъ какъ обтянутую сводомъ головку легко узнать и по осязанію. На свободной головкѣ прощупываются волосы и складка кожи, по направленію стрѣловиднаго шва, а вытянутый сводъ представляется совершенно гладкимъ, покрытъ слизистою оболочкою.

При опусканіи головки въ каналъ малаго таза слѣдуетъ беременнымъ запретить долго оставаться на ногахъ, а тѣмъ болѣе производить тяжелую работу, или подниматься по лѣстницѣ. При запорахъ нерѣдко является необходимость прибѣгать къ слабительнымъ, а при задержаніи мочи—къ катетеру. Во время родовъ слѣдуетъ больную ранѣ уложить въ постель и запретить выработывать потуги, которыя здѣсь большею частію являются преждевременно. При замедленіи открытія рыльца полезно во время схватокъ механически притягивать шейку къ центру таза введеннымъ въ отверстіе рыльца пальцемъ, одновременно приподнимаемая головку вверхъ. До полного открытія рыльца не слѣдуетъ употреблять никакихъ средствъ, усиливающихъ потуги.

3) Гипертрофія влагалищной части матки.

§ 155. При этомъ состояніи беременность встрѣчается весьма рѣдко, такъ какъ удлиненная шейка, равно какъ и укороченная, обыкновенно влекутъ за собою безплодіе. Въ своей практикѣ я наблюдалъ два случая беременности при гипертрофіи влагалищной части. Въ одномъ изъ нихъ *portio vaginalis* до беременности имѣла длину болѣе двухъ дюймовъ, такъ что наружное рыльце находилось между половыми губами; въ другомъ случаѣ гипертрофія была нѣсколько меньше. Въ первые три мѣсяца беременности при этомъ было пониженіе матки, такъ что шейка на цѣлый дюймъ выдавалась наружу. Для устраненія этого припадка больная принуждена была оставаться въ постели и нѣкоторое время носила мягкое резиновое кольцо. На четвертомъ мѣсяцѣ шейка, вмѣстѣ съ маткою, сама собою поднялась въ верхнюю область малаго таза.

На седьмомъ мѣсяцѣ влагалищная часть начала укорачиваться, а къ концу беременности она почти совершенно изгладилась, такъ что никакого механическаго препятствія во время родовъ не представляла. Основываясь на этихъ двухъ наблюденіяхъ, я прихожу къ заключенію, что даже значительная гипертрофія влагалищной части не можетъ затруднять при родахъ раскрытіе маточнаго рыльца, а тѣмъ болѣе служить показаніемъ къ ампутаціи шейки во время беременности. Послѣ родовъ въ томъ и другомъ изъ моихъ случаевъ гипертрофія шейки по истеченіи пуэрперальнаго періода возобновилась, хотя и въ меньшей степени.

4) Новообразования въ беременной маткѣ.

§ 156. а) *Фиброиды*. Фиброзныя опухоли матки, особенно подслизистыя и интерстиціальныя (*fibroides submucosi et interstitiales*), въ значительной степени препятствуютъ зачатію. Тѣмъ не менѣе иногда встрѣчаются случаи беременности, осложненной этими опухолями. При этомъ беременная матка представляется больше объемомъ, имѣетъ неправильное очертаніе, неравномѣрную плотность. Въ первыхъ мѣсяцахъ это можетъ затруднять распознаваніе беременности.

Вліяніе фиброидовъ на беременность состоитъ въ томъ, что они нерѣдко служатъ причиною выкидышей или преждевременныхъ родовъ. При промежстѣнномъ фиброидѣ можетъ случиться во второй половинѣ беременности разрывъ матки. Впрочемъ, въ пяти случаяхъ я наблюдалъ беременность съ такимъ фиброидомъ, величиной болѣе кулака взрослога человѣка, дошедшую до нормальнаго срока. Во всѣхъ этихъ случаяхъ послѣ родовъ матка оставалась выше пупка, уменьшалась въ объемѣ весьма медленно и послѣ совершившейся инволюціи опухоль оставалась почти въ неизмѣненномъ видѣ, только рѣзче выступала на маточной стѣнкѣ. Разъ только я наблюдалъ послѣ пятимѣсячнаго выкидыша обратное развитіе фиброида, при чемъ онъ мало по малу дѣлался мягче и чрезъ нѣсколько недѣль на половину уменьшился въ объемѣ (жировое перерожденіе и всасываніе). Беременность съ своей стороны не остается безъ вліянія на ростъ опухоли. При общей гипертрофіи половыхъ органовъ фиброидъ можетъ быстѣе увеличиваться въ объемѣ.

При существованіи въ маткѣ подслизистаго фиброида (фиброзный полипъ) зачатіе случается чрезвычайно рѣдко, а беременность обыкновенно оканчивается выкидышемъ. Подбрюшинный фиброидъ меньше всего вліяетъ на беременность. Если онъ сидитъ на ножкѣ, то, опускаясь въ дугласово пространство, можетъ стѣснять входъ таза и механически затруднять роды. То же самое можетъ быть и при фиброзныхъ опухоляхъ, выступающихъ

изъ цервикальной части матки. Въ акушерской литературѣ есть много случаевъ, гдѣ фиброміомы на столько заграждали тазъ, что для окончанія родовъ необходимо было кесарское сѣченіе.

Въ случаѣ беременности, осложненной фиброидомъ матки, вмѣшательство искусственной помощи требуется только тогда, когда опухоль имѣетъ значительную величину, напр. въ дѣтскую головку, когда она помѣщается въ маточныхъ стѣнкахъ (интерстиціальная форма) и угрожаетъ во время родовъ либо разрывомъ матки, либо непреодолимымъ механическимъ препятствіемъ для выхожденія ребенка, наконецъ, когда опухоль подъ влияніемъ беременности начинаетъ быстро разрастаться. Въ такихъ случаяхъ можетъ быть показаніе къ искусственному выкидышу. При опухоляхъ незначительнаго объема, вырастающихъ изъ верхняго отрѣзка матки, беременность можетъ продолжаться до конца, при чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно рассчитывать на уменьшеніе, даже на полное исчезаніе фиброміомы во время послѣродовой инволюціи матки.

§ 157. б) *Ракъ маточной шейки*. Беременность при ракѣ маточной шейки встрѣчается рѣдко (¹). Въ продолженіе моей 23 лѣтней акушерской практики я помню не болѣе четырехъ случаевъ этого рода, въ которыхъ зачатіе происходило въ самомъ началѣ раковаго пораженія маточной шейки. Въ болѣе позднихъ періодахъ болѣзни, когда уже образуется обширная раковая инфильтрація, а тѣмъ болѣе въ періодѣ распаденія, зачатіе едва ли возможно. По крайней мѣрѣ я наблюдалъ множество случаевъ этого пораженія у женщинъ замужнихъ и не старыхъ, много разъ до того времени рождавшихъ, у которыхъ при бугристомъ раковомъ утолщеніи шейки, не смотря на продолжавшіяся половыя сношенія, существовало безплодіе. Причина этому, вѣроятно, лежитъ въ измѣненіи дѣятельности мускулатуры шейки, препятствующемъ проведенію сѣмяни, подобно тому, какъ это бываетъ при гипертрофіи и атрофіи влагалищной части. Поэтому тѣ рѣдкіе случаи рака матки, которые приходилось наблюдать во время родовъ, по всей вѣроятности развивались во время беременности, или не задолго до этого, такъ что въ моментъ зачатія форма и мускулатура шейки была еще очень мало измѣнена. Во всѣхъ, видѣнныхъ мною случаяхъ раковыя затвердѣнія не служили большою помѣхою во время родовъ. Въ продолженіи беременности они оставались почти въ одномъ положеніи, но въ пуэрперальномъ періодѣ подвергались быстрому разрушенію. Сюда же должны быть отнесены случаи скоротечнаго развитія рака послѣ родовъ. Такихъ примѣровъ я видѣлъ очень много, гдѣ у женщинъ, до

(¹) При ракѣ гѣла матки беременность ни разу не была наблюдаема.

родовъ, по видимому, бывшихъ здоровыми, въ продолженіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ послѣ радоразрѣшенія происходило полное разрушеніе шейки. Послѣдній такой случай я наблюдалъ прошлымъ лѣтомъ въ Томскѣ. Черезъ полтора мѣсяца послѣ легкихъ, нормальныхъ родовъ появились изъ половыхъ органовъ обильныя вонючія отдѣленія. При прикосновеніи къ шейкѣ пальцемъ во время изслѣдованія, отдѣлялись большіе куски раковаго распада. Спустя нѣсколько недѣль, вмѣсто влагалищной части существовалъ глубокій кратеръ, раковая язва перешла на мочевой пузырь и больная вскорѣ умерла. Въ такихъ случаяхъ, недоступное для опредѣленія, начало заболѣванія (слиз. обол. шейки) по всей вѣроятности было либо во время беременности, либо не задолго до послѣдняго зачатія, а роды и послѣродовая инволюція давали лишь сильный толчекъ къ прогрессированію раковаго процесса. Въ исключительныхъ случаяхъ ракъ можетъ во время беременности развиваться такъ быстро, что роды становятся весьма опасными по случаю неподатливости шейки и могущаго быть разрыва матки. По этому при изъязвленномъ ракѣ есть полное показаніе къ кесарскому сѣченію, или еще лучше къ удаленію всей матки по способу *Freund'a*. Показаніе къ искусственному выкидышу здѣсь едва ли можетъ существовать, такъ какъ въ раннихъ мѣсяцахъ беременности ракъ не встрѣчается въ очень развитой формѣ, поэтому въ видахъ спасенія плода лучше выжидать полного срока беременности и потомъ уже, удаливъ плодъ путемъ кесарскаго сѣченія, экстирпировать матку. Выжиганіе рака и частичная ампутація шейки при беременности не умѣстны.

5) Воспаленіе брюшиннаго покрова матки и сращенія.

§ 158. Воспаленіе брюшиннаго покрова матки у беременныхъ чаще всего происходитъ отъ механическихъ поврежденій, напр. паденія, или удара по животу; но иногда оно можетъ быть и безъ видимыхъ внѣшнихъ причинъ. Признаки его тѣ же самыя, что и внѣ беременности (боль живота, лихорадка, эксудатъ). Воспаленіе брюшины имѣетъ большое вліяніе на ходъ беременности. Отъ этой причины весьма часто случаются выкидыши, какъ вслѣдствіе существующей лихорадки, такъ и отъ прилива крови къ маткѣ и перехода воспаленія на маточныя стѣнки. На характеръ метроперитонита беременность не имѣетъ особеннаго вліянія. Здѣсь не бываетъ такого распространеннаго воспаленія и такого обильнаго скопленія эксудата, какъ въ пуэрпериальномъ періодѣ. Чаще воспаленіе ограничивается областью матки и широкихъ связокъ, а эксудатъ имѣетъ болѣе фибринозный характеръ и болшею частію даетъ значительныя сращения матки съ

сосѣдными частями. Это обстоятельство въ свою очередь можетъ обусловливать неправильное положеніе матки (искривленіе назадъ или впередъ) и можетъ причинить выкидышъ спустя нѣсколько недѣль по окончаніи воспаленія, вслѣдствіе того, что матка, обхваченная сращениями, не можетъ правильно развиваться. Впрочемъ, бывають примѣры, гдѣ не смотря на значительныя сращения, беременность достигаетъ нормальнаго конца, что показываетъ, что воспалительныя перспонки подъ вліяніемъ беременности могутъ разрыхляться и растягиваться. Иногда, при быстромъ увеличеніи матки, можетъ произойти разрывъ перепонокъ, что можетъ дать кровотеченіе въ полость брюшины и рецидивъ воспаленія. При метроперитонитѣ у беременныхъ нерѣдко бываетъ значительная рвота, могущая навести на мысль объ общемъ пораженіи брюшины, между тѣмъ зависящая собственно отъ беременности. Въ настоящее время въ моей акушерской клиникѣ находится больная, поступившая съ сильнымъ метроперитонитомъ травматическаго происхожденія. При сильной болѣзненности и вздутости всего живота, при сильной лихорадкѣ (39—40°) и постоянной рвотѣ я очень опасался за общій перитонитъ; но черезъ двѣ недѣли воспалительныя явленія прошли (колумель съ опіемъ внутрь, ртутная мазь и ледъ на животъ), хотя рвота продолжалась неудержимо еще около мѣсяца. Образовавшіяся сращения сначала дѣлали матку совершенно неподвижною, но потомъ (на 5-мъ мѣсяцѣ беременности) она поднялась въ полость большаго таза и, по видимому, дальнѣйшему теченію беременности не угрожало опасности. Въ концѣ 5-го мѣс. ребенокъ, однакоже, умеръ; вслѣдъ за этимъ прекратилась рвота, а чрезъ недѣлю послѣдовалъ выкидышъ.

Лѣченіе метроперитонита у беременныхъ производится по общимъ правиламъ. Здѣсь нужно только избѣгать приставленія пиявокъ, не только на впагинающую часть, но и на нижнюю часть живота, равно и сильныхъ слабительныхъ. Послѣ выздоровленія больная должна воздерживаться отъ усиленныхъ движеній, въ видахъ возможности разрыва существующихъ сращеній. На процессъ родовъ перенесенное воспаленіе не имѣетъ особеннаго вліянія.

Воспаленіе мышечнаго слоя матки и отпадающихъ оболочекъ имѣетъ болѣе анатомопатологическое, чѣмъ клиническое значеніе, такъ какъ во время беременности распознаваніе этихъ страданій весьма трудно, если не сказать невозможно.

6) Опухоли яичника.

§ 159. Изъ опухолей яичниковъ чаще всего осложняютъ беременность кисты. Плотныя опухоли (фібромы и карциномы) вообще встрѣчаются рѣдко, но еще рѣже при нихъ бываетъ за-

чатіе⁽¹⁾. Что касается до кистомъ, то онѣ, какъ извѣстно, представляютъ болѣзнь довольно обыкновенную и при томъ развивающуюся въ періодѣ половой жизни женщины. Большею частью при существованіи кисты умѣренной величины мѣсячныя очищенія (овуляція) приходятъ правильно и матка не бываетъ очень смѣщена и сдавлена; поэтому зачатіе происходитъ съ обыкновенною легкостью. Это подтверждаютъ и клиническія наблюденія не рѣдкаго существованія кистъ одновременно съ беременностію.

Беременность и киста яичника имѣютъ другъ на друга взаимное вліяніе, выражающееся преимущественно въ механическихъ затрудненіяхъ. По отношенію къ первой мы замѣчаемъ, что киста стѣсняетъ беременную матку, отклоняетъ ее въ ту или другую сторону, или вытягиваетъ въ длину и такимъ образомъ затрудняетъ развитіе плода и препятствуетъ его выходу во время родовъ. Выступая въ полость живота, киста большею частью помѣщается непосредственно за переднюю брюшную стѣнкой, оттѣсняя матку вверхъ, взадъ и всторону, и такимъ образомъ весьма затрудняетъ распознаваніе беременности. Этимъ обстоятельствомъ можно объяснить тѣ діагностическія ошибки, когда при производствѣ аvariотоміи оказывалась не предполагавшаяся беременность, иногда въ такомъ срокѣ (7—8 мѣсяцевъ), что казалось бы не трудно было ее распознать. Самые вѣрные признаки, какъ то: сердцебиеніе, движеніе и оцупываніе плода, здѣсь могутъ быть неувимы, потому что подлежащая часть, при высокомъ подниманіи и вытягиваніи матки, не доступна для изслѣдующаго пальца, а движеніе и сердцебиеніе затемняются прикрывающей матку кистой. Въ подобныхъ случаяхъ единственнымъ средствомъ для діагностики можетъ быть маточный зондъ. (см. § 58 стр. 81).

Беременность при кистѣ яичника рѣдко прерывается выкидышемъ. Это бываетъ развѣ въ тѣхъ случаяхъ, когда киста, срощенная съ стѣнками живота, ущемляетъ матку во входѣ, или въ полости таза. Въ обыкновенныхъ же случаяхъ беременность достигаетъ если не полного срока, то по крайней мѣрѣ до 7—8 мѣсяцевъ. Плодъ большею частью бываетъ слабо развитъ, меньше ростомъ чѣмъ при нормальной беременности, и имѣетъ больше шансовъ умереть либо въ концѣ беременности, либо во время родовъ. Для матери беременность, осложненная кистою, почти всегда оказывается очень тяжелою. Это происходитъ отъ чрезмѣрнаго увели-

(1) Ракъ яичника, по видимому, имѣетъ такое же отношеніе къ беременности, какъ и ракъ матки, т. е. въ вуэрпериальномъ періодѣ онъ начинаетъ расти очень быстро. Можетъ быть такое ускореніе роста начинается еще во время беременности, подъ вліяніемъ усиленнаго питанія половыхъ органовъ.

ченія живота и затрудненія дыханія, но въ особенности отъ являющихся новыхъ осложненій болѣзни,—сильнаго отека ногъ, брюшной водянки, воспаленія или разрыва самой кисты и т. под. Еще болѣе опасности представляютъ роды. Очень рѣдко они оканчиваются силами натуры, но большею частію требуютъ искусственнаго извлеченія плода. При большихъ кистахъ я почти всегда встрѣчалъ положеніе младенца нижнимъ концомъ впередъ (3 раза ножками, 2 раза ягодицами, 2 раза было поперечное положеніе, 1 разъ головою впередъ), что зависитъ отъ измѣненной (болѣе вытянутой въ длину) формы матки.

Что касается до вліянія беременности на кисту, то въ этомъ отношеніи въ однихъ случаяхъ замѣчается быстрый ростъ опухоли, въ другихъ, наоборотъ, какъ бы приостановка роста. Быстро растутъ преимущественно тѣ кисты, которыя до беременности имѣли величину не менѣе дѣтской головки, или даже головы взрослога человѣка. Напротивъ, кисты небольшихъ размѣровъ (въ голубиное или куриное яйцо), которыя до беременности трудно было опредѣлить, начинаютъ быстро расти въ пуэрпериальномъ періодѣ. Къ этому разряду случаевъ я отношу около десятка сдѣланныхъ мною наблюденій, гдѣ непосредственно послѣ родовъ не замѣчалось около матки никакой опухоли, но чрезъ 5—6 недѣль выросла колоссальная киста, требовавшая оваріотоміи. Четыре такихъ случая я наблюдалъ въ послѣдніе годы въ Казани. Въ одномъ изъ нихъ оваріотомія произведена была (проф. *Лешиньимъ*) съ благополучнымъ исходомъ черезъ два мѣсяца послѣ нормальныхъ первыхъ родовъ. Въ этихъ случаяхъ я предполагаю начало болѣзни до беременности, такъ какъ трудно допустить, чтобы киста образовалась въ первый періодъ послѣродовой инволюціи, прежде, чѣмъ начнется овуляція въ яичникахъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ происходитъ во время беременности разрывъ кисты, перекручиваніе ножки, или воспаленіе стѣнокъ съ кровезлияніемъ въ полость опухоли. Въ одномъ случаѣ послѣ восьмимѣсячныхъ родовъ съ громадною серозною кистою (поперечное положеніе плода, поворотъ и извлеченіе за ножки) я наблюдалъ въ послѣродовомъ періодѣ истеченіе содержимаго кисты черезъ матку (вѣроятно чрезъ фаллопиеву трубу). Жидкость изливалась въ очень большомъ количествѣ въ продолженіи пяти или шести дней, при чемъ объемъ опухоли уменьшился на двѣ трети. Черезъ нѣсколько недѣль послѣ того киста снова достигла прежней величины.

Лѣченіе кисты во время беременности можетъ быть только палліативное. Передъ срокомъ наступленія родовъ можетъ быть съ большею пользою сдѣлана пункція для того, чтобы уменьшить чрезмѣрное растяженіе живота и одышку и дать возможность

для болѣе правильнаго и сильнаго сокращенія матки при изгна- нии младенца. Въ случаѣ сложной кистомы, съ густымъ содержи- мымъ, особенно если доли опухоли вдаются въ верхній отдѣлъ таза и заграждаютъ выходъ ребенку, есть показаніе къ произ- водству оваріотоміи въ самомъ концѣ беременности. Роды послѣ того могутъ быть предоставлены силамъ природы. Въ случаѣ какихъ либо противупоказаній къ оваріотоміи, или когда боль- ная не соглашается на эту операцію, слѣдуетъ произвести иску- ственные преждевременные роды.

7) Волъзни рукава.

§ 160. *Катарральныя истеченія* изъ рукава у беременныхъ женщинъ представляютъ явленіе довольно обыкновенное. Это, меж- ду прочимъ, объясняется физиологическими перемѣнами, происхо- дящими во влагалищѣ подѣ влияніемъ беременности (усиленное пи- таніе, разрыхленіе; см. § 13 стр 18). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ катарральныя отдѣленія достигаютъ такихъ размѣровъ, что при- нимаютъ бленорройный характеръ, съ обильнымъ истеченіемъ бѣлой, какъ молоко, хлопчатой, гнойвидной, или серозной жид- кости. Въ половыхъ частяхъ является нестерпимый зудъ, жженіе, иногда боль при мочеиспусканіи. Ислѣдуя рукавъ и маточную шейку зеркаломъ, въ такихъ случаяхъ находятъ слизистую обо- лочку сильно покрасѣвшую (малиноваго, или темновишневаго цвѣта), покрытую разросшимися сосочками, шероховатую, какъ терка, нерѣдко изъязвленною и усѣянною въ разныхъ мѣстахъ сѣрожелтоватыми бляшками, происходящими отъ разрастанія грибковъ. На маточной шейкѣ тоже нерѣдко бываютъ ссадины, язвы и сосочковыя разращенія, изъ которыхъ время отъ времени отдѣляется кровь, принимаемая нѣкоторыми женщинами, въ пер- вые мѣсяцы беременности, за мѣсячное очищеніе.

Причины усиливающагося во время беременности бленнорой- наго состоянія рукава чаще всего связаны съ нечистоплотно- стію и небрежнымъ отношеніемъ къ появившимся бляшкамъ; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь можетъ произойти отъ простуды ногъ и нижнихъ частей тѣла, или отъ излишества въ поло- выхъ сношеніяхъ. Бленоррея можетъ произойти и отъ гоноррой- наго зараженія. Въ этомъ случаѣ она развивается очень быстро, отдѣленія бываютъ очень обильны, гнойно-зеленоватаго цвѣта, нерѣдко съ примѣсью крови, и почти всегда замѣчается при этомъ пораженіе мочеиспускательнаго канала (выдѣленіе гноя изъ уретры, рѣзь при мочеиспусканіи).

Для лѣченія описываемой болѣзни употребляютъ спринцева- нія слабымъ растворомъ карболовой, или салициловой кислоты,

буры, или марганцево-кислого кали. При очень сильномъ раздраженіи половых частей можно назначить тепловатія сидячія ванны, спринцеванія изъ ромашки, или слабого раствора свинцоваго сахара. При сильномъ разрастаніи сосочковъ рукава я употребляю свѣчки (suppositoria) съ іодистымъ кали и танниномъ (Butir. са-сао 3β, Kalii iodati gr.v, Tannini gr. vj. по свѣчкѣ на ночь). Отъ этихъ свѣчекъ чрезъ нѣсколько дней эпителий рукава сходитъ, какъ шелуха варенаго картофеля, и отдѣленія довольно скоро уменьшаются. Въмѣсто свѣчекъ можно употреблять закладываніе ватныхъ тампоновъ (чрезъ зеркало), обсыпанныхъ танниномъ, или смоченныхъ въ растворѣ таннина, іода и глицеррина. Сильныхъ прижиганій, особенно маточной шейки, слѣдуетъ избѣгать изъ опасенія выкидыша.

§ 161. *Бородавчатые наросты при входѣ рукава.* Эта болѣзнь, по видимому, свойственна только беременнымъ. По крайней мѣрѣ я встрѣчалъ ее исключительно у молодыхъ особъ, беременныхъ въ первый разъ. Эти своеобразныя кондиломы бываютъ расположены за малыми губами, гдѣ образуютъ при входѣ въ рукавъ родъ вѣнца. Каждый наростъ имѣетъ величину горошины, или кедроваго орѣха, сидитъ на тонкой ножкѣ, рѣже на широкомъ основаніи. Поверхность наростовъ какъ бы зернистая, свѣтло розоваго цвѣта. На первый взглядъ они могутъ быть приняты за обыкновенныя сифилитическіе кондиломы; но отличаются отъ послѣднихъ тѣмъ, что 1) бываютъ у молодыхъ женщинъ, никогда не имѣвшихъ сифилиса; 2) не распространяются на промежность и задній проходъ, — любимыя мѣста сифилитическихъ кондиломъ; 3) послѣ родовъ они очень скоро увядаютъ и исчезаютъ сами собой. Повидимому, происхожденіе описываемыхъ новообразованій стоитъ въ связи съ лоскутками разорванной дѣвственной плевы, которые, при наступившемъ скорѣ послѣ перваго coitus зачатіи, не превращаются въ миртовидныя лепестки, а начинаютъ неправильно разрастаться подъ вліяніемъ усиленнаго нутритивнаго процесса въ половыхъ органахъ во время беременности. Превращеніе дѣвственной плевы въ кондиломатозный, довольно густой и широкій вѣнецъ выражается преимущественно во второй половинѣ беременности. До наступленія родовъ наросты продолжаютъ увеличиваться, а съ первыхъ же дней пуэрперальнаго періода они быстро увядаютъ. Болѣзненныхъ припадковъ, кромѣ нѣкоторыхъ затрудненій въ половыхъ сношеніяхъ, кровоточивости и вообще какихъ либо дурныхъ послѣдствій наросты не даютъ. Поэтому при лѣченіи ихъ во время беременности достаточно ограничиться соблюденіемъ чистоты и вяжущими примочками (свинцовая вода, глицеринъ съ танниномъ).

С) Болѣзни плоднаго яйца.

1) Внѣматочная беременность (GRAVIDITAS EXTRAUTERINA).

§ 162. Извѣстно, что оплодотвореніе женскаго яичка большею частію происходитъ не въ полости матки, а въ фаллопиевой трубѣ, или даже на поверхности яичника. Отъ этого можетъ случиться, что оплодотворенное яичко, встрѣчая какія либо препятствія для своего движенія въ матку, падаетъ въ брюшную полость, или останавливается въ яйцепроводѣ и здѣсь продолжаетъ дальнѣйшее развитіе. Такая беременность называется *внѣматочною*.

Смотря по мѣсту, гдѣ остановилось оплодотворенное яичко, внѣматочную беременность раздѣляютъ на трубную, брюшную и яичниковую. *Трубную беременность* (graviditas tubaria) называется та, при которой яичко задерживается въ фаллопиевой трубѣ и здѣсь развивается. Этотъ видъ беременности подраздѣляется еще: а) на *промежуточную* беременность (graviditas interstitialis), если яичко развивается въ томъ мѣстѣ трубы, гдѣ она проходитъ черезъ толщю маточныхъ стѣнокъ; б) *собственно трубную* (graviditas tubaria), когда яичко развивается въ свободной части трубы и с) *трубно-яичниковую* (graviditas tubo-ovarica), когда яичко задерживается у наружнаго конца фаллопиевой трубы, срощеннаго съ яичникомъ. Этотъ видъ, при дальнѣйшемъ развитіи, очень трудно отличить отъ яичниковой беременности. При *яичниковой беременности*, (graviditas ovarica) мѣстомъ первоначальнаго развитія оплодотвореннаго яичка служитъ граафовъ пузырекъ, или вообще яичникъ. Этотъ видъ встрѣчается рѣже всѣхъ остальныхъ, потому что оплодотвореніе, сравнительно, рѣдко совершается въ граафовомъ пузырькѣ, или на поверхности яичника. Кромѣ того яичку здѣсь труднѣе удержаться; обыкновенно оно скользитъ и падаетъ въ брюшную полость, образуя такимъ образомъ брюшную беременность. При *брюшной беременности* (graviditas abdominalis) яичко развивается въ брюшной полости, попадая сюда изъ фаллопиевой трубы, или съ поверхности яичника. Брюшная беременность раздѣляется на первичную и послѣдовательную. Первою называется та, при которой оплодотворенное яичко прямо падаетъ въ брюшную полость и здѣсь присасывается, а второю, когда яичко сначала развивается въ фаллопиевой трубѣ, но потомъ, вслѣдствіе разрыва трубы, вываливается въ брюшную полость и здѣсь снова продолжаетъ дальнѣйшее развитіе, прикрѣпившись къ новой почвѣ. Этотъ послѣдній видъ, впрочемъ, бываетъ очень рѣдко.

§ 163. При всякой внѣматочной беременности плодное яйцо помѣщается въ мѣшокъ, который замѣняетъ ему матку. При трубной беременности этотъ мѣшокъ состоитъ изъ растянутой фаллопиевой трубы, стѣнки которой, преимущественно слизистая оболочка и брюшинный покровъ, усиленно гипертрофируются, а открытые концы канала трубы, по ту и другую сторону помѣстившагося яичка, закрываются гипертрофированною тканью. При яичниковой беременности плодный мѣшокъ сначала состоитъ изъ граафова пузырька, стѣнки котораго вскорѣ сильно разрастаются, растягивая ткань яичника. Впослѣдствіи времени плодный мѣшокъ этого вида состоитъ изъ разросшихся и растянутыхъ листовъ широкихъ связокъ и вновь образованныхъ перепонокъ, помощью которыхъ онъ срастается съ соседними органами. При такихъ измѣненіяхъ яичниковую беременность трудно отличить отъ беременности брюшной. При развитіи яичка въ брюшной полости около него вскорѣ начинаетъ обильно разрастаться соединительная ткань, богатая сосудами, окружающая его въ видѣ мѣшка. Съ теченіемъ беременности этотъ мѣшокъ разрастается и вытягивается, образуетъ воспалительныя склейки съ прилежащими органами брюшной полости, такъ что подъ конецъ беременности онъ представляетъ изъ себя замкнутую полость съ довольно толстыми стѣнками, плотно сросшими съ брюшными внутренностями.

Внутренняя поверхность плоднаго мѣшка внѣматочной беременности не бываетъ покрыта настоящей отпадающей оболочкой. При брюшной и яичниковой беременностяхъ яичко присасывается своими ворсинками къ прилежащей ткани (*peritoneum, tunică propria folliculi*) и такимъ образомъ, питаясь путемъ диффузіи, вступаетъ въ живую органическую связь съ материнскими тканями, не дѣлаясь для нихъ инороднымъ тѣломъ. Такъ какъ въ стѣнкахъ искусственнаго плоднаго мѣшка развивается большое количество сосудовъ, съ которыми ворсинки кожистой оболочки вступаютъ въ непосредственную связь, то этимъ дается возможность болѣе или менѣе правильному развитію плаценты. Съ образованіемъ этой послѣдней плодное яйцо обезпечиваетъ себѣ правильное питаніе на всю беременность, если только она не будетъ прекращена случайными причинами, чаще всего разрывомъ плоднаго мѣшка. При трубной беременности слизистая оболочка трубы тоже не превращается въ отпадающую. Яичко непосредственно прилегалъ къ складкамъ разросшейся и утолщенной слизистой оболочки, частію вросшая въ нее ворсинками *chorii*. Во всякомъ случаѣ связь яйца съ внутреннею поверхностію трубы до образованія плаценты здѣсь очень не прочна.

Тѣ части плоднаго яйца, которыя развиваются собственно изъ яичка, т. е. водная и кожистая оболочки, плацента и пу-

почный канатикъ при вѣматочной беременности развиваются также, какъ и при маточной. Только плацента нерѣдко имѣетъ неправильную форму, бываетъ тоньше и шире, крѣпче прилегается къ подлежащей ткани, потому что материнская часть плаценты развивается здѣсь не изъ запоздалой оболочки (*dec. serotina*), а изъ вновь образовавшихся, или гипертрофированныхъ сосудовъ той ткани, къ которой первоначально присосалось яичко. Сосудистая связь плаценты съ плоднымъ мѣшкомъ бываетъ такая же, какъ и при нормальной беременности. Въ стѣнкѣ мѣшка, соответствующей плацентѣ, сосуды развиваются до колоссальныхъ размѣровъ и переходятъ въ плацентарные синусы, отъ чего послѣ отдѣленія плаценты на этомъ мѣстѣ остаются зияющія отверстія большихъ сосудовъ, могущихъ дать весьма сильное кровотеченіе. Это кровотеченіе бываетъ тѣмъ опаснѣе, что для остановленія его въ стѣнкахъ мѣшка нѣтъ мышцъ, какъ въ маткѣ, которыя бы могли при сокращеніи зацементировать открытые сосуды и образовать тромбы. Количество и свойство околоплодной жидкости при вѣматочной беременности почти такое же, какъ и при беременности нормальной.

Матка при вѣматочной беременности, не смотря на свою пустоту, претерпѣваетъ тѣже, измѣненія, какія бываютъ при обыкновенной беременности, только въ меньшихъ размѣрахъ. Мышцы ея также перерождаются, вслѣдствіе чего она увеличивается въ объемѣ и измѣняетъ форму (закругленіе дна, увеличеніе прямого размѣра). Объемъ пустой матки, обыкновенно, не превышаетъ величины дѣтской головки. Слизистая оболочка всегда превращается въ опадающую, разрастаясь до значительной толщины, съ густою сѣтью разросшихся капилляровъ. Каналь шейки бываетъ закрытъ, какъ при обыкновенной беременности, слизистой пробкой. Всѣ другія измѣненія, какъ въ общемъ состояніи организма, такъ на грудяхъ и животѣ, свойственныя нормальной беременности, точно также замѣчаются и при вѣматочной. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ одновременно съ вѣматочною беременностію встрѣчалась и беременность нормальная. Двойни могутъ оказаться и въ самой вѣматочной беременности, точно также, какъ и заносъ.

§ 164. Вѣматочная беременность значительно чаще встрѣчается у многорождавшихъ, чѣмъ у первобеременныхъ женщинъ. Изъ видовъ вѣматочной беременности чаще другихъ встрѣчается трубная, затѣмъ брюшная, а рѣже всего яичниковая. Трубная беременность чаще бываетъ съ лѣвой, нежели съ правой стороны. По Геккеру на 64 случая этого вида 27 разъ яичко помѣщалось въ правой трубѣ и 37 въ лѣвой. Изъ 51 случая возрастъ больныхъ былъ: 1 разъ менѣе 20 лѣтъ, 19 разъ между 20—30; 27 разъ между 30—40 и свыше сорока только 4 раза. Изъ 54 слу-

чаевъ первобеременныхъ было 16, 6 прежде имѣли выкидышъ и 32 многорождавшихъ.

Причина вѣматочной беременности большею частію заключается въ несвободной проходимости трубы. Это можетъ обусловливаться или ограниченнымъ периметритомъ, при которомъ отъ перепончатыхъ сросеній могутъ образоваться мѣстныя суженія или искривленія трубы, могущія задерживать движеніе оплодотвореннаго яичка. (Вирховъ, Клобл.). Тоже самое могутъ произвести разрастаніе и выпячиваніе въ просвѣтъ канала трубы складокъ слизистой оболочки, суженіе или зарощеніе *ostii uterini tubae*, катарральное засореніе и потеря ворсинокъ на слизистой оболочкѣ яйцепровода. Для брюшной и яичниковой беременностей причина можетъ лежать въ случайномъ соскальзываніи яичка, при толчкахъ и сотрясеніяхъ тѣла, въ измѣненіи свойствъ жидкости граафова пузырька, въ измѣненіи поверхности брюшиннаго листка, покрывающаго яичникъ, въ суженіяхъ и сросеніяхъ наружнаго конца трубы. Вѣматочная беременность можетъ образоваться также при передвиженіи яичка по наружной поверхности матки съ одной стороны ея на другую, напр. изъ правой фаллопиевой трубы въ лѣвую. Допускаютъ въ исключительныхъ случаяхъ даже внутренней переносъ яичка, чрезъ полость матки, изъ одной фаллопиевой трубы въ другую. Докторъ *Lecluyse* въ 1869 г. наблюдалъ случай, гдѣ вѣматочная беременность произошла вследствие выпаденія плоднаго яйца изъ матки въ брюшную полость чрезъ незакрытую рану, оставшуюся въ маточной стѣнкѣ послѣ кесарскаго сѣченія.

(¹) Въ теченіи своей акушерской практики я имѣлъ дѣло съ вѣматочною беременностію восемь разъ. Изъ нихъ 4 раза была трубная беременность, окончившаяся неожиданной стертію вслѣдствіе разрыва трубы на 2—3 мѣсяцѣ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ я видѣлъ больныхъ уже послѣ разрыва и діагнозъ былъ подтвержденъ вскрытіемъ. Въ остальныхъ четырехъ случаяхъ была беременность брюшная и одинъ разъ яичниковая. Последняя окончилась смертію отъ разрыва мѣшка и перитонита. Изъ трехъ брюшныхъ беременностей одна окончилась благополучно послѣ япоротоміи на 4-мъ мѣсяцѣ (въ Казани въ 1880 г., опер. прозв. проф. *Левшинъ*), одна умерла отъ септического перитонита на 14 мѣ мѣсяцѣ, и у одной, по видимому, образовался *Lithopaedion*. Эту больную (въ Петербургѣ) я наблюдалъ уже послѣ смерти плода, на 10-мъ мѣсяцѣ; объемъ живота на половину уменьшился, больная чувствовала себя относительно хорошо и потому отправилась домой, въ провинцію, гдѣ я ее потерялъ изъ вида. Всѣ больныя были многорождавшія. Предвѣдущая беременность у нихъ была за 2—4 года до болѣзни.

§ 165. *Теченіе и исходъ внѣматочной беременности.* Трубная беременность въ теченіи первыхъ двухъ, трехъ мѣсяцевъ обыкновенно не сопровождается никакими особенными явленіями. Брюшинный покровъ трубы, мышечная и слизистая оболочки, гипертрофируясь и растягиваясь, обезпечиваютъ на первое время развитіе яйца, но съ болѣе быстрымъ увеличеніемъ его роста стѣнки трубы не выдерживаютъ дальнѣйшаго растяженія и лопаются. Большею частію это происходитъ въ концѣ 2-го, или на 3-мъ мѣсяцѣ; гораздо рѣже на 4-мъ, или на 5-мъ мѣсяцѣ. По Геккеру на 45 случаевъ трубной беременности разрывъ произошелъ въ первые два мѣсяца 26 разъ, на 3-мъ мѣсяцѣ 11 разъ, на четвертомъ—7 разъ и 1 разъ на 5-мъ мѣсяцѣ беременности. Въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ трубная (интерстиціальная) беременность можетъ дойти до нормальнаго конца.

Разрывъ трубы обыкновенно происходитъ неожиданно и всегда сопровождается сильнымъ кровотеченіемъ въ полость брюшины. Больная почти всегда при этомъ быстро умираетъ отъ потери крови, или отъ общаго воспаленія брюшины; въ рѣдкихъ случаяхъ она переживаетъ эту катастрофу и тогда все таки должна перенести еще тяжелыя послѣдствія своей болѣзни. Кровь, попавшая въ брюшную полость, если бы даже и не вызвала общаго перитонита, неизбѣжно произведетъ мѣстное воспаленіе, какъ при *haematocoele perituterinum*, что вызоветъ послѣдовательныя, довольно тяжкія страданія. Содержимое плоднаго мѣшка при разрывѣ обыкновенно вываливается въ брюшину и въ благопріятныхъ случаяхъ, вмѣстѣ съ сгустками крови, подвергается процессу инкапсулированія и постепеннаго всасыванія. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ плодное яйцо снова вступаетъ въ органическую связь съ поверхностію брюшины и продолжаетъ дальнѣйшее развитіе (*gravitas abdominalis secundaria*). Если разрывъ произошелъ на 3—4 мѣсяцахъ, то иногда при этомъ плацента остается на своемъ мѣстѣ, а зародышъ проскальзываетъ чрезъ рану въ полость живота и виситъ на пуповинѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при разрывѣ плоднаго мѣшка плодъ не вываливается въ брюшину, а остается въ полости трубы, закрывая собой рану. Такіе случаи рѣдки, но болѣе благопріятны. При этомъ и кровотеченіе бываетъ меньше, и меньше опасности отъ смертельнаго *peritonit'a*. Самымъ счастливымъ исходомъ трубной беременности можно считать преждевременную смерть плода, при чемъ беременность сама собою прерывается и послѣдствія отъ нея бываютъ тѣмъ меньше, чѣмъ меньше было развито плодное яйцо. Очень маленькій зародышъ можетъ совершенно всосаться, а плодныя оболочки, пропитываясь кровью и претерпѣвая рядъ измѣненій, какъ при неполномъ выкидышѣ, могутъ оставаться въ трубѣ безвредно.

При *graviditas interstitialis* тоже большею частью происходит разрывъ плоднаго мѣшка. Въ исключительныхъ случаяхъ стѣнки его, вслѣдствіе разростанія мышцъ матки, оказываются настолько толстыми и податливыми, что могутъ очень долго противустоять растяженію со стороны яйца. Въ этомъ случаѣ беременность можетъ продолжаться до второй половины, а маточное устье фаллопиевой трубы такъ расширяется, что зародышъ можетъ вступить послѣдовательно въ матку и родиться натуральнымъ образомъ ('). При *graviditas tubo—ovarica* плодннй мѣшокъ образуется частью изъ наружнаго конца трубы и яичника, частью изъ сосѣдней брюшины и вновь образовавшихся перепонокъ. Течение и исходы этой беременности похожи на брюшную беременность.

При брюшной беременности опасность разрыва плоднаго мѣшка значительно меньше. Поэтому беременность этого рода очень часто протекаетъ благополучно всѣ 10 лунныхъ мѣсяцевъ. Къ сроку родовъ наступаютъ потугообразныя сокращенія матки, изъ которой изгоняется отпадающая оболочка; но, само собою разумѣется, настоящихъ родовъ наступить не можетъ, потому что

(') Въ 1877 году я наблюдалъ такой случай въ С-Петербургѣ, у жены полковника С. На пятомъ мѣсяцѣ беременности, вслѣдствіе испуга, начался выкидышъ. Черезъ сутки матка открылась на два пальца, но при изслѣдованіи нельзя было прощупать никакихъ признаковъ лежащей части, или плоднаго яйца. Пузыря совсѣмъ не было, но изъ матки вытекали околоплодныя воды въ значительномъ количествѣ. Ребенокъ весьма отчетливо прощупывался чрезъ брюшныя стѣнки и былъ очень подвиженъ. При наружномъ изслѣдованіи весьма легко опредѣлялись контуры матки, величиною въ полтора кулака. Рядомъ съ ней, съ лѣвой стороны, прощупывалась гораздо большей величины, легко подвижная, опухоль съ находящимся въ ней плодомъ. При передвиженіи этой опухоли, матка, фиксированная снаружи рукой, почти не принимала участія въ перемѣщеніи. При изслѣдованіи полости матки пальцемъ (при нажиманіи органа внизъ) и зондомъ, она оказалась совершенно пустою. Поставленный мною діагнозъ трубной беременности подтвержденъ былъ проф. *Крисовскимъ*, приглашеннымъ на консультацию. Очень сильныя и болѣзненныя родовыя схватки продолжались четверы сутки. На пятые сутки, при изслѣдованіи полости матки введеннымъ пальцемъ, я замѣтилъ въ лѣвомъ верхнемъ углу (въ сторонѣ опухоли) ножку плода. Послѣ того, при продолжающихся сильныхъ потугахъ, плодъ мало по малу весь вышелъ въ матку и родился наружу, вытянутый (сплюснутый) въ сосульку. У этой больной я раньше того принималъ двухъ дѣтей, одинъ разъ даже извлекалъ изъ полости матки плаценту. Никакихъ признаковъ двурогой матки у ней не было. Поэтому въ данномъ случаѣ я считаю весьма вѣроятной интерстиціальную беременность, окончившуюся растяженіемъ внутренняго устья яйцепровода и рожденіемъ 4—4½ мѣсячнаго ребенка чрезъ естественные пути.

изъ плоднаго мѣшка нѣтъ выхода. Зрѣлый младенецъ, требующій другихъ условій жизни, умираетъ въ плодномъ мѣшкѣ и послѣ его смерти начинается рядъ измѣненій, какъ въ тѣлѣ плода, такъ и въ его придаткахъ, при помощи которыхъ организмъ старается избавиться отъ продуктовъ ненормальной беременности. Это совершается двумя способами, именно: путемъ нагноенія, или помощью высыхания плода и превращенія его въ известковую массу. Первый способъ встрѣчается чаще. При немъ мертвый плодъ сначала подвергается мацераціи, при чемъ ткани его размягчаются, кожа сходитъ, кости отстаютъ другъ отъ друга. Эта мацерированная масса, получивъ раздражающее свойство, производитъ реактивное воспаление въ стѣнкахъ плоднаго мѣшка и окружающихъ его тканяхъ, съ образованіемъ гноя, и такимъ образомъ прокладываетъ себѣ путь къ сосѣднимъ полостямъ, или чрезъ брюшныя стѣнки наружу. Чаще всего такой нарывъ вскрывается въ сросшіяся съ плоднымъ мѣшкомъ толстыя кишки, или чрезъ брюшныя стѣнки наружу, рѣже чрезъ сводъ влагалища, или чрезъ мочевой пузырь, еще рѣже чрезъ желудокъ. Чрезъ образовавшіеся так. обрз. фистулезныя ходы выдѣляются, какъ жидкое содержимое плоднаго мѣшка, обыкновенно разложившееся въ ихорозную массу, такъ и отдѣленныя другъ отъ друга кости скелета. Это происходитъ въ теченіе очень продолжительнаго времени (многихъ недѣль и мѣсяцевъ) и сопровождается весьма тяжелыми болѣзненными явленіями, отъ которыхъ больныя большею частію погибаютъ (изнурительныя поносы, слишкомъ обильное нагноеніе, ихоремія, febris hectica). Еще чаще при вскрытіи мѣшка происходитъ общій смертельный перитонитъ, или быстрое септическое зараженіе крови отъ разложенія содержимаго мѣшка, при доступѣ воздуха, вслѣдствіе чего больная умираетъ въ нѣсколько дней. Но бываютъ иногда и счастливыя исходы, если больная имѣетъ значительный запасъ силъ, если нарывъ вскрывается въ благопріятномъ мѣстѣ, напр. чрезъ брюшныя стѣнки, или чрезъ сводъ влагалища, если не присоединится изнурительная лихорадка или септицемія. При выздоровленіи послѣ вскрытія нарыва чрезъ rectum, или мочевой пузырь часто остаются фистулы.

Другой, сравнительно болѣе рѣдкій, исходъ брюшной беременности, именно въ *омыленіе*, для больной гораздо благопріятнѣе. При этомъ послѣ смерти плода сначала, мало по малу, всасывается околоплодная жидкость, животъ уменьшается въ объемѣ, плодный мѣшокъ плотнѣе приближается къ плоду и покрываетъ его въ видѣ капсулы. Мягкія части плода, подвергаясь жировому перерожденію, мало по малу, въ теченіи многихъ мѣсяцевъ, превращаются въ кашеобразную массу, состоящую изъ жира, извест-

ковых солей, холестерина и пигмента. Эта масса со временем высыхает и также отчасти всасывается, такъ что въ сморщенномъ мѣшкѣ остаются только кости плода и куча известковыхъ остатковъ, въ видѣ неправильной массы, или равномерно покрывающихъ плодъ, превращая его какъ бы въ гипсовую куклу. Плодъ, измененный такимъ образомъ, называется *окаменѣлымъ плодомъ* (Lithoracdon). Въ этомъ видѣ онъ можетъ оставаться въ организмѣ женщины въ теченіи многихъ лѣтъ, даже цѣлой жизни, не вызывая важныхъ болѣзненныхъ разстройствъ, подобно тому, какъ остаются въ тѣлѣ инкапсулированныя пули или другія инородныя тѣла. При этомъ можетъ наступить новая беременность и кончиться благополучно, если положеніе окаменѣлаго плода не стѣсняетъ канала таза на столько, что роды дѣлаются не возможными (что, впрочемъ, случается чаще всего). Въ рѣдкихъ случаяхъ окаменѣлый плодъ можетъ возбудить своимъ присутствіемъ раздраженіе и воспалительное нагноеніе въ околележащихъ тканяхъ, съ опасными исходами.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣ внѣматочной беременности плодъ можетъ очень долго сохраняться въ полости живота, даже не подвергаясь известковому перерожденію. Какимъ образомъ это происходитъ, въ точности еще не рѣшено, но во всякомъ случаѣ нужно допустить, что при этомъ онъ сохраняетъ известное органическое отношеніе къ живымъ тканямъ и такимъ образомъ остается не инороднымъ тѣломъ. Обростая перепонками, сохраняющими сосуды, онъ можетъ этимъ путемъ получать, по крайней мѣрѣ для наружныхъ покрововъ, известнаго рода питаніе, что поддерживаетъ въ немъ болѣе или менѣе свѣжій видъ въ теченіи продолжительнаго времени. Одинъ изъ такихъ препаратовъ описанъ *Вирховомъ*. Въ этомъ случаѣ плодъ сохранялся въ животѣ 32 года и не смотря на это кожа его была почти не изменена; сердце, легкія, печень, кишки были почти въ такомъ видѣ, какъ на свѣжемъ трупѣ; легко было отличить женскіе половые органы; грудные мускулы не только сохранили темно-красный цвѣтъ, но даже подъ микроскопомъ показывали свои поперечныя черточки, какъ на свѣжихъ препаратахъ. Такой же препаратъ описалъ *Вагнеръ*. Плодъ въ этомъ случаѣ оставался въ животѣ 29 лѣтъ и такъ хорошо былъ сохраненъ, что по виду былъ совершенно свѣжъ. Такіе случаи напоминаютъ паразитическое существованіе вросшаго плода при foetus in foetu, или, еще лучше, могутъ быть подведены подъ тѣ же условія, когда при беременности двойнями одинъ изъ плодовъ, умершій въ раннемъ возрастѣ, напр. 4—5 недѣль, сохраняется въ свѣжемъ видѣ до самаго конца беременности.

§ 16⁶. *Симптомы.* Внѣматочная беременность сопровождается тѣми же физиологическими явлениями, какъ и беременность нормальная (прекращеніе регуль, увеличеніе груди, пигментация сосковъ и бѣлой линіи живота, измѣненія въ маткѣ и рукавѣ, тошнота и пр.). Что же касается до патологическихъ симптомовъ, то они во многихъ случаяхъ совершенно отсутствуютъ, въ другихъ выражаются не явственно, или слишкомъ поздно. Впрочемъ, въ этомъ отношеніи много зависитъ отъ вида внѣматочной беременности. Менѣе всего бываетъ припадковъ при *graviditas tuba-gia*, когда плодное яйцо помѣщается въ естественной полости; гораздо болѣе при беременности брюшной. Въ первомъ случаѣ женщина почти никогда не жалуется на какія бы то ни было болѣзненные разстройства, за исключеніемъ обыкновенныхъ симптомовъ беременности. Поэтому трубная беременность можетъ быть опредѣлена только при случайномъ изслѣдованіи больной; болшею же частію она остается не узнанной до самаго момента разрыва трубы, или даже до патологическаго вскрытія послѣ скоростижной смерти. Таковы были всѣ наблюдаемые мною случаи этого рода. Отсутствіе болѣзненныхъ припадковъ здѣсь понятно само собою; потому что при трубной беременности не бываетъ воспалительной реакціи въ смежныхъ съ яйцомъ или съ трубою тканяхъ, равнымъ образомъ не бываетъ никакого механическаго вліянія растущей опухоли на сосѣдніе органы.

Другое дѣло при брюшной беременности. Здѣсь плодное яйцо должно образовать себѣ искусственную замкнутую полость. Поэтому съ первыхъ же мѣсяцевъ пребыванія его въ животѣ обыкновенно являюся, болѣе или менѣе сильныя, болевья ощущенія, частію зависяція отъ воспаления участковъ прилежащей брюшины, частію отъ механическаго давленія разрастающимся яйцомъ на нервы (ткани) брюшныхъ внутренностей. Такія боли начинаются болшею частію со втораго или третьаго мѣсяца. Характеръ ихъ бываетъ различенъ. Въ двухъ моихъ случаяхъ онѣ были какъ бы щемящими, буравящими, преимущественно сосредоточивались въ области крестца и въ той или другой сторонѣ нижней части живота. Въ появленіи болей замѣчается какъ бы нѣкоторая періодичность, родъ пароксизмовъ, длящихся, чередуясь съ послабленіями, нѣсколько дней, даже недѣль, потомъ стихающихъ до новаго приступа, являющагося чрезъ болѣе или менѣе продолжительный срокъ. Одновременно съ этими болями иногда являюся потужныя сокращенія матки, сопровождающіяся отдѣленіемъ крови, что можетъ дать поводъ предполагать начинающійся выкидышъ, тѣмъ болѣе, что иногда это сопровождается выдѣленіемъ небольшихъ кусковъ отпадающей оболочки. При этомъ послѣднемъ обстоятельстве маточная шейка нѣсколько размягчается

и раскрывается, такъ что болѣзненные припадки дѣйствительно получаютъ сходство съ выкидышемъ. По поводу описанныхъ болѣе городскихя женщины почти всегда обращаются за совѣтомъ врача и это обыкновенно даетъ возможность изслѣдовать и опредѣлить брюшную беременность сравнительно въ ранніе сроки (на 2 — 3 мѣсяцѣ). Болѣе терпѣливыя и менѣе избалованныя женщины, или не имѣющія возможности обратиться къ врачу, переносятъ періодъ этихъ болѣй безъ медицинской помощи, приписывая припадки нормальной беременности. Впрочемъ, можетъ случиться, что и самыя боли иногда бываютъ менѣе значительны, такъ что не особенно тревожатъ больную. Этимъ можно объяснить тѣ довольно многочисленныя случаи, когда брюшная беременность въ первый разъ опредѣлялась только по истеченіи срока ожидаемыхъ родовъ.

Во второй половинѣ беременности припадки получаютъ другой характеръ. Здѣсь они зависятъ болѣе отъ механическаго давленія плоднаго мѣшка и отъ образовавшихся срощеній. По этой причинѣ часто является рвота и вообще расстройство пищеваренія, запоры, затрудненное мочеиспусканіе. Движеніе ребенка тоже болѣею частью сопровождается значительною болью. Время отъ времени являются острыя боли съ лихорадкою, вслѣдствіе повторяющагося ограниченнаго перитонита.

§ 167. *Распознаваніе* внѣматочной беременности представляетъ большія затрудненія, особенно въ первые мѣсяцы. Здѣсь приходится рѣшить два вопроса: 1) существуетъ ли беременность вообще, 2) дѣйствительно ли она развивается внѣ матки. Первый вопросъ до нѣкоторой степени можетъ быть разъясненъ по общимъ признакамъ (§ 50—58). Гораздо труднѣе рѣшить второй вопросъ. Главное затрудненіе здѣсь состоитъ въ томъ, что матка при внѣматочной беременности также увеличивается въ объемѣ и измѣняетъ свою форму, какъ и при беременности нормальной; поэтому въ первые два мѣсяца всегда можетъ быть опасеніе смѣшать эти два состоянія. Болѣе точныя данныя можно было бы получить при изслѣдованіи зондомъ, но рѣшиться на это можно только тогда, когда существуютъ слишкомъ ясныя указанія на внѣматочную беременность, т. е. когда мы не опасаемся послѣ введенія зонда вызвать выкидышъ. Такія указанія являются обыкновенно не раннѣе трехъ мѣсяцевъ беременности. Они состоятъ въ слѣдующемъ: 1) появленіе вышеописанныхъ болѣй въ области таза, 2) присутствіе рядомъ съ увеличенною маткою посторонней опухоли, съ каждою недѣлей увеличивающейся въ объемѣ и скоро переростающей матку. При брюшной беременности эта опухоль помѣщается съ правой, или съ лѣвой стороны матки, частію выполяетъ сводъ влагалища, а верхняя часть ея прорщупывается выше лонныхъ

костей. При комбинированномъ изслѣдованіи плодный мѣшокъ прощупывается въ видѣ круглой, эластической, напряженной неподвижной опухоли, напоминающей кисту. Около трехъ мѣсяцевъ беременности величина мѣшка достигаетъ объема дѣтской головки; около четырехъ мѣсяцевъ верхній край его лежитъ пальца на три ниже пупка. При трубной беременности опухоль имѣетъ болѣе продолговатую форму и бываетъ очень подвижна. Впрочемъ, трубная беременность, какъ мы видѣли выше, діагностируется рѣдко; потому дальнѣйшіе признаки мы будемъ разбирать только по отношенію къ беременности брюшной. 3) Изслѣдуя опухоль около трехъ мѣсяцевъ беременности, мы обыкновенно замѣчаемъ въ сводахъ сильную пульсацію артерій. При выслушиваніи черезъ стѣнки живота, въ это время болѣею частію удается замѣтить рѣзкій шумъ раздувательнаго мѣха (*susurus uterinus*). 4) Самымъ вѣрнымъ признакомъ можно считать опущеніе баллотированія плода въ полости опухоли. Этотъ признакъ при внѣматочной беременности появляется раньше, чѣмъ при беременности нормальной, потому что плодное яйцо обыкновенно помѣщается въ томъ или другомъ Дугласовомъ пространствѣ, на самомъ днѣ брюшной полости, слѣдовательно, при растяженіи свода легко доступно для осязанія. По этой же причинѣ ранѣе можно осязать первыя движенія плода, или ощупать его отдѣльныя части. При появленіи этихъ послѣднихъ признаковъ діагнозъ можно считать вполне точнымъ и для окончательной его провѣрки смѣло можно рѣшиться на введеніе зонда въ полость матки. 5) Зондъ въ пустую матку обыкновенно проходитъ весьма свободно и показываетъ увеличеніе ея полости приблизительно на дюймъ, или нѣсколько болѣе. Посредствомъ этого инструмента легко убѣдиться, во первыхъ, что опухоль, лежащая рядомъ съ плоднымъ мѣшкомъ, есть дѣйствительно матка; во вторыхъ, что полость ея не имѣетъ непосредственной связи съ другою опухолью, гдѣ прощупывается плодъ; въ третьихъ, этимъ способомъ легко опредѣлить контуры и объемъ матки, дно которой лежитъ ниже верхняго края плоднаго мѣшка.

Ранѣе трехъ мѣсяцевъ опредѣлить внѣматочную беременность можно только гадательно. Въ это время за плодный мѣшокъ легко можетъ быти принята киста яичника, или другая какая либо патологическая опухоль. При повторенномъ изслѣдованіи, наблюдая большую нѣсколько недѣль, можно имѣть въ виду слѣдующіе признаки, отличающіе кисту. 1) Киста, достигая величины кулака, обыкновенно помѣщается въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ, а не остается сбоку матки, а еще рѣже помѣщается въ переднемъ сводѣ. 2) Ростъ кисты не бываетъ такъ равномеренъ, какъ при опухоли отъ внѣматочной беременности; она прибыва-

еть въ объемѣ гораздо медленнѣе, либо сразу увеличивается до значительныхъ размѣровъ, потомъ снова останавливается въ ростѣ. 3) При кистѣ въ дѣтскую головку величиной не бываетъ слышно маточнаго шума и не замѣтно рѣзкой пульсаціи артерій. 4) Прощупываемая рядомъ съ кистою матка при нормальной беременности быстрѣе увеличивается въ объемѣ, чѣмъ при беременности внѣматочной.

Руководясь вышеописанными признаками, можно составить себѣ убѣжденіе относительно вѣроятности явившихся предположеній о внѣматочной беременности; но точное опредѣленіе діагноза слѣдуетъ ставить съ большою осторожностію. Слишкомъ поспѣшное заключеніе здѣсь можетъ быть также вредно, какъ и слишкомъ долгая нерѣшительность. Въ первомъ случаѣ можно понапрасну напугать больную неоправдавшимся предположеніемъ тяжелой болѣзни и быть потомъ очень сконфуженнымъ, если беременность окажется нормальной. Еще хуже, если на основаніи невѣрныхъ предположеній будутъ предприняты какія либо хирургическія дѣйствія съ цѣлію прервать мнимую внѣматочную беременность, что можетъ повлечь за собою выкидышъ, или даже опасность для жизни больной. Во второмъ случаѣ колебаніе въ діагнозѣ, когда всѣ данныя говорятъ за внѣматочную беременность, можетъ повлечь за собой упущеніе времени, благопріятнаго для примѣненія искусственной помощи.

Во второй половинѣ беременности распознаваніе дѣлается значительно легче. Въ это время при внѣматочной беременности движенія плода ощущаются весьма поверхностно, какъ бы непосредственно подъ брюшными покровами. Иногда черезъ растянутыя брюшныя стѣнки можно видѣть даже контуры младенца, а тѣмъ болѣе легко ощупать отдѣльныя его части (головку, конечности, ягодицы). Впрочемъ, и здѣсь нужно быть также осторожнымъ въ рѣшительномъ приговорѣ, имѣя въ виду, что у нѣкоторыхъ беременныхъ, при тонкихъ брюшныхъ и маточныхъ стѣнкахъ, плодъ прощупывается слишкомъ явственно. Поэтому для точнаго діагноза необходимо, независимо отъ плоднаго мѣшка, прощупать контуры увеличенной матки и послѣ того измѣряется полость зондомъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ этотъ послѣдній способъ лучше примѣнять по истеченіи семи мѣсяцевъ беременности, такъ какъ въ это время, въ случаѣ ошибки, вызванные послѣ употребленія зонда преждевременные роды не будутъ такъ опасны для ребенка, какъ на шестомъ, или седьмомъ мѣсяцѣ. Съ другой стороны, въ случаѣ оказавшейся болѣзни, хирургическая помощь (*Laparotomia*) будетъ представлять тѣже самыя шансы для спасенія матери, какъ на пятомъ, такъ и на восьмомъ мѣсяцѣ.

Въ моей практикѣ было нѣсколько случаевъ, гдѣ начинали подозрѣвать внѣматочную беременность при такъ называемыхъ запоздалыхъ родахъ, или при ошибкѣ вычисленія срока зачатія. Такое сомнѣніе, обыкновенно, прежде всего является у самой беременной (имѣющей понятіе, или слышавшей о внѣматочной беременности), если она, ожидая родовъ къ извѣстному сроку, послѣ того ходитъ беременною еще мѣсяць или болѣе. Такія сомнѣнія при подобныхъ условіяхъ могутъ явиться и у врача, если при тонкости брюшныхъ стѣнокъ онъ прощупываетъ части плода слишкомъ поверхностно. Диагностика въ такихъ случаяхъ не представляетъ никакого труда. Здѣсь мы руководимся состояніемъ маточной шейки (укороченіе, открытіе рыльца) и прощупываніемъ подлежащей части. Въ сомнительныхъ случаяхъ безъ всякаго риска можно обратиться къ маточному зонду.

Гораздо болѣе диагностическихъ трудностей можетъ дать беременность въ однорогой или двурогой маткѣ. Въ этихъ рѣдкихъ случаяхъ весьма легко сдѣлать предположеніе о трубной беременности. Беременность въ недоразвитомъ рогѣ въ клиническомъ отношеніи собственно и не отличается отъ беременности въ трубѣ, какъ по признакамъ, такъ и по исходамъ. Беременность же въ развитомъ рогѣ, открывающемся въ маточную шейку, должна быть отличаема отъ трубной, такъ какъ здѣсь роды могутъ совершиться благополучно, силами натуры, слѣдовательно нѣтъ никакой надобности въ насильственномъ ея прерываніи, или вообще въ хирургическомъ вмѣшательствѣ. Для отличія этихъ двухъ состояній можетъ служить: 1) прощупываемая удлинненно-изогнутая форма маточнаго рога, идущая широкимъ основаніемъ отъ шейки; 2) отсутствіе рядомъ съ этою опухолью контуровъ нормальной матки; 3) продолженіе беременности долѣе четырехъ мѣсяцевъ, т. е. долѣе того срока, когда при *graviditas tubaria* обыкновенно происходитъ разрывъ трубы. Отъ брюшной беременности эта форма отличается подвижностію плодохранилища, отсутствіемъ болей и высокимъ положеніемъ опухоли, не опускающейся на дно Дугласова пространства.

§ 168. *Предсказаніе* при внѣматочной беременности не благоприятно, какъ для матери, такъ и для младенца. Послѣдняго иногда въ концѣ беременности можно бы было спасти ляпоротоміей, но такъ какъ эта операція сопровождается для матери очень большою опасностію, то на нее рѣдко рѣшаются. При трубной беременности мать почти всегда погибаетъ отъ разрыва плоднаго мѣшка. При брюшной беременности предсказаніе нѣсколько лучше, такъ какъ здѣсь могутъ быть и благополучные исходы. *Геккеръ* собралъ 132 случая *gravid. abdominalis* и изъ нихъ 76 кончились выздоровленіемъ. Здѣсь, конечно, надобно имѣть въ виду, что бла-

гоприятные случаи чаще публиковались, чѣмъ неблагоприятные. Изъ благоприятныхъ исходовъ было: 17 Lithoraedion, 28 выдѣлений плода чрезъ задній проходъ, 15 чрезъ брюшныя стѣнки, 3—чрезъ сводъ влагалища, 11 лапоротомій и 2 случая выдворенія были не точно описаны.

§ 169. *Лѣченіе.* Если вѣматочная беременность опредѣляется въ первыхъ мѣсяцахъ, до образованія плаценты, то немедленная медицинская помощь можетъ быть весьма умѣстна и полезна. Въ этомъ случаѣ слѣдуетъ дѣлать проколъ плоднаго мѣшка помощію троакара, либо чрезъ рукавъ, либо чрезъ прямую кишку, или чрезъ брюшныя стѣнки, смотря по положенію опухоли. Чаше всего и удобнѣе производится эта операція чрезъ сводъ влагалища. Помощію прокола выщупается околоплодная жидкость и беременность такимъ образомъ прерывается. Оставшійся мертвый зародышъ послѣ этого мацеруется, разрушается и всасывается, если онъ былъ еще очень малъ, или выдѣляется посредствомъ нарыва, или превращается въ Lithoraedion. Во всякомъ случаѣ при подобномъ лѣченіи, предпринятомъ въ ранніе сроки беременности, большею частію можно ждать благоприятнаго исхода. Къ сожалѣнію, въ такіе сроки вѣматочная беременность трудно и рѣдко діагностируется. Обыкновенно же врача приглашаютъ или по поводу послѣдовавшаго разрыва плоднаго мѣшка (при трубной беременности), или по поводу болей, усиливающихся на 3-мъ или на 4-мъ мѣсяцѣ брюшной беременности, когда уже развилась плацента. Въ первомъ случаѣ приходится направить всю медицинскую помощь на остановленіе внутренняго кровотеченія и на поддержаніе силъ больной. Къ сожалѣнію мы имѣемъ мало средствъ противъ этого. Ледъ на животъ, иногда прижатіе аорты могутъ на время предотвратить опасность, но и эти средства рѣдко приходится примѣнять, такъ какъ больная обыкновенно умираетъ скоростипжно до прибытія врача. Если разрывъ послѣдуетъ въ такіе мѣсяцы беременности, когда плодъ жизнеспособенъ и въ немъ есть признаки жизни, (при *graviditas interstitialis u abdominalis*), то можно рѣшиться на удаленіе его изъ брюшной полости чрезъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ (*Laparotomia*). Эта операція, не смотря на всю ея опасность, иногда давала хорошіе результаты, преимущественно для матери, такъ какъ плодъ при этомъ все-таки большею частію погибаетъ, по причинѣ запоздалаго производства операціи. Если *graviditas extrauterina* опредѣляется подъ конецъ беременности и плодъ оказывается живымъ и хорошо развитымъ, тогда также можетъ возникнуть вопросъ объ искусственномъ его удаленіи (*Laparotomia*). При этомъ, однакоже, нужно помнить, что такая операція, имѣя всѣ шансы для спасенія ребенка, весьма опасна для матери. Опасность заключается въ томъ,

что послѣ опорожненія плоднаго мѣшка, плацента почти всегда отстаётъ отъ его стѣнки, что неизбѣжно вызываетъ сильное кроветеченіе, такъ какъ плацентарные сосуды здѣсь не могутъ быть сжаты, какъ въ маткѣ, окружающими мышцами. Вылущить же весь плодный мѣшокъ, по причинѣ его повсемѣстныхъ и крѣпкихъ сращеній съ окололежащими тканями, не возможно. Отъ этого ляпоротомія при подобныхъ условіяхъ даетъ для матери гораздо худшіе результаты, нежели выжидательный способъ лѣченія, съ надеждой на удаленіе плода путемъ нагноенія, или превращенія его въ lithopaedion. Если бы въ видахъ спасенія младенца, въ исключительныхъ случаяхъ, мы рѣшились на производство ляпоротоміи, то плаценту никогда не слѣдуетъ отдѣлять отъ мѣста прикрѣпленія. Напротивъ, ее нужно всѣми мѣрами удерживать въ соприкосновеніи со стѣнкой мѣшка до тѣхъ поръ, пока не закроются тромбами и не облитерируются плацентарные сосуды. Для этой цѣли въ полость плоднаго мѣшка закладываютъ вату, намоченную въ растворѣ какой либо дезинфицирующей жидкости. Впрочемъ, и эти предосторожности не всегда предотвращаютъ отдѣленіе плаценты и слѣдующее за нимъ, крайне опасное, кроветеченіе, котораго нѣтъ силы остановить. Въ этомъ заключается громадная опасность ляпоротоміи при живомъ плодѣ. Если же операція производится спустя одну или двѣ недѣли послѣ смерти ребенка, то опасность кроветеченія можетъ быть меньше, такъ какъ въ это время можно разсчитывать, что большая часть сосудовъ плаценты будутъ облитерированы. Поэтому ляпоротомія при вѣматочной беременности имѣетъ гораздо болѣе показанія не для спасенія доношеннаго ребенка, а для избавленія матери отъ опасныхъ исходовъ самопроизвольнаго выдѣленія плода посредствомъ нарывовъ. Смотря на операцію съ этой точки зрѣнія, естественно прійти къ тому заключенію, что съ производствомъ ея въ концѣ беременности никогда не слѣдуетъ спѣшить, а напротивъ нужно выждать не только срокъ естественной смерти плода, но и нѣкоторыя перемѣны, имѣющія послѣдовать въ самомъ плодномъ мѣшкѣ и въ плацентѣ (плотное приращеніе кисты къ брюшнымъ стѣнкамъ, закрытіе плацентарныхъ сосудовъ). Что болѣе поздняя операція менѣе опасна, это показываютъ многочисленные случаи ея производства при образовавшихся уже нарывахъ, когда оператору остается только вскрыть сращенный съ брюшными стѣнками плодный мѣшокъ по указанію свищевыхъ ходовъ, т. е. превратить кисту, какъ громадный нарывъ, въ открытую рану и залѣчивать ее обыкновенными хирургическими средствами. Такія операціи даютъ несравненно болѣе благопріятныхъ исходовъ и могутъ быть показуемы не только при разложеніи плода, но и при образованіи Lithopaedion'a.

§ 170. *Ляпоротомія* въ этомъ періодѣ беременности (на 10—20 мѣсяцѣ) производится слѣдующимъ образомъ. Если существуютъ указанія на готовящійся нарывъ въ брюшныхъ стѣнкахъ (краснота, отечная припухлость, ограниченная боль, свищевый ходъ въ кисту), то разрѣзъ дѣлаютъ на этомъ мѣстѣ и обыкновенно попадаютъ въ мѣшокъ, не вскрывая брюшной полости. Въ противномъ случаѣ, когда такихъ указаній нѣтъ, а есть опасеніе разрыва кисты, или вскрытія нарыва въ другомъ, неблагопріятномъ мѣстѣ, разрѣзъ дѣлаютъ по бѣлой линіи живота, какъ при оваріотоміи. Вскрывши мѣшокъ, приводятъ края его въ тѣсное соприкосновеніе съ краями брюшнаго разрѣза и удаляютъ ребенка и жидкое содержимое кисты наружу. Затѣмъ мѣшокъ вытягиваютъ наружу настолько, насколько позволяютъ его сращения; вытянутую часть удаляютъ, а остатокъ, вмѣстѣ съ дѣтскимъ мѣстомъ, фиксируютъ въ брюшной ранѣ швами. Послѣ того полость мѣшка наполняютъ ватными шариками, пропитанными тою или другою жидкостію (ростворъ карболовой кислоты съ глицериномъ) и рану закрываютъ обыкновенной перевязкой. Перевязка должна мѣняться не менѣе раза въ сутки, при чемъ полость мѣшка тщательно промывается дезинфицирующею жидкостью. Такъ какъ вскорѣ послѣ операціи плацента начинаетъ разлагаться, что даетъ сильно вонючія отдѣленія, то по мѣрѣ этихъ гнилостныхъ отдѣленій перевязка должна дѣлаться чаще. Въ случаѣ значительнаго кроветеченія мѣшокъ тампонируется шариками, намоченными въ полуторно-хлористомъ желѣзѣ. Когда полусгнившая плацента начинаетъ отставать отъ стѣнокъ мѣшка, ее осторожно отдѣляютъ и выводятъ наружу. Послѣ того киста мало по малу сморщивается, наполняется грануляціями и брюшная рана заживаетъ рубцомъ. Опасность ляпоротоміи болѣе всего бываетъ въ теченіи 3—4 дней (перитонитъ, септикемія отъ зараженія ихорозными отдѣленіями мѣшка, кроветеченіе). Въ тѣхъ случаяхъ, когда операція дѣлается послѣ разложенія плода и плаценты, послѣдняя можетъ быть удалена одновременно съ плодомъ, что уменьшаетъ источникъ гніенія и даетъ возможность кисту содержать чище.

Въ случаѣ распознаванія брюшной беременности на 3—5 мѣсяцѣ слѣдуетъ прежде всего сдѣлать проколъ плоднаго мѣшка. Послѣ истеченія околоплодной жидкости зародышъ погибаетъ и въ мѣшкѣ начинаются регрессивныя измѣненія. Черезъ двѣ недѣли послѣ этого приступаютъ къ ляпоротоміи, по тѣмъ же правиламъ, какъ изложено выше. Двѣ недѣли срока назначается для того, чтобы произошла облитерація сосудовъ плаценты. Ляпоротомія въ этомъ срокѣ беременности можетъ дать болѣе благопріятныя результаты, чѣмъ послѣ 10 мѣсяцевъ, потому что въ первомъ случаѣ объемъ кисты

и плаценты меньше, и общее состояніе больной не будет настолько истощено, какъ въ послѣднемъ случаѣ. При проколѣ чрезъ брюшныя стѣнки необходимо убѣдиться по перкуторному звуку, что впереди кисты не лежатъ петли кишекъ, а при проколѣ чрезъ сводъ влагалища нужно выбрать мѣсто, гдѣ не ощущается сильной пульсаціи артерій. При трудномъ истеченіи околоплодной жидкости чрезъ трубку троакара можно употребить аспираторъ, но съ большою осторожностью, чтобы не вызвать этимъ отдѣленія плаценты и кровотеченія въ плодный мѣшокъ, который отъ растяженія кровью можетъ разорваться.

2. Предлежащее дѣтское мѣсто (placenta praevia).

§ 171. При нормальной беременности оплодотворенное яичко обыкновенно прикрѣпляется къ маточной стѣнкѣ тотчасъ по выходѣ изъ фаллопиевой трубы; поэтому дѣтское мѣсто въ большей части случаевъ развивается въ верхнемъ отрѣзкѣ матки. Но можетъ случиться, что яичко вслѣдствіе тѣхъ или другихъ причинъ, вступая въ полость матки, не удерживается на ея стѣнкѣ, а соскальзываетъ внизъ. Въ этомъ случаѣ чаще всего происходитъ выкидышъ, обыкновенно просматриваемый врачами и больными, но въ исключительныхъ случаяхъ яичко удерживается въ нижнемъ отрѣзкѣ матки и присасывается около внутренняго маточнаго рыльца. Это ненормальное его прикрѣпленіе даетъ поводъ къ развитію тяжелаго болѣзненнаго состоянія, извѣстнаго подъ именемъ предлежащаго дѣтскаго мѣста. Такимъ образомъ, стало быть, предлежащимъ дѣтскимъ мѣстомъ называется та неправильность въ развитіи плаценты, при которой эта послѣдняя помѣщается не въ верхнемъ, а въ нижнемъ отрѣзкѣ матки, около внутренняго маточнаго рыльца.

Такъ какъ оплодотворенное яичко можетъ прикрѣпляться къ нижнему отрѣзку матки на различныхъ пунктахъ, поэтому и плацента при сказанной неправильности можетъ находиться или сбоку внутренняго маточнаго рыльца, не закрывая его, или кругомъ его краевъ, въ большей или меньшей степени прикрывая выходъ матки, или, наконецъ, можетъ совершенно застилать этотъ выходъ, перекидываясь въ видѣ мостика съ одной стороны рыльца на другую и распространяясь своими долями кругомъ его, по стѣнкамъ матки. Въ первомъ случаѣ болѣзнь получаетъ названіе *бокового предлежанія* плаценты (placenta praevia marginalis s. lateralis), во второмъ—*центрального предлежанія*, неполнаго, или полнаго (pl. praev. centralis incompleta и placenta praevia completa).

Вся практическая важность этой неправильности заключается въ томъ, что дѣтское мѣсто при такомъ помѣщеніи лежитъ на пути выхода младенца изъ матки. Поэтому не только во время родовъ, но уже подь конецъ беременности, когда долженъ расширяться нижній отрѣзокъ матки, плацента неизбежно, въ большей или меньшей степени, должна отдѣляться отъ маточной стѣнки, обнажая вливающіеся въ нее материнскіе сосуды и такимъ образомъ причиняя сильныя маточныя кроветеченія, въ которыхъ и заключается вся опасность этого болѣзненнаго состоянія.

§ 172. *Причины* развитія подлежащаго дѣтскаго мѣста должны заключаться въ тѣхъ условіяхъ, которыя препятствуютъ яичку присасываться къ маточной стѣнкѣ. Эти условія могутъ быть очень разнообразны, заключааясь или въ самомъ яичкѣ, или на внутренней поверхности матки, или, наконецъ, въ какихъ нибудь случайныхъ обстоятельствахъ. Со стороны яичка причина соскальзыванія можетъ заключаться въ неправильностяхъ образованія его наружной оболочки, именно въ недостаточномъ развитіи первичныхъ ворсинокъ. Со стороны матки условіемъ для происхожденія подлежащаго дѣтскаго мѣста можетъ служить ненормальная гладкость, сухость и плотность отпадающей оболочки, запустеніе и засореніе выводящихъ протоковъ маточныхъ желѣзъ въ верхнемъ отдѣлѣ матки, неполное прилеганіе другъ къ другу передней и задней маточной стѣнки, соединенное съ расширеніемъ полости матки. Во всѣхъ этихъ случаяхъ яичко, попадая въ матку, легко можетъ упасть ко внутреннему маточному рыльцу. *Киланъ, Сканцони* и нѣкоторые другіе акушеры указывали, какъ на причину подлежащаго дѣтскаго мѣста, на недостаточное развитіе отпадающей оболочки, при чемъ эта послѣдняя не плотно выстилаетъ внутреннюю поверхность матки, оставляя здѣсь пустоту. Проф. *Голь* придаетъ больше значенія отвороченной оболочкѣ. Если она будетъ очень рыхла, тонка и удоборазрываема, то при увеличеніи яичка не въ состояніи удерживать его на своемъ мѣстѣ. Такое недостаточное развитіе завороченной оболочки можетъ быть при хроническихъ катаррахъ матки, при сифилитическихъ измѣненіяхъ отпадающей оболочки и вообще при расширеніи полости матки. Всѣ эти гипотезы, хотя и не провѣрены точными изслѣдованіями, имѣютъ за собой много вѣроятнаго. Въ подтвержденіе ихъ можно привести тѣ факты, что подлежащее дѣтское мѣсто гораздо чаще встрѣчается у женщинъ многоорождавшихъ ⁽¹⁾, страдавшихъ предъ беременностію

(1) По *Симпсону* изъ 136 случаевъ подлежащаго дѣтскаго мѣста первобеременныхъ было только 11; по *Куну* на 46 случаевъ 6. По статистикѣ *Шварца* на 519328 родовъ въ Кургессенѣ рл. граев. встрѣтилась 332 раза, слѣд. 1: 1564.

различными болѣзнями слизистой оболочки матки, нежели у женщинъ первобеременныхъ и совершенно здоровыхъ. Проф. Голь изъ 28 случаевъ этой болѣзни 19 разъ встрѣтилъ ее у много-рождавшихъ. Въ 20 случаяхъ лежащаго дѣтскаго мѣста, (не считая краевыхъ прикрѣпленій), встрѣтившихся мнѣ, я не видалъ ни одной первобеременной. Подобный фактъ крайне неравномѣрнаго распредѣленія случаевъ этой болѣзни между перворождающими и много-рождавшими женщинами былъ замѣчаемъ всегда, всѣми акушерами. Кромѣ того, въ наблюденіяхъ надъ лежащимъ дѣтскимъ мѣстомъ нерѣдко обращалъ на себя вниманіе тотъ фактъ, что эта болѣзнь иногда встрѣчалась какъ бы эпидемически. Это возможно объяснить только тѣмъ, что описываемая болѣзнь находится въ тѣсной зависимости отъ измѣненій слизистой оболочки матки, болѣзни которой могутъ представлять эпидемическій характеръ, какъ и болѣзни другихъ слизистыхъ оболочекъ, напр. дыхательныхъ или пищеварительныхъ путей.

Изъ случайныхъ причинъ развитія лежащаго дѣтскаго мѣста могутъ содѣйствовать его происхожденію неосторожные прыжки, толчки, паденія, удары по животу, случающіеся въ продолженіи первыхъ двухъ недѣль послѣ зачатія. Вслѣдствіе подобныхъ насилій яичко, еще недостаточно укрѣпившееся въ полости матки, можетъ оторваться отъ мѣста первоначальнаго прикрѣпленія и снова присосаться въ нижнемъ отрѣзкѣ матки.

§ 173. *Симптомы.* Первые двѣ трети беременности при центральномъ лежаніи дѣтскаго мѣста протекаютъ совершенно безъ всякихъ припадковъ. Болѣзненные разстройства начинаются только съ восьмага, рѣже съ седьмага мѣсяца и выражаются сильными *маточными кровотеченіями*. При краевомъ прикрѣпленіи плаценты кровотеченія наступаютъ еще позднѣе, нерѣдко только во время самыхъ родовъ, и вообще бываютъ значительно меньше. Кровь обыкновенно появляется совершенно неожиданно, безъ всякихъ случайныхъ вводовъ, или предвѣстниковъ. Она изливается вдругъ въ значительномъ, иногда даже въ очень большомъ количествѣ. Чаше, однакоже, первый приступъ кровотеченія не бываетъ слишкомъ силенъ. Черезъ нѣсколько часовъ являюся сокращенія матки, послѣ чего кровь останавливается сама собой. Черезъ недѣлю или двѣ, иногда и раньше, кровотеченіе повторяется съ тѣми же самыми явленіями; затѣмъ этотъ припадокъ начинаетъ возобновляться чаще и чаще, количество отдѣляющейся крови начинаетъ увеличиваться и такъ продолжается до самаго конца беременности. Самые сильныя кровотеченія бываютъ во время самыхъ родовъ, когда кровь, неостанавливаемая никакими искусственными средствами, льетъ почти безпрерывно до тѣхъ поръ, пока не произойдетъ опороженія матки.

Вслѣдствіе продолжающихся кровотеченій у больныхъ развивается сильное *малокровіе*. При центральномъ прикрѣпленіи плаценты, когда потеря крови бываетъ гораздо больше, нерѣдко уже на 8-мъ мѣсяцѣ больная получаетъ такой анемическій видъ, что внушаетъ опасеніе за ея жизнь (блѣдность лица и слизистыхъ оболочекъ, нитевидный пульсъ, головокруженія, рвота). При такомъ состояніи предстоящіе роды дѣлаются крайне опасными, потому что при родовомъ раскрытіи рыльца кровотеченіе еще болѣе усиливается и можетъ убить малокровную роженицу прежде, чѣмъ она разрѣшится отъ бремени.

Степень кровотеченія и связанной съ нимъ анеміи зависитъ отъ вида предлежащаго мѣста и отъ отношенія его къ растягивающейся шейкѣ, а можетъ быть также и отъ состава крови больной. При *placenta praevia centralis* кровотеченіе всегда бываетъ больше, чѣмъ при другихъ видахъ болѣзни, но и здѣсь не у всѣхъ больныхъ оно бываетъ одинаково опасно. Изъ 20 записанныхъ у меня случаевъ предлежащаго послѣда, центральное прикрѣпленіе плаценты было 11 разъ; изъ нихъ въ 6 случаяхъ потеря крови была такъ велика, что еще до наступленія родовъ являлась большая опасность за жизнь больной. Изъ этихъ больныхъ одна умерла (не смотря на тампонацію и искусственно ускоренные роды) тотчасъ послѣ извлеченія младенца (въ Казанскомъ родильномъ домѣ); другая послѣ наложенія щипцовъ долго оставалась безъ пульса, но потомъ оправилась (тамъ же); остальные четыре случая, бывшіе въ Петербургѣ, окончились благополучно только благодаря самымъ энергическимъ средствамъ, при преждевременныхъ родахъ. Въ числѣ этихъ больныхъ были четыре деревенскихъ женщины, очень крѣпкаго сложенія. Въ прочихъ 5 случаяхъ (изъ 11) кровотеченіе было сравнительно умѣренное (2 въ Казанской клиникѣ) и легко уступало тампонаціи и холоднымъ душамъ (во время беременности), не смотря на то, что плацента также, какъ въ вышеприведенныхъ случаяхъ, совершенно закрывала маточный зѣвъ.

Въ случаяхъ неполнаго предлежанія, когда маточное рыльце бываетъ прикрыто только одной долей плаценты, не заходящей далеко на противоположную сторону зѣва, кровотеченіе бываетъ умѣреннѣе. Изъ трехъ клиническихъ случаевъ этого рода (въ Казанской клиникѣ) всѣ окончились на столько благополучно, что послѣ родовъ больныя скоро оправлялись. Остальные шесть случаевъ изъ частной практики тоже не представляли большой опасности, хотя нѣкоторыя изъ этихъ больныхъ еще до болѣзни были малокровны и слабы. Первый приступъ кровотеченія въ этихъ случаяхъ наступалъ нѣсколько позднѣе (въ концѣ 8-го, даже въ началѣ 9-го мѣсяца).

Наступленіе родовъ при placenta praevia большею частію бываетъ раньше срока. Это зависитъ частію отъ малокровія, частію отъ раздраженія шейки кусками отставшей плаценты, или свертками крови. У нѣкоторыхъ моихъ больныхъ при неполномъ предлежаніи плаценты роды наступали послѣ перваго или втораго приступа кроветеченія. При полномъ центральномъ прикрѣпленіи роды обыкновенно наступаютъ въ концѣ 8 го или въ началѣ 9-го мѣсяца. Гораздо рѣже беременность донашивается до самаго конца.

§ 174. *Источникомъ маточныхъ кроветеченій* при placenta praevia служатъ сосуды матки, открывающіеся вслѣдствіе частичнаго отдѣленія плаценты, а это послѣднее, въ свою очередь, происходитъ вслѣдствіе начинающагося, съ 7 или 8 мѣсяца, растяженія маточной шейки. Выше было показано (§ 6 стр. 9), что каналъ шейки начинаетъ растягиваться и мало по малу входитъ въ составъ полости матки вслѣдствіе мышечныхъ сокращеній. При этомъ онъ принимаетъ воронкообразную форму и вытягивается въ длину, слѣдовательно перемѣщаетъ свои стѣнки. Въ этомъ растяженіи, естественно, должна принимать участіе и та площадь маточной ткани, къ которой прикрѣплена плацента; но такъ какъ послѣдняя не имѣетъ такой эластичности, какъ мышечная ткань, то она не можетъ слѣдовать за раздвигающимися стѣнками канала шейки, слѣдовательно, на извѣстномъ участкѣ должна отрываться отъ нихъ. Такимъ образомъ обнажаются отверстія плацентарныхъ сосудовъ и является кроветеченіе изъ надплацентарныхъ синусовъ матки. Отрываніе плаценты обыкновенно начинается съ того участка, который прилежитъ непосредственно къ рыльцу, а при центральномъ прикрѣпленіи съ той дольки, которая переходитъ за маточное рыльце на противоположную сторону. Остальная (большая) часть плаценты, расположенная вдоль по маточной стѣнкѣ, выше внутренняго маточнаго рыльца, испытываетъ гораздо меньше растяженія, такъ какъ она здѣсь находится въ тѣхъ же условіяхъ, какъ при нормальномъ прикрѣпленіи около дна, или въ тѣлѣ матки. По этой причинѣ во всѣхъ случаяхъ центрального предлежанія дѣтскаго мѣста большая часть этаго органа, именно, которая лежитъ выше внутренняго рыльца, не отстаётъ отъ маточной стѣнки и не смѣщается, не только во время беременности, но и во время родовъ. Послѣ выхожденія изъ матки на ней не бываетъ замѣтно никакихъ измѣненій, указывающихъ на преждевременное отдѣленіе, тогда какъ на нижнихъ долькахъ, прилежавшихъ къ самому рыльцу, всегда остаются слѣды бывшаго отдѣленія и кроветеченія (тромбы синусовъ, потемненіе ткани). На отдѣлившемся участкѣ плаценты синусы обыкновенно тотчасъ же закупориваются кровяными пробками. Поэтому, собственно изъ плацентарныхъ отверстій кроветеченія не происходитъ. Тѣмъ болѣе этимъ путемъ не можетъ изливаться мате-

ринская кровь, поступающая изъ матки въ не отдѣлившейся участокъ дѣтскаго мѣста.

При *placenta praevia lateralis* отношенія плаценты къ маточнымъ стѣнкамъ болѣе благопріятны. Здѣсь она касается внутренняго рыльца только нижнимъ краемъ, потому можетъ отрываться отъ него только при вытяженіи канала шейки въ длину. А такъ какъ это вытяженіе происходитъ только во время родовъ (въ концѣ беременности шейка, расширяясь, скорѣе укорачивается, чѣмъ удлиняется), то и кроветеченіе появляется только въ это время, и вообще не бываетъ очень сильно. Къ уменьшенію кроветеченія здѣсь служитъ и то обстоятельство, что опустившаяся въ нижній отрѣзокъ матки головка, прижимая плаценту, играетъ роль естественнаго тампона.

Положеніе плода при *placenta praevia* большею частію бываетъ черепное (таково оно было во всѣхъ виденныхъ мною случаяхъ). Это, вѣроятно, зависитъ отъ большаго питанія нижняго отрѣзка матки (по причинѣ увеличеннаго развитія сосудовъ) и въ связи съ этимъ большаго пространственнаго развитія полости матки въ этомъ участкѣ, сравнительно съ нормальной беременностію. Поэтому даже при преждевременныхъ родахъ съ подлежащею плацентою почти всегда является черепное положеніе. Относительно хода родовъ при разбираемомъ патологическомъ состояніи я вынесъ то впечатлѣніе, что роды здѣсь замедляются. Это можетъ зависѣть отъ болѣе сильнаго развитія мускулатуры въ нижнемъ отрѣзкѣ матки и въ шейкѣ, слѣдовательно отъ болѣе энергическаго сокращенія и меньшей уступчивости этихъ мышцъ, антагонистовъ изгоняющей силы матки. Съ другой стороны причина замедленія родовъ можетъ происходить отъ ослабленія роженицы предшествовавшими маточными кроветеченіями. Отъ чего бы не происходило это обстоятельство, во всякомъ случаѣ его слѣдуетъ считать неблагопріятнымъ, такъ какъ отъ скорости окончанія родовъ весьма много зависитъ спасеніе матери, ибо каждый лишній часъ здѣсь даетъ лишнюю потерю крови.

§ 175. *Распознаваніе* подлежащаго дѣтскаго мѣста большею частію не трудно. Одно появленіе вышеописанныхъ характерныхъ кроветеченій на 7—8 мѣсяцѣ беременности даетъ уже право съ большимъ вѣроятіемъ предполагать *placentam praeviam*, тѣмъ болѣе, если кроветеченіе повторяется уже не въ первый разъ. Внутреннее изслѣдованіе окончательно разъясняетъ дѣло, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ чрезъ маточное рыльце можно провести палецъ и непосредственно ощупать плаценту, легко отличаемую по своимъ физическимъ признакамъ. Нѣсколько труднѣе опредѣлить боковое предлежаніе плаценты, такъ какъ она здѣсь лежитъ выше, но за то и опасности при этомъ меньше, слѣдов. рѣже

представляются поводы къ точному опредѣленію болѣзни до наступленія родовъ. При открытомъ рыльцѣ можно сдѣлать изслѣдованіе полнѣе и свободнѣе, проникая пальцемъ глубже въ каналъ шейки, вслѣдствіе чего затрудненіе въ опредѣленіи болѣзни устраняется.

Предказаніе при placenta praevia centralis во всякомъ случаѣ сомнительно, какъ для матери, такъ и для младенца. Послѣдній хотя и не теряетъ здѣсь собственной крови, но можетъ пострадать отъ крайняго ослабленія матери, или, гораздо чаще, отъ значительнаго отдѣленія плаценты прежде окончанія родовъ. Слѣд. смерть его большею частію происходитъ отъ недостатка окисленія крови (задушеніе). Опасность для матери во время родовъ будетъ тѣмъ значительнѣе, чѣмъ больше было потеряно крови во время беременности. Изъ своихъ больныхъ (20) при placenta praevia я потерялъ только одну; изъ дѣтей умерло 11. Въ случаяхъ запущенныхъ, когда роды наступаютъ при большомъ малокровіи, роженица можетъ умереть ранѣе извлеченія младенца. Безъ акушерской помощи placenta praevia centralis въ большинствѣ случаевъ оканчивается смертію матери и младенца.

§ 176. *Льченіе*. При появленіи первыхъ кроветеченій, если они не очень сильны, можно ограничиться покойнымъ положеніемъ и устраненіемъ всего, что могло бы возбудить и усилить кроветеченіе. Только при большой потерѣ крови можно сдѣлать холодный маточный душъ, или тампонацію рукава (¹), имѣя при этомъ въ виду, что подъ вліяніемъ тампона могутъ начаться родовыя сокращенія матки. Поэтому безъ крайней надобности отъ тампонаціи нужно воздерживаться, по крайней мѣрѣ, до 7½—8 мѣсяцевъ беременности, т. е. до тѣхъ поръ, когда искусственно вызванные преждевременные роды не будутъ представлять опасности для младенца. Съ 8 мѣсяца при каждомъ появленіи кроветеченія слѣдуетъ тампонировать рукавъ, потому что этимъ средствомъ мы не только значительно ограничиваемъ потерю крови, но и уменьшаемъ опасность родовъ, если они будутъ вызваны преждевременно. Такъ какъ во время родовъ при placenta praevia centralis неизбежно должно открыться сильное кроветеченіе, то весь нашъ расчетъ будетъ заключаться въ томъ, чтобы къ тому времени роженица не была чрезмѣрно ослаблена и чтобы можно было окончить роды по возможности быстрѣе. Заблаговременно назначаемая тампонація удовлетворяетъ тому и другому условію,

(¹) Тампонацію можно сдѣлать или корпией, чрезъ маточное зеркало, или каучуковымъ шаромъ *Gurriola*, колпозринтеромъ *Brauna*, наконечъ полосками ветоши, или даже носовымъ платкомъ. О способѣ тампонирования см. 2-й вып. Гинекологія.

предотвращая слишком сильную потерю крови у беременной и возбуждая преждевременные роды, при которых младенец большего объема может быть извлечен скорѣе и легче.

Послѣ наступленія родовъ, когда чрезъ маточное рыльце, можно провести два или три пальца, большая часть современныхъ акушеровъ совѣтуютъ приступить къ повороту на ножки по способу *Бракстона Гикса*. При *placenta praevia centralis* эта операція дѣлается такъ: прежде введенія пальца въ матку отдѣляется часть плаценты, такъ чтобы одна половина маточнаго рыльца была свободна. Затѣмъ въ матку вводятся два пальца, предлежащая головка отталкивается вверхъ и въ сторону, а ножки комбинированными движеніями черезъ брюшныя стѣнки вводятся въ нижній отрѣзокъ матки, здѣсь захватываются пальцами и одна изъ нихъ или обѣ проводятся въ рукавъ. Съ этого времени онѣ могутъ служить для кровотока мѣста естественнымъ тампономъ, который, не смотря на увеличивающееся раскрытіе рыльца, будетъ плотно закрывать выходъ матки, такъ какъ ножки и ягодицы будутъ опускаться (или извлекаться искусственно) все ниже и ниже. При первой настоятельной надобности, имѣя въ рукахъ ножки, можно довольно скоро окончить роды искусственно.

Начинающимъ акушерамъ я рекомендую примѣнять этотъ способъ съ осторожностію. Неудобства его могутъ заключаться въ томъ, что поворотъ двумя пальцами при недостаточно раскрытомъ маточномъ рыльцѣ, рассчитанный главнымъ образомъ на дѣйствіе наружныхъ приѣмовъ и на отталкиваніе головки, не всегда производится легко. Поэтому можетъ случиться, что не окончивъ поворота, операторъ только испортитъ положеніе, вмѣсто черепнаго сдѣлаетъ косвенное, или поперечное. При такихъ условіяхъ, естественно, быстрое окончаніе родовъ затрудняется еще болѣе, съ увеличеніемъ шансовъ на большую потерю крови. Опасаясь этого обстоятельства, при малой подвижности ребенка и вколоченности головки, лучше ограничиться тампонаціей влагалища, ожидать раскрытія маточнаго рыльца и потомъ оканчивать роды, смотря по обстоятельствамъ, либо щипцами, либо обыкновеннымъ поворотомъ. Искусственный разрывъ плодныхъ оболочекъ при *placenta praevia* позволительно дѣлать только тогда, когда маточное рыльце открыто не менѣе трехъ поперечныхъ пальцевъ, т. е. когда вполне обеспечено искусственное окончаніе родовъ. Въ противномъ случаѣ мы лишаемся благоприятнаго вліянія пузыря, какъ внутренняго тампона, что даетъ возможность скопленія крови въ полости матки. Это обстоятельство служитъ также однимъ изъ неблагоприятныхъ условій при преждевременномъ поворотѣ по способу *Бракстона Гикса*, такъ какъ здѣсь,

при низведеніи ножки въ маточное рыльце и рукавъ, необходимо разорвать пузырь, иначе невозможно фиксировать ягодицы во входѣ таза. При извлеченіи младенца тѣмъ или другимъ способомъ необходимо окончить операцію по возможности быстрѣе, такъ какъ во время ея производства обыкновенно бываетъ сильное кровотеченіе. вмѣстѣ съ тѣмъ нужно имѣть въ запасѣ всѣ средства для возбужденія дѣятельности сердца на случай, если бы послѣ окончанія операціи явились угрожающіе симптомы анеміи (рвота, потеря пульса, обморокъ, судороги). Послѣ извлеченія младенца послѣдъ обыкновенно выходитъ немедленно самъ собой и кровотеченіе останавливается. Если бы этого не послѣдовало, то плацента весьма легко удаляется рукой и потомъ дѣлается холодный душъ на своды влагалища, чтобы вызвать энергическое сокращеніе нижняго отрѣзка матки.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда во время родовъ кровотеченіе бываетъ очень сильно и не удерживается даже тампономъ, а между тѣмъ при недостаточно открытомъ рыльцѣ не возможно быстрое окончаніе родовъ, я съ большимъ успѣхомъ производилъ *частичное отдѣленіе плаценты*. Это можно сдѣлать очень легко помощію введеннаго въ маточное рыльце пальца, которымъ отлучивается прилежащая къ рыльцу и болѣе кровотокая доля плаценты. Послѣ такого отдѣленія и легкаго тренія тѣмъ же пальцемъ маточной стѣнки кровотокаіе сосуды закрываются, что значительно уменьшаетъ потерю крови. На жизнь ребенка этотъ пріемъ не можетъ имѣть гибельнаго вліянія, такъ какъ остальная, значительно большая, поверхность плаценты, остающаяся въ связи съ маткою (верхняя часть) можетъ въ достаточной степени поддерживать дыханіе плода. При мертвомъ младенцѣ можно употребить способъ *Ротфорда* и *Симпсона*, т. е. совершенно отдѣлить плаценту прежде рожденія младенца. При жизни послѣдняго этотъ способъ не выгоденъ, такъ какъ за нимъ обыкновенно слѣдуетъ смерть плода. Старинный способъ прорыванія плаценты, съ цѣлію извлечь младенца чрезъ этотъ разрывъ, теперь совсѣмъ не употребляется. Этотъ способъ осужденъ еще *Лезре* (1751), такъ какъ при его выполненіи неизбѣжно отдѣляется вся плацента и слѣдъ погибаетъ младенецъ.

Примѣчаніе. О неправильномъ преврѣщеніи плаценты въ нижнемъ отрѣзкѣ матки акушеры до 18 стол. почти ничего не знали. Правда, мы находимъ описаніе случаевъ этой болѣзни у *Гильемо* (1609), *Аманда*, *Лямота*, *Мовисо*, *Пё*, *Віардела*, но въ этихъ описаніяхъ, по принадлежкамъ, несомнѣнно относящимся къ *рас. praevia*, авторы, очевидно, не понимали этой болѣзни, смѣшивая её съ преждевременнымъ отдѣленіемъ нормально сидящей плаценты. *Поль Порталь* (1685) сдѣлалъ ясный намекъ

на эту болѣзнь, а *Шаллеръ* въ 1709 г. опредѣлили ее при вскрытіи. Затѣмъ правильный взглядъ на подлежащую плаценту высказалъ *Жеромъ-фонъ-Горнъ* (1715), ученикъ *Порталья*, и *Левре* (1775, *Suite de observat.* p. 49). Послѣдній въ особенности обстоятельно описалъ эту болѣзнь, ея сущность, отличительные признаки и лѣчение. При лѣченіи онъ совѣтовалъ дѣлать частичное отдѣленіе плаценты съ одного края и оканчивать роды либо поворотомъ (если бы даже предлежала и головка), либо щипцами. Этихъ правилъ акушеры держатся и до сихъ поръ.

3) Преждевременное отдѣленіе нормально сидящей плаценты.

§ 177. Нормально сидящая плацента можетъ отстать отъ маточной стѣнки вслѣдствіе механическихъ насилій, напр. отъ сильнаго сотрясенія тѣла, паденія съ высоты, удара по животу. При этомъ большею частію одновременно является разрывъ пузыря и изліяніе водъ. Непремѣннымъ послѣдствіемъ и признакомъ отдѣленія плаценты будетъ маточное кровотеченіе. Оно можетъ быть внутреннее и наружное. Количество изливающейся крови зависитъ отъ величины отдѣлившейся поверхности дѣтскаго мѣста. Въ большинствѣ случаевъ оно бываетъ не особенно велико и рѣдко угрожаетъ серіозною опасностію для больной. Вслѣдъ за изліяніемъ водъ и за кровотеченіемъ обыкновенно наступаютъ преждевременные роды, во время которыхъ, по моимъ наблюденіямъ, кровотеченіе большею частію останавливается; но многіе авторы допускаютъ, что отъ родовыхъ сокращеній матки плацента можетъ отставать еще больше, что, естественно, вызываетъ усиленное отдѣленіе крови. Полнаго выпаденія плаценты во время родовъ, раньше выходенія плода, я ни разу не наблюдалъ, не считая, конечно, случаи родовъ двойнями, при которыхъ отдѣльный послѣдъ перваго ребенка можетъ выходить раньше рожденія втораго.

Частичное отдѣленіе дѣтскаго мѣста въ практикѣ встрѣчается нерѣдко. Оно опредѣляется по появившемуся маточному кровотеченію. Такъ какъ это послѣднее можетъ быть также симптомомъ *placenta praevia*, то необходимо отличать эти два состоянія, имѣющія разное значеніе въ смыслѣ предсказанія для беременной. Они отличаются по слѣдующимъ признакамъ: 1) Частичное отдѣленіе нормально сидящей плаценты бываетъ, какъ сказано выше, только вслѣдствіе случайныхъ механическихъ насилій, тогда какъ кровотеченіе при *placenta praevia* появляется безъ всякихъ видимыхъ причинъ. 2) Частичное отдѣленіе почти сегда сопровождается разрывомъ пузыря; при *placenta praevia*

этого не бываетъ. 3) За отдѣленіемъ плаценты обыкновенно вскорѣ наступаютъ родовыя сокращенія матки, а при предлежащемъ послѣдѣ кровотеченіе прекращается безъ наступленія родовъ, но потомъ снова возобновляется. 4) Предлежащую плаценту можно прощупать пальцемъ, тогда какъ при частичномъ отдѣленіи нельзя найти вблизи рыльца ничего подобнаго. Причиной маточнаго кровотеченія во второй половинѣ беременности можетъ быть также разрывъ матки. Онъ отличается болѣе тяжелыми общими симптомами, которыхъ нельзя объяснить одною потерей крови (быстро наступающій коляпсъ, ціанозъ, вздутость живота, потеря пульса).

Предсказаніе при частичномъ отдѣленіи плаценты для матери болѣею частію благоприятно, но младенецъ весьма часто погибаетъ, не столько вслѣдствіе отдѣленія плаценты (ограниченія дыханія), сколько отъ слабой жизнеспособности при наступившихъ преждевременныхъ родахъ. Поэтому опасность для младенца тѣмъ больше, чѣмъ раньше наступаютъ роды.

Леченіе будетъ зависѣть отъ степени кровотеченія. Если крови отдѣляется не много, а пузырь цѣль, то нужно заботиться о предотвращеніи родовъ (покойное положеніе въ постели, опій внутрь). При разрывѣ пузыря почти никогда не удастся остановить роды; поэтому здѣсь приходится дѣйствовать сообразно съ кровотеченіемъ. Если потеря крови значительна, можно положить на животъ холодную примочку, а внутрь дать *secale cornutum*. При подготовленныхъ родовыхъ путяхъ можно ускорить роды искусственнымъ извлеченіемъ младенца. Впрочемъ, въ этихъ приемахъ рѣдко встрѣчается надобность, такъ какъ кровотеченіе рѣдко бываетъ очень сильно (1).

Другимъ видомъ частичнаго отдѣленія плаценты можно считать кровеизліянія между наружною поверхностію дѣтскаго мѣста и маточной стѣнкой. Оно можетъ быть также отъ механическихъ

(1) Въ моей практикѣ частичное отдѣленіе плаценты встрѣчалось многіе десятки разъ. Въ Петербургѣ это болѣею частію зависѣло отъ паденія съ лѣстницы, рѣже (въ простомъ классѣ) отъ ушиба живота. Въ Казани я часто причину этой болѣзни видѣлъ въ дурныхъ дорогахъ (ухабахъ), въ паденіи зимой на скользкахъ тротуарахъ, въ механическомъ напряженіи при работахъ въ согнутомъ положеніи (завязываніе чемодановъ, выдвиганіе тяжелыхъ ящиковъ и пр.). Сильныхъ кровотеченій и опасныхъ случаевъ я не встрѣчалъ ни разу, но преждевременные роды были почти постояннымъ послѣдствіемъ этого состоянія. Тоже самое производитъ и простой разрывъ плоднаго пузыря безъ смѣщенія плаценты. Разрывъ пузыря необходимо отличать отъ изліянія ложныхъ водъ, являющагося перѣдко безъ всякой механической причины и не производящаго никакихъ дурныхъ послѣдствій.

причинъ, или отъ измѣненія плацентарныхъ сосудовъ. Изліяніе крови обыкновенно не занимаетъ слишкомъ большаго пространства (въ серебряный рубль, или не много болѣе). На этомъ мѣстѣ, между отставшей плацентой и маткой образуется кровяной свертокъ, который можетъ дать поводъ къ преждевременнымъ родамъ, или же онъ производитъ ограниченное воспаленіе матки (*decidua serotina*) и частичное приращеніе плаценты, послѣ всасыванія кровянаго сгустка. Распознаваніе этихъ кровезліяній не возможно. Послѣдствія ихъ опредѣляются послѣ выхожденія плаценты по тѣмъ измѣненіямъ, какія остаются на ея поверхности и въ ткани (ложныя перепонки, запусѣніе и атрофія ворсинокъ).

§ 178. *Маточное кровотеченіе*, являющееся у беременныхъ женщинъ (большею частію во время родовъ), страдающихъ *злокачественной анеміей* (*anaemia perniciosa*), многіе акушеры тоже приписываютъ частичному отдѣленію плаценты. Если бы даже такое толкованіе признать вполне справедливымъ, что по моему мнѣнію еще не вполне доказано, то все таки этотъ видъ кровотеченія необходимо строго отличать отъ обыкновеннаго механическаго частичнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста. Онъ имѣетъ совсѣмъ другую клиническую картину и совсѣмъ другое значеніе для больной. Кровотеченіе этого рода обыкновенно является вмѣстѣ съ родовыми схватками, а не во время беременности. Роды почти всегда наступаютъ преждевременно (на 6—7 мѣсяцѣ) безъ всякихъ механическихъ къ тому поводовъ. Кровь при схваткахъ отдѣляется въ небольшомъ количествѣ. Цвѣтъ ея блѣдно-красный, напоминающій сукровицу. Кровотеченіе большею частію начинается еще до разрыва пузыря, но послѣ изліянія водъ оно нѣсколько увеличивается. Общее состояніе больныхъ при этомъ представляетъ сильную степень малокровія, развившагося еще до начала родовъ. Родовыя сокращенія матки бывають крайне слабы, поэтому роды длятся очень долго и большею частію требуютъ искусственнаго извлеченія ребенка.

Такъ какъ общая потеря крови во время родовъ здѣсь не бываетъ очень велика (гораздо меньше, чѣмъ при *placenta praevia*), то неопытному акушеру можетъ показаться, что это кровотеченіе не особенно опасно. Между тѣмъ въ большей части случаевъ оно оканчивается смертію, или ранѣе окончанія родовъ, или тотчасъ по выхожденіи младенца (общія конвульсіи, обморокъ, переходящій въ смерть). Дѣтское мѣсто послѣ выхожденія изъ матки въ этихъ случаяхъ оказывается слабо развитымъ, дряблымъ, малокровнымъ, блѣдно-розоваго цвѣта, какъ бы вымоченнымъ въ водѣ. Плацентарныя ворсинки и децидуальныя клѣтки часто находятся въ жировомъ перерожденіи. Очень можетъ быть, что въ такомъ же состояніи находятся и мышцы матки, хотя мнѣ ни разу не

удавалось изслѣдовать ихъ подъ микроскопомъ, такъ какъ все умершія больныя этого рода были изъ частной практики. Предположеніе объ измѣненіи маточныхъ стѣнокъ я дѣлаю на томъ основаніи, что родовыя сокращенія матки бываютъ въ этихъ случаяхъ крайне слабы, гораздо слабѣе, чѣмъ при соответствующей степени анеміи другаго происхожденія (при placenta praevia, при выкидышѣ), а равно и потому, что при anaemia perniciosa жировое перерожденіе мышцъ вообще представляетъ довольно постоянный и отличительный признакъ этой болѣзни.

Происхожденіе описываемаго кровотеченія естественноѣ объяснить измѣненіями плаценты и матки, чѣмъ частичнымъ отдѣленіемъ первой. При жировомъ перерожденіи материнская часть плаценты теряетъ свою эластичность, дѣлается ломкой. Вслѣдствіе этого при сокращеніяхъ матки и при рѣзкихъ перемѣнахъ въ плацентарномъ кровообращеніи во время этихъ сокращеній (уменьшеніе крови въ надплацентарныхъ сосудахъ матки и застойное переполненіе въ плацентарныхъ синусахъ) весьма легко можетъ происходить разрывъ сосудовъ, соединяющихъ плаценту съ маточною стѣнкою. Опасное значеніе этихъ кровотеченій состоитъ не столько въ количествѣ потерянной во время родовъ крови, сколько въ существовавшей до родовъ анеміи мозга и жировомъ перерожденіи мышцъ сердца. Послѣ быстрого опорожненія матки и рѣзкаго паденія артеріальнаго давленія, при устремленіи крови къ брюшнымъ органамъ является быстрый отливъ крови отъ мозга, переходящій въ смертельную анемію. Смерть также можетъ наступить (во время родовъ) отъ паралича сердца, измѣненнаго жировымъ перерожденіемъ и истощеннаго непосильною работою при измѣняющихся условіяхъ кровообращенія во время родовыхъ потугъ (см. § 141 стр. 190 и § 143 стр. 195).

Описанный видъ кровотеченія отличается отъ другихъ, сходныхъ съ нимъ, по признакамъ существующей злокачественной анеміи (изслѣдованіе сердца и крови). При *личеніи* необходимо съ одной стороны содѣйствовать болѣе быстрому окончанію родовъ, съ другой поддерживать силы больной и энергію сердца. Для достиженія первой цѣли, до разрыва пузыря, полезно тампонировать рукавъ, какъ съ цѣлю уменьшенія потери крови, такъ и для облегченія открытія рыльца. При открытіи послѣдняго пальца на четыре, а въ крайнихъ случаяхъ даже на три, вида что роды подвигаются впередъ весьма медленно, а силы больной падаютъ, слѣдуетъ извлечь младенца искусственно. Смотря по положенію, это дѣлается либо поворотомъ на ножки, либо наложеніемъ щипцовъ. Рыльце въ подобныхъ случаяхъ при механическомъ растяженіи бываетъ податливо, такъ какъ почти не реагируетъ своими сокращеніями. Противъ угрожающей крайней анеміи

ми мозга и паралича сердца слѣдуетъ давать возбуждающія средства (вино, крѣпкій бульонъ, валеріану, мускусъ, эфиръ), класть на голову компрессы съ горячей водой, перевязывать конечности. При появившихся общихъ судорогахъ и потерѣ сознанія слѣдуетъ дѣлать подкожныя спрыскиванія эфира, давать нюхать амміакъ, растирать грудь горчичнымъ спиртомъ. Въ видахъ угрожающей быстрой смерти здѣсь умѣстно переливаніе крови.

4) З а н о с ь.

§ 179. Подъ словомъ *заносъ* разумѣютъ такую беременность, при которой послѣ смерти зародыша продолжаютъ жить и патологически развиваться только его оболочки. Заносъ раздѣляютъ на *пузырчатый* и *мясистый*, не имѣющіе между собою никакого сходства ни по формѣ, ни по сущности патологическаго измѣненія.

а) *Пузырчатый заносъ* (*mola vesiculosa s. hydatidosa, mi-xoma multiplex*).

Пузырчатый или *гроздовидный заносъ* есть патологическое перерожденіе ворсинокъ кожистой оболочки, вслѣдствіе котораго ворсинки превращаются въ кисты, величиною отъ горошины до голубинаго и даже до куринаго яйца. Такъ какъ это перерожденіе обыкновенно начинается въ первомъ мѣсяцѣ беременности, когда ворсинки покрываютъ всю поверхность плоднаго яйца, то это послѣднее вполнѣ замѣняется массою пузырей, а зародышъ, переставая жить, либо разрушается и исчезаетъ, либо остается до конца беременности въ томъ видѣ, въ какомъ застало его перерожденіе ворсинокъ. Гиперплазія ворсинокъ начинается съ эпителиальнаго ихъ покрова и распространяется на основное вещество соединительной ткани, съ обильнымъ образованіемъ междуячейстаго слизистаго вещества. Послѣднее скопляется внутри ворсинки и растягиваетъ ее въ видѣ круглой, пузырькообразной кисты. Каждая киста сидитъ на тонкой ножкѣ, такъ что въ общемъ видѣ онѣ получаютъ гроздовидную форму, въ родѣ виноградной кисти. Если перерожденіе ворсинокъ начинается въ періодъ образованія плаценты, когда на значительной поверхности плоднаго яйца ворсинки уже атрофируются, тогда новообразованіе ограничивается плацентарными ворсинками, или даже нѣсколькими дольками плаценты. Въ послѣднемъ случаѣ пузырьчатый заносъ можетъ существовать одновременно съ мясистымъ заносомъ, или даже съ нормальной беременностью. Ростъ ворсинокъ пузырьчатаго заноса продолжается въ теченіи всей беременности и совершается довольно быстро. Вслѣдствіе этого матка, растягиваемая новообразованіемъ, увеличивается въ объемѣ быстрѣе, нежели при бере-

менности нормальной. При разрастаніи пузыри увеличиваются не только въ объемѣ, но и въ числѣ.

Въ общемъ видѣ пузырчатый заносъ представляетъ мягкую, сѣроватаго цвѣта, массу пузырей и перепонокъ, достигающихъ иногда въ общей сложности громадной величины. Въ этой массѣ при внимательномъ изслѣдованіи можно отличить: 1) наружную, болѣе или менѣе толстую, перепонку, заключающую въ себѣ, какъ въ мѣшкѣ, все содержимое матки. Это есть отпадающая оболочка (*membr. decidua*), по мѣстамъ истонченная, даже продырявленная отъ давленія изнутри пузырями; 2) массу бѣлыхъ, полупрозрачныхъ пузырей, различной величины, круглаго или коббовиднаго очертанія, наполненныхъ жидкимъ слизистымъ содержимымъ. Пузыри эти посредствомъ тонкихъ стебельковъ или ножекъ соединяются между собою, а главные стволы прикрѣпляются къ разросшейся въ видѣ толстой перепонки основѣ кожистой оболочки (*endochorion*). 3) Кромѣ этого иногда удается найти небольшую полость, окруженную водною оболочкой, съ заключающеюся въ ней амниотической жидкостью и атрофированнымъ зародышемъ. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ удавалось находить вмѣстѣ съ пузырчатымъ заносомъ другое плодное яйцо, нормально развитое, или пузырчатое перерожденіе только части плаценты.

§ 180. *Причина* образованія пузырчатого заноса до сихъ поръ темна, какъ и причина всѣхъ новообразованій. Большею частію эта болѣзнь начинается въ первомъ или во второмъ мѣсяцѣ беременности, что видно по остаткамъ сохранившагося зародыша, находимаго обыкновенно въ этомъ періодѣ развитія. Перерожденіе выражается пролифераціей ворсинокъ и гиперплазіей основанной слизистой ткани. При чрезмѣрномъ скопленіи межкѣлочнаго вещества и слизистомъ распаденіи кѣлокъ каналъ ворсинки растягивается въ кисту. Кисты образуются не только на вершинѣ ворсинки, но и въ стволѣ, вслѣдствіе чего онѣ оказываются какъ бы нанизанными одна на другую. Каждый пузырекъ одѣтъ эпителиальнымъ покровомъ, имѣетъ довольно толстую стѣнку (изъ основной ткани ворсинки), а внутри наполненъ слизистымъ, тягучимъ содержимымъ. Стебельки состоятъ изъ слизистаго вещества, на подобіе Вартоповой студени. Сосудовъ въ стебелькахъ и кистахъ обыкновенно не бываетъ. При существованіи большихъ кистъ содержимое ихъ совершенно напоминаетъ околоплодную жидкость. Отпадающая оболочка при пузырчатомъ заносѣ разрастается сильнѣе, чѣмъ при нормальной беременности, и не только не теряетъ сосудовъ, но, напротивъ, эти послѣдніе превращаются въ синусы какъ въ *decidua serotina*. Въ эти сосудистыя полости вростають измѣнившіяся ворсинки (пузыри) точно также, какъ вростаетъ зародышевая часть нормальной пла-

центы. Въ исключительныхъ случаяхъ пузыри проникають еще дальше, въ самую мышечную ткань матки, истончаютъ и раздвигаютъ ея стѣнки, атрофирующіяся подѣ влияніемъ давленія со стороны растущихъ пузырей. Во всякомъ случаѣ связь съ маткою какъ отпадающей оболочки, такъ и пузырей, при пузырчатомъ заносѣ бываетъ значительно крѣпче, чѣмъ связь нормальнаго плоднаго яйца въ концѣ беременности. Это составляетъ главную причину опасности описываемой болѣзни.

Пузырчатый заносъ вообще встрѣчается рѣдко. Въ продолженіи своей практики я видѣлъ всего четыре случая этой болѣзни (въ С.-Петербургѣ). Въ Казанской клиникѣ не было ни одного случая, не только при мнѣ (въ теченіи четырехъ лѣтъ), но и прежде того я не нашелъ въ клиническихъ документахъ ни одного указанія на эту болѣзнь. Пузырчатый заносъ большею частію встрѣчается у женщинъ многоорождавшихъ (все мои случаи) и пожилыхъ. Нѣкоторые акушеры высказывали предположеніе, что къ этой болѣзни располагають гидремическое состояніе крови беременной, но мои наблюденія не подтверждаютъ этого. Въ двухъ моихъ случаяхъ заносъ былъ у женщинъ совершенно здороваго сложения (37—40 лѣтъ), скорѣе полнокровныхъ, чѣмъ анемическихъ или гидремическихъ. Къ сифилису эта болѣзнь не имѣетъ никакого отношенія.

Роды при пузырчатомъ заносѣ, обыкновенно, наступаютъ нѣсколько ранѣе нормальнаго срока, что, вѣроятно, зависитъ отъ чрезмѣрнаго растяженія матки. Теченіе родовъ большею частію замедляется вслѣдствіе медленнаго раскрытія рыльца, хотя схватки и потуги обыкновенно бываютъ довольно энергичны. При раскрытіи рыльца пальца на 2—3, начинаютъ выходить пузыри, сначала въ небольшомъ количествѣ, потомъ, при усилившихся потугахъ, они идутъ массаами, перемѣшанные съ кровяными свертками. Кровотеченіе начинается, обыкновенно, въ началѣ родовъ, но оно значительно усиливается послѣ того, когда матка на половину бываетъ опорожнена. Общее количество пузырей въ концѣ беременности выходитъ не менѣе большаго мѣднаго таза. Иногда пузыри въ одиночку выходятъ и до наступленія родовъ, что значительно облегчаетъ діагностику. Гораздо чаще въ теченіи беременности происходитъ время отъ времени истеченіе изъ половыхъ органовъ густой слизистой жидкости, исходящей изъ лопнувшихъ пузырей. Кровотеченія во время беременности обыкновенно не бываетъ.

§ 181. *Распознаваніе* пузырчатого заноса въ первые мѣсяцы беременности довольно трудно, потому что все субъективные и объективные признаки беременнаго состоянія здѣсь будутъ точно такіе же, какъ и при беременности нормальной. Предпо-

ложение о заносѣ можетъ возникнуть не раньше половины беременности, когда должно появиться сердцебиение и движение плода и можно ощупать плотныя его части, чего при заносѣ не будетъ. Этотъ отрицательный признакъ, конечно, не можетъ быть точенъ, потому что, руководствуясь имъ, можно смѣшать заносъ съ беременностію мертвымъ плодомъ. Другимъ признакомъ для отличія заноса отъ нормальной беременности, или отъ умершаго плода, можетъ служить несоотвѣтственность роста матки съ срокомъ беременности. При пузырчатомъ заносѣ матка увеличивается гораздо быстрее: къ 6—7 мѣсяцу она нерѣдко достигаетъ величины 8—9 мѣсячной беременности. Но и этотъ признакъ не пропорціональнаго роста матки можетъ зависѣть отъ другихъ патологическихъ осложнений, напр. отъ присутствія вмѣстѣ съ беременностію большой серозной кисты яичника. Такое состояніе тѣмъ болѣе затруднительно для діагностики, что при кистѣ матка измѣняетъ свое положеніе, вслѣдствіе чего бываетъ трудно ощупать тѣло плода или опредѣлить его движеніе и сердцебиеніе. Во время родовъ пузырчатый заносъ опредѣляется легче, по отсутствію плоднаго пузыря и подлежащей части и по выхожденію самыхъ пузырей. При наружномъ изслѣдованіи здѣсь не прощупываются ни какія части плода и не бываетъ ни сердцебиенія, ни движенія.

Предсказаніе при *mola hydatidosa* всегда нужно ставить сомнительное, потому что во время родовъ нужно ожидать болѣе или менѣе сильнаго кровотеченія, степень котораго впередъ опредѣлить не возможно. Источникомъ кровотеченія здѣсь служитъ матка, такъ какъ въ перерожденномъ яйцѣ кровеносныхъ сосудовъ не находится. Причина кровотеченія заключается въ отдѣленіи плоднаго яйца отъ маточныхъ стѣнокъ, при чемъ разрываются сосуды отпадающей оболочки (какъ при выкидышѣ) и обнажаются отверстия широкихъ маточныхъ венъ, чрезъ стѣнки которыхъ проникали пузырчатые новообразованія. Такіе случаи проростанія чрезъ синуозно - расширенныя маточныя вены гипертрофированныхъ ворсинокъ описаны *Фолькманомъ, Яроцкимъ, Вальдейеромъ и Кршеромъ*. При такомъ отношеніи перерожденныхъ ворсинокъ къ сосудамъ матки причина кровотеченія при изгнаніи пузырчатаго заноса совершенно понятна. Отдѣленіе пузырчатаго заноса произведетъ то же самое, что преждевременное отдѣленіе плаценты, но такъ какъ при заносѣ открытіе матки и изгнаніе ея содержимаго происходитъ медленно, то и количество потерянной во время родовъ крови можетъ быть весьма значительно. Впрочемъ, въ 4-хъ случаяхъ этой болѣзни, бывшихъ у меня на рукахъ, я ни разу не видалъ смертельнаго кровотеченія.

Кромѣ кровотеченія, неблагоприятнымъ условіемъ для предсказанія можно поставить еще то обстоятельство, что при *mola*

hydatidosa опорожненіе матки происходитъ труднѣе, чѣмъ при нормальныхъ родахъ. Часть пузырей и перепонокъ можетъ задерживаться въ маткѣ и это не только мѣшаетъ плотному сокращенію маточныхъ стѣнокъ, но и даетъ поводъ къ септическимъ послѣдовательнымъ заболѣваніямъ (endometritis septică, peritonitis, mertophlebitis, septicaemia).

§ 182. *Личеніе* при mola hydatidosa должно состоять въ томъ, чтобы содѣйствовать открытію маточнаго рыльца и по возможности скорѣйшему удаленію пузырей. Для этой цѣли мы тампонируемъ рукавъ и, въ случаѣ слабости маточныхъ сокращеній, употребляемъ всѣ средства для ихъ усиленія (secale cornutum). Если присутствіе заноса опредѣлено раньше наступленія родовъ, то можно прервать беременность искусственно (разширеніе канала маточной шейки).

Примѣчаніе. Подъ словомъ mola *Гиппократъ, Аристотель и Галенъ* разумѣли измѣненное абортированное плодное яйцо. Арабы распространили это понятіе на всѣ опухоли, развивающіяся въ маткѣ, или ея стѣнкахъ, такъ что впослѣдствіи авторамъ пришлось различать *истинный* (зависящій отъ беременности) и *ложный заносъ* (опухоли, независящія отъ беременности). Пузырчатый заносъ въ первый разъ былъ описанъ *Schrenc von Grafenberg* о́мъ въ 1665 г. Относительно сущности этой болѣзни мнѣнія были очень различны. Въ прошломъ столѣтіи напр. думали, что это есть продуктъ пузырчатыхъ глистовъ (mola hydatidosa). *Меккель* считалъ пузырчатый заносъ за гипертрофію ворсинокъ, соединенную съ отекомъ. *Гейнрихъ Мюллеръ* принимаетъ здѣсь страданіе exochorion'a, а *Вирховъ* считаетъ это за гиперплазію слизистой ткани, находящейся въ основѣ нормальной ворсинки.

§ 183. б) *Мясистый и кровавый заносъ* (mola carnosă, mola cruenta) представляютъ собою измѣненную отпадающую оболочку, которая, продолжая находиться въ связи съ маткой и жить нѣкоторое время послѣ смерти зародыша, превращается въ болѣе или менѣе массивный мясистый кусокъ. Если въ этомъ кускѣ преобладаютъ экстравазаты крови, то его называютъ *mola cruenta. s. sanguinea* или *apoplexia ovi*. Въ сущности этотъ видъ заноса есть тотъ же выкидышъ, отъ котораго онъ отличается не клинической картиной, а патологическими особенностями вышедшаго плоднаго яйца. Поэтому о mola carnosă будетъ сказано при выкидышѣ.

в) Кромѣ мясистаго и пузырчатаго заноса существуетъ еще одна форма неправильнаго развитія плоднаго яйца, которую можно назвать *водянистымъ заносомъ* или *кистой плоднаго яйца*. При этомъ какъ отпадающая, такъ и кожистая оболочка истончаются, перерождаются въ серозную ткань и растягиваются въ

форму пузыря, наполненнаго серозною жидкостію. Такіе заносы я видѣлъ три раза. Препаратъ одного изъ нихъ хранится въ акушерскомъ кабинетѣ Казанской клиники. Въ этомъ случаѣ на второмъ мѣсяцѣ беременности, вслѣдствіе паденія съ лѣстницы, начался было выкидышъ (кровотеченіе, потужныя боли, раскрытіе рыльца), но чрезъ сутки явленія выкидыша прекратились и беременность продолжалась еще три мѣсяца. Матка продолжала увеличиваться въ объемѣ до размѣра дѣтской головки. Послѣ того, при потужныхъ боляхъ, сопровождавшихся умѣреннымъ кровотеченіемъ, вышло плодное яйцо величиною нѣсколько болѣе гусинаго яйца, состоящее изъ плотной оболочки, толщиною въ 2—3", наполненное полупрозрачною жидкостію. Въ этой жидкости при разрѣзѣ мѣшка былъ найденъ шестивидѣльный зародышъ, не имѣвшій никакой связи со стѣнками кисты. Стѣнки послѣдней по строенію своему не походили ни на отпадающую, ни на кожистую оболочку, а представляли плотную серозную ткань. Въ другомъ случаѣ подобный заносъ я наблюдалъ во время родовъ на шестомъ мѣсяцѣ беременности. Дно матки доходило до пупка, рыльце раскрывалось очень медленно; подлежащей части совершенно не прощупывалось, но въ просвѣтѣ рыльца вставлялся какъ бы плодный пузырь, напряженный не только во время схватокъ, но и во время наузъ. Когда рыльце было раскрыто на три пальца, я сдѣлалъ искусственный проколъ этаго пузыря, при чемъ излилось большое количество жидкости. Въ слѣдъ за тѣмъ въ скоромъ времени вышли оболочки кисты, гораздо болѣе толстыя и крѣпкія, нежели оболочки плоднаго пузыря. Ни зародыша, ни плаценты не оказалось. Матка уменьшилась въ объемѣ и въ теченіе 7—10 дней достигла полной инволюціи, по крайней мѣрѣ по величинѣ не превышала нормальную матку. Третій случай былъ въ этомъ же родѣ, но только размѣръ кисты былъ нѣсколько меньше. Значительнаго кровотеченія при рожденіи такихъ заносовъ я ни разу не наблюдалъ.

5) Выкидышъ (abortus)

§ 184. Выкидышемъ слѣдуетъ называть изгнаніе изъ матки плоднаго яйца въ теченіи первыхъ четырехъ мѣсяцевъ беременности, т. е. до полного сформированія плаценты. Этотъ срокъ я полагаю для выкидыша потому, что послѣ четырехъ мѣсяцевъ изгнаніе плода совершается при другихъ явленіяхъ, вполне сходныхъ съ родовымъ процессомъ, тогда какъ до 4-хъ мѣсяцевъ плодное яйцо обыкновенно выбрасывается вмѣстѣ съ оболочками и это всегда сопутствуется маточными кровотечениями. Такая особенность клинической картины даетъ право отличать выкидышъ отъ

незрѣлыхъ родовъ (*partus immaturus*, отъ 4-хъ до 7 мѣсяцевъ) и преждевременныхъ (*partus praematurus*, 7—9 мѣсяцевъ) (1).

Причины выкидыша могутъ быть весьма разнообразны. Ояѣ могутъ дѣйствовать или быстро, случайно, неожиданно прерывая до тѣхъ поръ правильно-протекавшюю беременность, или же выкидышъ можетъ подготовляться исподволь вслѣдствіе различныхъ болѣзней плоднаго яйца, смерти зародыша, болѣзни матки, или даже всего организма матери. Къ причинамъ перваго рода, т. е. случайнымъ нужно отнести механическія насилія (толчки, удары, сотрясенія, механическія поврежденія плоднаго яйца, раздраженіе матки и пр.), дѣйствующія либо на стѣнки живота, либо непосредственно на матку (напр. раздраженіе маточной шейки, введеніе зонда). Въ частности перечислить всѣ случайныя поводы къ выкидышу нѣтъ никакой возможности—такъ они многочисленны и разнообразны. Гораздо важнѣе знать сущность дѣйствія этихъ причинъ для возбужденія выкидыша. Всякій выкидышъ происходитъ вслѣдствіе примаго или рефлекторнаго раздраженія нервовъ матки, или родоваго центра, возбуждающаго преждевременное сокращеніе маточныхъ стѣнокъ и отдѣленіе отъ нихъ плоднаго яйца. Въ этомъ смыслѣ сильнѣе всего дѣйствуютъ раздраженія внутренней поверхности матки, происходящія чаще всего отъ изліянія крови въ толщу оболочекъ плоднаго яйца, или между ними и маточной стѣнкой. Экстравазаты въ отпадающую оболочку могутъ происходить какъ отъ механическихъ причинъ, такъ и отъ неправильнаго кровообращенія въ маткѣ, или неправильнаго развитія отпадающихъ оболочекъ.

Сокращенія матки могутъ быть также вызваны путемъ рефлекса съ отдаленныхъ органовъ. Такимъ образомъ дѣйствуютъ сильная боль (напр. при вырываніи зуба), сильный испугъ, раздраженіе груди и т. п. Въ этомъ случаѣ прежде начинаются маточныя сокращенія, вслѣдствіе которыхъ происходитъ мѣстное отдѣленіе плоднаго яйца съ неизбѣжнымъ послѣдовате-

(1) Современные акушеры обыкновенно не дѣлаютъ такого подраздѣленія, считая выкидышемъ всякое прерываніе беременности до 7-ми мѣсяцевъ, т. е. до срока жизнеспособности плода. Такое дѣленіе мнѣ кажется неудобнымъ, потому что незрѣлые роды, напр. на 6—7 мѣсяцѣ, суть всетаки роды, а не выкидышъ, такъ какъ при нихъ существуютъ всѣ признаки родоваго процесса (напряженіе пузыря, предлежащая часть, приспособленіе къ тазу, отдѣльное выходеніе послѣда, отсутствіе кровотеченія). Слово выкидышъ указываетъ на выкидываніе или выбрасываніе плоднаго яйца, т. е. на процессъ, отличающійся отъ родоваго процесса, что мы и видимъ на самомъ дѣлѣ въ первые 4 мѣсяца беременности. Въ простонародіи слово *выкинуть* или *скинуть*, часто замѣняется характернымъ словомъ *сбросить*.

льнымъ кровотеченіемъ, тогда какъ при дѣйствиі причинъ механическихъ большею частію прежде происходитъ изліяніе крови, которая уже служитъ возбудителемъ для маточныхъ сокращеній. Недостаточный приливъ крови къ маткѣ (анемія) точно также можетъ служить причиною выкидыша, возбуждая маточныя сокращенія. Въ этомъ смыслѣ могутъ дѣйствовать на прерываніе беременности: сильное блѣднокроеіе и малокроеіе, обильная и быстрая потеря крови, сильный упадокъ питанія.

Всѣ изложенныя причины дѣйствуютъ не на всѣхъ беременныхъ одинаково. Однѣ женщины весьма сильно противостоятъ выкидышу, такъ что самыя рѣзкія неосторожности и случайности для нихъ проходятъ безнаказанно, тогда какъ у другихъ достаточно самаго незначительнаго раздраженія, напр. легкаго испуга, теплой ванны, усиленнаго движенія, чтобы произвести выкидышъ⁽¹⁾. Въ видахъ этого необходимо допустить у нѣкото-

(1) У совершенно *здоровыхъ* женщинъ прекращеніе беременности можетъ произойти только вслѣдствіе очень сильныхъ раздражителей. До какой степени это дѣлается не легко, показываютъ многія наблюденія искусственно вызываемаго выкидыша. Въ своей практикѣ я встрѣчалъ нѣсколько примѣровъ, гдѣ женщины, желая избавиться отъ нежелаемой беременности, производили надъ собой самыя грубыя насилія безъ всякаго результата. Одна напр. ежедневно по десяти разъ прыгала съ подоконника на полъ (болѣе 2 арш. вышины), другая растревляла мушками весь свой животъ, третья вызвала значительныя кровотеченія изъ маточной шейки, ковыряя въ каналѣ ея очиненнымъ гусинымъ перомъ, стараясь попасть въ матку. О сильныхъ стягиваніяхъ живота, горячихъ ножныхъ ваннахъ и внутреннихъ, такъ называемыхъ, абортивныхъ средствахъ я уже не говорю;—они примѣняются очень часто, и почти всегда безъ всякихъ послѣдствій для беременности. По отношенію къ абортивнымъ средствамъ существуетъ много наблюденій даже изъ врачебной практики, гдѣ еше *pagoda* и *drastica* назначались ошибочно, съ цѣлію вызвать регулы, не предполагая беременности, или какъ средство для возбужденія законаго выкидыша. При здоровой маткѣ и при нормальномъ развитіи отпадающихъ оболочекъ эти средства почти никогда не могутъ прервать беременности. Подобныя наблюденія должны имѣть судебно-медицинское значеніе. Если послѣ приѣма абортивныхъ средствъ послѣдуетъ выкидышъ, это обыкновенно указываетъ на существовавшее къ нему расположеніе (предшествовавшія измѣненія въ маткѣ, или плодномъ яйцѣ). слѣдовательно принятые средства дали только случайный толчекъ къ готовившемуся выкидышу. Болѣе сильно дѣйствуютъ приставленіе пиявокъ на маточную шейку и раздраженіе полости матки зондомъ, хотя и отъ этихъ манипуляцій выкидышъ происходитъ далеко не всегда. Можно ввести зондъ до самаго дна матки, не причинивъ большаго поврежденія отпадающей оболочки. Беременность прерывается только тогда, когда *decidua* будетъ отслоена отъ маточной стѣнки на значительномъ пространствѣ, что неизбѣжно вызоветъ изліяніе крови, или когда будетъ разорванъ плодный пузырь. У женщинъ, расположенныхъ къ выкидышу, наоборотъ, самая пустая неосторожность можетъ его выз-

рыхъ женщинъ особенное расположеніе къ выкидышу или, другими словами, существованіе особыхъ причинъ, подготовлявшихъ его задолго до наступленія, или до того толчка, который далъ къ нему случайный поводъ. Такихъ причинъ можетъ быть очень много, какъ со стороны плода, такъ и со стороны матки и цѣлаго организма беременной.

Со стороны плода причиной, располагающей къ выкидышу, служить *смерть ею*. Въ какое бы время беременности и отъ чего бы не умеръ плодъ, беременность послѣ этого обыкновенно продолжается не долго. Нѣсколько дней, даже недѣль плодныя оболочки могутъ еще находиться въ живой связи съ маткой, продолжая свой ростъ, но все таки за этимъ неизбѣжно послѣдуетъ выкидышъ вслѣдствіе спаденія полости плоднаго мѣшка и отдѣленія оболочекъ отъ маточныхъ стѣнокъ, или вслѣдствіе наступающихъ регрессивныхъ измѣненій въ оболочкахъ. При такомъ перерожденіи плодное яйцо дѣлается уже для матки постороннимъ раздражающимъ тѣломъ, способнымъ вызвать выкидышъ. Въ другихъ случаяхъ послѣ смерти плода и спаденія плоднаго мѣшка, вслѣдствіе выходненія ворсинокъ *chorion* изъ маточныхъ сосудовъ, является маточное кровотеченіе, которое уже дѣйствуетъ непосредственнымъ раздражителемъ внутренней поверхности матки. Вообще послѣ смерти плода связь плоднаго яйца съ маткой дѣлается рыхлѣе, отъ этого отдѣленіе оболочекъ и кровотеченіе вызываются гораздо легче при самыхъ незначительныхъ поводахъ. Смерть плода можетъ происходить отъ различныхъ причинъ, чаще всего отъ приостановленнаго питанія, вслѣдствіе страданія ворсинокъ кожистой оболочки, болѣзней пупочнаго канатика, общаго истощенія, или остраго малокровія беременной, также отъ острыхъ лихорадочныхъ болѣзней, или сифилиса матери, отъ страданія отпадающей оболочки и т. п. Выкидышъ, являющійся при такихъ условіяхъ, началомъ своимъ, стало быть, обязанъ этимъ болѣзнямъ, потомъ смерти плода и, наконецъ, послѣдовательнымъ измѣненіямъ плоднаго яйца, но не какому нибудь случайному поводу, который даетъ только толчекъ къ началу уже совершенно подготовленнаго болѣзненнаго процесса.

§ 185. Со стороны матки, располагающей къ выкидышу причиною чаще всего служатъ болѣзни и неправильности раз-

вать. Изъ этого не слѣдуетъ, чтобы легкое сотрясеніе тѣла, чиханіе, легкій испугъ, теплая ванна, послѣ которыхъ появляются кровотеченіе и схватки, могли быть признаны дѣйствительною причиною выкидыша. Причина въ такихъ случаяхъ лежитъ въ неправильномъ развитіи плоднаго яйца, при чемъ выкидышъ послѣдовалъ бы и безъ всякихъ случайныхъ поводовъ.

витія отпадающей оболочки. Въ особенности вліяють на беременность тѣ участки deciduae, которые окружають плодное яйцо, т. е. reflexa и serotina. Чрезмѣрное разрастаніе или атрофія этихъ послѣднихъ влечетъ за собой или неправильность въ развитіи зародыша, или даетъ яйцу легкую возможность отрываться отъ матки, подѣ вліяніемъ собственной тяжести, или случайнаго сотрясенія. Decidua vera, при ненормальномъ разрастаніи и утолщеніи, можетъ возбудить выкидышъ посредствомъ раздраженія маточныхъ стѣнокъ, или кровезливіями вслѣдствіе разрыва сосудовъ (endometritis decidualis).

Кровезливія въ ткань отпадающей оболочки составляютъ самое обыкновенное явленіе при выкидышѣ. Экстравазаты бываютъ или свѣжіе, происходящіе во время выкидыша, при отдѣленіи deciduae отъ маточныхъ стѣнокъ, или старые, происшедшіе за нѣсколько дней или недѣль до выкидыша, причиняетъ смерть плоду и послуживъ такимъ образомъ поводомъ къ выкидышу. Отличить свойство этихъ экстравазатовъ очень важно, чтобы звать, когда именно беременность была прервана и что послужило поводомъ къ изгнанію плоднаго яйца, но этотъ вопросъ рѣшается не всегда легко. Дѣло затрудняется тѣмъ, что при отдѣленіи отпадающей оболочки (выкидышѣ) всегда бываетъ свѣжее кроветеченіе и decidua обыкновенно выходитъ покрытою и даже пропитанною сгустками крови, что маскируетъ старые экстравазаты и даетъ видъ недавняго нарушенія беременности, тогда какъ, можетъ быть, кровезливіе въ оболочку было гораздо ранѣе того и смерть плода послѣдовала за нѣсколько дней или недѣль. При рѣшеніи этого вопроса можно руководиться состояніемъ плода и его оболочекъ и свойствомъ экстравазатовъ. Если мы въ выкинутомъ яйцѣ или вовсе не находимъ зародыша, или объемъ его не соотвѣтствуетъ величинѣ и развитію отпадающей оболочки и сроку беременности, то можно заключить, что плодъ умеръ давно, а оболочки продолжали ростъ послѣ его смерти, въ видѣ, такъ называемаго, мясистаго запоса (mola carnosа). Причину такого выкидыша, стало быть, нужно искать не при его началѣ, а гораздо раньше. Старыя кровезливія въ ткань отпадающей оболочки отличаются отъ свѣжихъ своимъ цвѣтомъ и плотностію. Свѣжая кровь представляется либо въ жидкомъ видѣ, либо въ видѣ свѣжаго сгустка, покрытаго фибринознымъ слоемъ, тогда какъ старый экстравазатъ гораздо темнѣе, плотнѣе, какъ бы зернистаго вида. Еще болѣе давнія кровезливія бываютъ болѣе или менѣе обезцвѣчены, напр. желтоватаго цвѣта.

Количество крови, изливающейся въ отпадающую оболочку, бываетъ различно. Въ тѣхъ случаяхъ, когда ея изливается много,

она разрушаетъ отпадающую оболочку и прокладываетъ себѣ путь въ полость плоднаго яйца, прошивая его оболочки и вдавливая ихъ внутрь. При этомъ плодное яйцо представляется какъ бы сплошнымъ кровянистымъ кускомъ, въ которомъ только при внимательномъ разсматриваніи можно найти перепутанныя перепонки водной и кожистой оболочекъ, съ ихъ уцѣлѣвшими и полуразрушенными ворсинками, и иногда атрофированнаго зародыша. Снаружи кровянаго куска будетъ находиться пропитанная кровью отпадающая оболочка, большею частію разорванная. Вышедшее въ такомъ видѣ изъ матки плодное яйцо прежде называли *кровянистымъ закосомъ* (*mola cruenta s. sanguinea*), если кровензліяніе было давнее, или *апоплексіей яйца*, если въ немъ находили только свѣжіе сгустки крови.

Къ причинамъ, располагающимъ къ выкидышу, нужно также отнести различныя острыя и хроническія страданія матки: катарръ слизистой оболочки, искривленіе матки впередъ или назадъ, опущеніе и выпаденіе, фиброиды. О вліяніи этихъ болѣзней на беременность было сказано выше.

Слишкомъ частая беременность, или предшествовавшіе выкидыши располагаютъ къ повторенію ихъ тѣмъ, что оставляютъ за собой въ маткѣ различныя хроническія болѣзни, или тѣмъ, что новая беременность при этомъ нерѣдко наступаетъ при не вполне совершившейся инволюціи матки. При всѣхъ этихъ условіяхъ отпадающая оболочка развивается неправильно, связь плоднаго яйца съ маткой бываетъ очень рыхла, сосуды *deciduae* легко разрываются, что и даетъ легкую возможность выкидыша. Такъ называемый *привычный выкидышъ* (*abortus habitualis*), при которомъ женщина, разъ или нѣсколько разъ выкинувшая, сохраняетъ на будущее время большую склонность къ повторенію выкидыша, обыкновенно около однихъ и тѣхъ же сроковъ беременности, — нужно объяснять существованіемъ въ маткѣ или въ цѣломъ организмѣ тѣхъ или другихъ изъ вышеупомянутыхъ располагающихъ условій. Чаще всего причиной такого выкидыша бываетъ старшій *сифилисъ* мужа или жены, или хроническія болѣзни матки, общее истощеніе и т. п. неустраненныя болѣзни. (см. § 145, 148, 151, 156, 158).

§ 186. *Распознаваніе* выкидыша основывается на слѣдующихъ признакахъ: кроветеченіи, потугообразныхъ сокращеніяхъ матки и измѣненіяхъ маточной шейки. Всякое маточное кроветеченіе въ первую половину беременности можетъ дать предположеніе о готовящемся выкидышѣ, если бы оно и не сопровождалось другими, свойственными выкидышу, явленіями. Появленіе регулъ во время беременности, какъ уже было сказано, встрѣчается чрезвычайно рѣдко. Язвы на маточной шейкѣ обыкновенно

отдѣляютъ очень небольшое количество крови, такъ что этого рода кровоточивость шейки легко можетъ быть отличаема отъ кровотеченія изъ полости матки, всегда болѣе обильнаго. Другія кровотечения отъ страданія маточной шейки, напр. при раковой язвѣ, полипѣ и пр. опредѣляются непосредственнымъ изслѣдованіемъ. Гораздо труднѣе отличить тѣ случаи, гдѣ кровотеченіе изъ матки продолжается очень долго, напр. нѣсколько дней и даже недѣль, безъ всякихъ другихъ явленій выкидыша, какъ это, напр. нерѣдко бываетъ при кровяномъ, или мясистомъ заносѣ. Здѣсь увеличенный объемъ матки, не прибывающей въ ростъ въ теченіи напр. 2—3 недѣль, легко можетъ дать предположеніе о присутствіи полипа, или о хроническомъ воспаленіи матки. При разборѣ такихъ случаевъ нужно главнымъ образомъ руководиться анамнезомъ относительно прежняго характера регуль и существованіемъ признаковъ беременности до кровотеченія. Въ трудныхъ для діагностики случаяхъ, если кровотеченіе очень сильно, можно сдѣлать искусственное расширеніе маточной шейки (навощенная или прессованная губка, *laminaria digitata*).

Кровотеченіе во время беременности, указывая на начинающійся выкидышъ, не даетъ еще права заключать, что онъ неизбѣжно послѣдуетъ. Очень не рѣдко появившаяся кровь останавливается или сама собой, или при помощи медицинскихъ средствъ, и беременность затѣмъ можетъ продолжаться своимъ порядкомъ. Это бываетъ тогда, когда отдѣленіе отпадающей оболочки отъ маточныхъ стѣнокъ произойдетъ на незначительномъ пространствѣ въ нижнемъ отрѣзкѣ матки, такъ что большаго смѣщенія плоднаго яйца не послѣдуетъ и плодъ остается живымъ. Я знаю нѣсколько случаевъ такого рода, гдѣ не только маточное кровотеченіе, но и начинавшееся укороченіе и раскрытіе маточной шейки, при извѣстныхъ медицинскихъ средствахъ, были устранимы и беременность оканчивалась совершенно нормально⁽¹⁾.

(1) Считаю не лишнимъ указать на случай этого рода, выходящій изъ ряда обыкновенныхъ. бывшій въ моей практикѣ въ 1879 году у жены студента В. При выкидышѣ, въ началѣ третьяго мѣсяца, не только было полное раскрытіе рывца, но въ нижнемъ отрѣзкѣ матки можно было свободно ввести пальцемъ большую часть поверхности плоднаго яйца. При очень сильныхъ кровотеченияхъ употреблена была тампонація въ продолженіи трехъ сутокъ (съ перемѣною тампоновъ). Послѣ того кровотеченіе и схватки прекратились, но шейка оставалась открытою. Вслѣдствіе этого, при доступѣ воздуха, началось разложеніе въ маткѣ отставшихъ кусковъ deciduae vagae и оставшихся кровяныхъ свертковъ, съ обильными вонючими истеченіями. Это заставило дѣлать промываніе канала маточной шейки слабымъ растворомъ карболовой кислоты. Съ цѣлю вызвать прекратившіяся сокращенія матки и

Слѣдовательно, кроветеченіе тогда только даетъ право на ускореніе выкидыша (напр. на тампонацію, или на расширеніе маточной шейки), когда мы убѣждены въ смерти плода (если напр. при продолжающемся кроветеченіи нѣсколько недѣль матка уже не увеличивается въ объемѣ), или когда кроветеченіе слишкомъ обильно и не можетъ быть остановлено никакими безвредными для беременности средствами.

Въ большинствѣ случаевъ вслѣдъ за кроветеченіемъ при выкидышѣ начинаются *потужныя сокращенія матки* съ тѣмъ же характеромъ, какъ это бываетъ въ началѣ родовъ. Въмѣстѣ съ этимъ являются и измѣненія на маточной шейкѣ, именно укороченіе ея и раскрытіе. При появленіи этихъ признаковъ опредѣленіе выкидыша дѣлается несомнѣннымъ, особенно если удается провести чрезъ маточное рыльце палецъ и ощупать опустившееся плодное яйцо.

При разборѣ признаковъ выкидыша, естественно, рождается вопросъ: при какихъ условіяхъ выкидышъ неизбѣженъ и когда онъ можетъ быть еще пріостановленъ. Отвѣчать на этотъ вопросъ въ большинствѣ случаевъ трудно, такъ какъ, за исключеніемъ заноса, въ свѣжихъ случаяхъ выкидыша нельзя знать, живъ плодъ, или нѣтъ, и въ какой степени произошли измѣненія въ его оболочкахъ. Тѣмъ не менѣе, въ интересахъ сохраненія беременности, въ началѣ cadaго свѣжаго выкидыша мы должны дѣйствовать съ цѣлію его предотвращенія. Только тогда мы избираемъ другой образъ дѣйствій (ускореніе выкидыша), когда произойдетъ полное раскрытіе маточнаго рыльца и смѣщеніе плоднаго яйца, такъ что наибольшая поверхность его можетъ быть оцупана пальцемъ. Раньше этого срока позволительно ускорять изгнаніе яйца только при очень сильныхъ кроветеченіяхъ, или при убѣжденіи въ смерти плода (изліяніе околоплодныхъ водъ, выходженіе части оболочекъ яйца, или самаго зародыша, заносъ).

изгнать гнѣющее плодное яйцо, въ матку введенъ былъ струнный бужъ и оставленъ тамъ на 12 часовъ. Внутри больная принимала большіе приемы спорынья. Не смотря на все это, плодное яйцо не было изгнано, а, напротивъ, шейка стянулась, воюнція отдѣленія прекратились и беременность продолжалась до нормальнаго срока. Ребенокъ родился живымъ и правильно развитымъ. Въ данномъ случаѣ, очевидно, при начинавшемся выкидышѣ плодное яйцо оставалось въ связи съ маткою только на участкѣ запоздалой оболочки; рефлеха осталась цѣла, кроветеченіе же было изъ отслоившагося нижняго участка deciduae verae, которая частію выдѣлялась въ видѣ полуразложившихся кусковъ, частію расплылась въ ихорозныя отдѣленія.

Заносъ можно опредѣлить въ тѣхъ только случаяхъ, когда кровотеченіе, появившееся при ясныхъ признакахъ беременности, продолжается очень долго, то сильнѣе, то слабѣе, безъ потужныхъ маточныхъ сокращеній, когда матка перестаетъ увеличиваться въ объемѣ, или увеличивается не пропорціонально съ ходомъ беременности, если при этомъ исчезаютъ субъективные признаки беременности, опадаютъ груди и пр. Во многихъ случаяхъ, однако же, заносъ не даетъ этихъ признаковъ; изгнаніе его начинается при явленіяхъ совершенно сходныхъ съ свѣжимъ выкидышемъ; тогда онъ опредѣляется только при окончаніи выкидыша, помощію осмотра вышедшаго куска.

При распознаваніи выкидыша нерѣдко приходится встрѣчаться съ вопросомъ: совершился ли выкидышъ вполне, или часть оболочекъ осталась еще въ маткѣ? Это относится къ тѣмъ случаямъ, когда врача приглашаютъ поздно, послѣ того, какъ изъ матки уже выдѣлилось большое количество кусковъ и кровяныхъ свертковъ, выброшенныхъ безъ компетентнаго осмотра. Если при этомъ маточная шейка будетъ сокращена и пальцемъ невозможно прощупать остатковъ плоднаго яйца, тогда можно приблизительно судить о присутствіи послѣдняго въ маткѣ по слѣдующимъ признакамъ. Не опорожненная матка не теряетъ беременной формы, т. е. она болѣе кругла и эластична, увеличена въ объемѣ. Пустая матка, напротивъ, имѣетъ болѣе плоскій видъ, небольшой объемъ и на ощупь болѣе плотна. Если подозрѣвается задержаніе небольшого куска оболочекъ, то при сокращенной маточной шейкѣ этотъ вопросъ можно рѣшить только послѣ искусственнаго растяженія канала послѣдней (прессованная губка, ляминарія), при чемъ полость матки можно изслѣдовать пальцемъ. Этотъ способъ рекомендуется также въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣ выкидыша появляются слишкомъ обильныя мѣсячныя очищенія, дающія подозрѣніе, что они поддерживаются оставшимся въ маткѣ кускомъ плаценты или оболочекъ. Мнѣ приходилось много разъ имѣть дѣло съ такими кровотеченіями, повторявшимися нѣсколько мѣсяцевъ, пока оставшійся кусокъ не былъ удаленъ.

Въ акушерской и судебно-медицинской практикѣ нерѣдко можетъ представиться вопросъ о томъ, былъ ли въ данномъ случаѣ подозрѣваемый выкидышъ? Разрѣшеніе такого вопроса возможно только въ первые 2—3 дня по окончаніи выкидыша. Послѣдній констатируется по разрыхленію и открытому состоянію маточной шейки, пропускающей палецъ до внутренняго рыльца, по увеличенному объему матки, по истеченію изъ нея кровянисто-слизистыхъ очищеній и по присутствію на грудяхъ признаковъ бывшей беременности (потемнѣніе сосковъ, молозиво).

§ 187. Въ первыхъ двухъ мѣсяцахъ беременности плодное яйцо обыкновенно выходитъ изъ матки вмѣстѣ съ оболочками, въ видѣ мягкаго мѣшка, наибольшую массу котораго составляетъ отпадающая оболочка. При весьма незначительномъ объемѣ плода и тонкости плоднаго пузыря, обыкновенно, послѣдній разрывается прежде, чѣмъ яйцо пройдетъ чрезъ маточную шейку, и вообще изъ-за массы отпадающей оболочки, собственно, плодъ и его пузырь не прощупываются. При выкидышѣ на 3-мъ и 4 мѣсяцахъ нерѣдко при изслѣдованіи можно прощупать плодный пузырь, или части зародыша, который выходитъ либо отдѣльно, раньше оболочекъ, либо вмѣстѣ съ ними. Во всякомъ случаѣ здѣсь нѣтъ еще механизма родовъ въ смыслѣ опредѣленнаго положенія и приспособленій плода къ размѣрамъ таза. Если плацента сформирована, то она выходитъ послѣ плода и нерѣдко задерживается въ маткѣ довольно долго.

Продолжительность процесса выкидыша бываетъ весьма различна. Въ раннихъ срокахъ, напр. въ теченіи перваго мѣсяца беременности, выкидышъ иногда можетъ совершиться очень скоро и легко, такъ что во многихъ случаяхъ такіе ранніе выкидыши проходятъ даже не замѣченными, принимаются за мѣсячныя очищенія. На 2—3 мѣсяцѣ выкидышъ большею частію происходитъ труднѣе, сопровождается большою потерей крови и бываетъ продолжительнѣе. Но и здѣсь продолжительность его далеко не одинакова. Иногда плодное яйцо выбрасывается въ теченіи нѣсколькихъ часовъ, иногда въ нѣсколько дней. Вообще въ среднемъ срокѣ выкидышъ можно считать продолжительнѣе родовъ. Причину этого можно искать въ неподготовкѣ половыхъ путей къ изгнанію содержимаго матки (длина и плотность маточной шейки, недостаточное развитіе мышцъ матки) и въ болѣе крѣпкой связи плоднаго яйца съ маточными стѣнками. Отъ этого нерѣдко случается, что, не смотря на открытое маточное рыльце, плодное яйцо, или часть его, долго остается въ маткѣ, при доступѣ воздуха разлагается и расплывается въ видѣ вонючихъ ихорозныхъ отдѣленій⁽¹⁾.

§ 188. *Предсказаніе.* Если выкидышъ сравнить съ родами, то можно утверждать, что онъ опаснѣе послѣднихъ. Опасность здѣсь зависитъ отъ значительной потери крови и отъ послѣдо-

(1) Случаевъ задержанія въ маткѣ остатковъ плоднаго яйца на нѣсколько недѣль и даже мѣсяцевъ въ литературѣ очень много. Задержанное яйцо большею частію подвергается регрессивнымъ измѣненіямъ, даже разложенію (при доступѣ воздуха); въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однакоже, оно можетъ очень долго послѣ смерти оставаться совершенно свѣжимъ. Въ исключительныхъ

вательныхъ болѣзней матки. Очень часто кровотеченія при выкидышѣ доводятъ больную до сильнаго малокровія, съ обмороками, потерей пульса, рвотой и пр., хотя случаи смертельнаго кровотеченія при этомъ бываютъ очень рѣдки. Послѣдовательныя болѣзни отъ выкидыша могутъ развиваться или вскорѣ послѣ него, или спустя значительное время, въ острой, или хронической формѣ (воспаленіе матки и яичниковъ, воспаленіе брюшины, катарръ полости матки, искривленіе, слишкомъ обильныя мѣсячныя очищенія, или маточныя кровотеченія и пр.). Въ большинствѣ случаевъ можно сказать, что выкидышъ оставляетъ за собой гораздо больше патологическихъ слѣдовъ и больше подрываетъ здоровье женщинъ, нежели роды. Восприимчивость къ заразительнымъ пuerперальнымъ болѣзнямъ (родильная горячка) послѣ выкидыша почти одинакова, какъ и послѣ родовъ.

Выкидыши встрѣчаются очень часто, даже гораздо чаще, нежели это входитъ въ статистическія свѣдѣнія, потому что много случаевъ, безъ сомнѣнія, просматривается, или утаивается. По вычисленіемъ, *Hegar'a* на 8—10 срочныхъ родовъ приходится по меньшей мѣрѣ одинъ выкидышъ. Женщины многорождавшія выкидываютъ чаще, нежели первобеременные, что легко объясняется тѣмъ, что у первыхъ чаще встрѣчаются болѣзни матки, какъ главная причина, располагающая къ выкидышу. Выкидышъ чаще всего встрѣчается въ теченіи первыхъ трехъ месяцевъ беременности; на четвертомъ и послѣдующихъ мѣсяцахъ онъ бываетъ значительно рѣже.

Лѣченіе. Профилактическое лѣченіе, имѣющее цѣлію предотвращеніе выкидыша, состоитъ въ назначеніи строгаго гигиеническаго содержанія для больной, какъ объ этомъ уже было сказано въ физиологической части (§ 63 и слѣд.). Въ этомъ отношеніи особенно нужно имѣть въ виду женщинъ, расположенныхъ къ выкидышу. Онѣ

случаяхъ плодъ можетъ совершенно остаться въ маткѣ, превратившись въ сморщенную мумифицированную массу. Вслѣдствіи онъ можетъ выйти наружу (черезъ много мѣсяцевъ и даже лѣтъ), либо черезъ маточное рыльце, либо прокладывая себѣ искусственный, фистулезный ходъ, напр. черезъ прямую кишку. Въ случаѣ *Menzies* оставшійся въ маткѣ плодъ превратился въ родъ *Lithoraedion'a*, какъ это оказалось при вскрытіи черезъ 17 лѣтъ отъ начала беременности. *Alborius* подобный плодъ нашелъ въ маткѣ черезъ 28 лѣтъ послѣ послѣдней беременности. *Prael* описываетъ (1821) случай задержанія плода въ маткѣ въ теченіи 28 лѣтъ. Такихъ примѣровъ въ литературѣ существуетъ довольно много. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, именно при очень раннихъ выкидышахъ, плодное яйцо можетъ выйти изъ матки не въ видѣ плотнаго куска, а, разрушаясь и расплываясь, вытекаетъ незамѣтно. Такіе случаи могутъ дать поводъ признавать ошибку въ распознаваніи выкидыша.

должны соблюдать правила осторожности гораздо строже. При приближеніи того срока беременности, въ который случались предшествовавшіе выкидыши, необходимо такимъ женщинамъ запретить выходить изъ квартиры, еще лучше заставить ихъ оставаться въ постели въ теченіи нѣсколькихъ дней, даже недѣль. Если привычный выкидышъ происходитъ вслѣдствіе застарѣлаго сифилиса, то лучшимъ средствомъ для его предотвращенія будетъ меркуріальное, или вообще противосифилитическое лѣченіе. Тамъ, гдѣ выкидышъ зависитъ отъ болѣзней матки, или общаго истощенія больной, нужно заботиться объ устраненіи этихъ болѣзней раньше беременности, чтобы приготовить будущему зачатію болѣе благопріятную почву.

При появленіи кроветеченія во время беременности, слѣд. при первыхъ признакахъ выкидыша, нужно стараться остановить его. Для этого больную укладываютъ въ постель и внутрь назначаютъ препараты *отія*. Нерѣдко послѣ этого боли и кроветеченія прекращаются. Послѣ того больная должна оставаться въ постѣли еще нѣсколько дней. Если при кроветеченіи плодный пузырь остается цѣль и въ оболочкахъ не произошло значительныхъ измѣненій, то беременность можетъ продолжаться до нормальнаго срока. Въ противномъ случаѣ выкидышъ все таки послѣдуетъ, если не съ перваго раза, то чрезъ больній или меньшій промежутокъ времени. Раскрытіе маточнаго рыльца не должно служить противупоказаніемъ къ предотвращенію выкидыша, такъ какъ опытъ показываетъ, что рыльце можетъ снова сократиться и это не мѣшаетъ продолженію беременности.

При очень сильномъ и опасномъ кроветеченіи, равно какъ при значительномъ смѣщеніи плоднаго яйца, необходимо обратиться къ другому образу дѣйствій. Здѣсь мы имѣемъ цѣлю не предотвращеніе, а ускореніе выкидыша. Въ этомъ отношеніи лучше всего помогаетъ тампонація рукава. Подъ вліяніемъ тампона значительно уменьшается потеря крови, легче отдѣляется плодное яйцо отъ маточныхъ стѣнокъ, усиливаются маточныя сокращенія и такимъ образомъ выкидышъ совершается скорѣе. Тампонъ оставляется въ рукавѣ на 6—12 часовъ, смотря по тому, какъ сильно кроветеченіе и сокращеніе матки. Если по извлеченіи тампона плодное яйцо оказывается въ маточной шейкѣ, или въ рукавѣ, то оно легко извлекается пальцемъ. Въ противномъ случаѣ тампонація повторяется. Если при полномъ открытіи рыльца плодное яйцо остается въ маточной шейкѣ, удерживаясь въ связи съ маткою на ограниченномъ пространствѣ, въ родѣ ножки (обыкновенно около дна матки), тогда нужно ввести въ полость матки указательный палецъ и стараться отдѣлить яйцо и извлечь на-

ружу. Это мнѣ удавалось лучше всего слѣдующимъ приѣмомъ. Приложивъ введенный палецъ съ той или другой стороны плоднаго яйца, я поворачивалъ послѣднее нѣсколько разъ около продольной оси, послѣ чего ножка его скручивается, легко отдѣляется отъ матки и извлекается наружу. Въ рѣдкихъ случаяхъ приходится для этой цѣли прибѣгать къ корнцангу, или употреблять вмѣсто одного два пальца. Введеніе въ рукавъ всей кисти руки совершенно излишне и очень болѣзненно. При высокомъ положеніи матки ее легко надавить внизъ снаружи, чрезъ брюшныя стѣнки (насадить на палецъ). Если при этомъ не удастся отдѣлить и извлечь плодное яйцо, то лучше снова прибѣгнуть къ тампону. Грубыя манипуляціи въ маточной шейкѣ легко могутъ причинить разрывъ ея стѣнокъ, что можетъ повести къ общему перитониту.

Изъ внутреннихъ средствъ для ускоренія выкидыша обыкновенно назначаютъ *secale cornutum* и минеральныя кислоты (*elixir Halleri*), хотя сравнительная польза этихъ средствъ весьма незначительна. Тоже самое можно сказать о прикладываніи льда на животъ и о холодныхъ или вяжущихъ вприскиваніяхъ (*ol. martis*) въ рукавъ.

Если при выкидышѣ плодное яйцо, или часть его, долго остается въ маткѣ, при открытомъ рыльцѣ, тогда оно, разлагаясь, даетъ обильныя вонючія истеченія. Врачъ, призванный къ больной при подобныхъ обстоятельствахъ долженъ стараться опредѣлить присутствіе въ маткѣ остатковъ выкидыша, или сгустковъ крови и удалить ихъ вышеуказаннымъ способомъ (тампонація и ручное извлеченіе). Если же этого не удастся достигнуть по причинѣ высокаго положенія оставшагося куска, по отсутствію и не возбуждаемости маточныхъ сокращеній (при начавшемся уже жировомъ перерожденіи матки) и при узкости отверстія маточной шейки, — тогда, не употребляя насильственныхъ мѣръ, можно ограничиться противугнилостными спринцеваніями въ рукавъ и даже въ самую матку. Спринцеванія лучше всего дѣлать, раза 3—4 въ день, изъ слабаго раствора карболовой кислоты или марганцевокислаго кали.

Спринцеваніе въ полость матки нужно дѣлать въ небольшомъ количествѣ и очень осторожно, по этому врачъ долженъ производить это самъ, не полагаясь на акушерку. Гнилостныя истеченія изъ матки при задержанномъ выкидышѣ большею частію не представляютъ такой опасности для зараженія крови, какъ это могло бы казаться съ перваго раза. Я встрѣчалъ такихъ случаевъ очень много, но ни разу не видѣлъ отъ этого опасныхъ припадковъ септикеміи. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ дѣло обыкновенно ограничивается однимъ, или нѣсколькими оз-

нобами, съ непродолжительной и не очень высокой лихорадкой. Я этимъ не хочу сказать, чтобы выкидышъ не давалъ расположенія къ опаснымъ послѣродовымъ заболѣваніямъ (родильная септикемія, дифтеритъ, піэмія), но желаю выразить, что причина этихъ заболѣваній заключается не въ продуктахъ гниlostнаго разложенія содержимаго матки, а въ поступленіи въ организмъ родильницы специфическаго яда, къ воспріятію котораго одинаково расположены женщины какъ послѣ родовъ, такъ и послѣ выкидыша. Подробнѣе объ этомъ будетъ сказано въ статьѣ о родильныхъ горячкахъ.

Послѣ выхожденія изъ матки плоднаго яйца, кровотеченіе обыкновенно останавливается само собою, боли прекращаются и больная, какъ послѣ родовъ, поправляется очень скоро, если у ней не остается слишкомъ сильнаго малокровія. Гигіеническое содержаніе послѣ выкидыша должно быть такое же, какъ и послѣ родовъ, съ тою лишь разницею, что пребываніе въ постели здѣсь можно ограничить 4—5 днями, такъ какъ инволюція матки послѣ выкидыша совершается скорѣе, нежели послѣ срочныхъ родовъ. При малокровіи назначается питательная, укрѣпляющая діета, а впослѣдствіи желѣзо.

6) Неправильности развитія и волѣзни плаценты.

§ 190. Болѣзни и неправильности развитія плаценты имѣютъ преимущественно анатомо-патологическій интересъ, потому что во время беременности онѣ не доступны ни для распознаванія, ни для лѣченія. Аномаліи плаценты выражаются или недостаткомъ, или избыткомъ развитія. Къ недостаткамъ перваго рода относится такъ называемая *placenta membranacea*, описанная Штейномъ старшимъ въ 1807 году. Она образуется вслѣдствіе того, что ворсинки кожистой оболочки получаютъ зародышевые сосуды не на одномъ ограниченномъ мѣстѣ, а на большей части периферіи яйца, такъ что послѣднее соединяется съ маткою не только на мѣстѣ запоздалой оболочки, но и на значительномъ пространствѣ *deciduae verae*. Вслѣдствіе этого плацента не развивается въ видѣ толстой мясистой лепешки, а представляется въ видѣ утолщенной отпадающей оболочки. Такіе случаи весьма рѣдки. Они подали поводъ старымъ авторамъ допускать полное отсутствіе плаценты (Вризбергъ, Михаэлисъ).

Гораздо чаще въ плацентѣ встрѣчаются ограниченные недостатки развитія, въ видѣ перепончатыхъ островковъ или прогалинь, большею частію по краямъ, иногда и въ срединѣ дѣтскаго мѣста. Такіе недостатки плацентарной ткани происходятъ либо вслѣдствіе болѣзненнаго состоянія нѣкоторыхъ участковъ

отпадающей оболочки, гдѣ присосалось яичко, либо отъ запус-тѣнія ограниченнаго участка ворсинокъ кожистой оболочки, или, наконецъ, плацентарная ткань можетъ атрофироваться и исчезнуть вслѣдствіе различныхъ регрессивныхъ процессовъ, напр. кровеизліянія съ его послѣдствіями, ограниченнаго воспаленія и пр. Подобные ограниченные недостатки въ развитіи плаценты болѣею частію не имѣютъ вліянія на питаніе плода, такъ какъ оно достаточно поддерживается другими, здоровыми и хорошо развитыми участками.

Избытокъ развитія плаценты встрѣчается или въ видѣ чрезмѣрнаго разростанія органа, или въ видѣ его раздѣленія на части. Въ первомъ случаѣ мы получаемъ очень объемистую плаценту, что встрѣчается какъ при сильно развитомъ плодѣ, такъ и при атрофированномъ, если при этомъ существуетъ *Hydramnion*. Въ послѣднемъ случаѣ гиперплазія плаценты болѣею частію обусловливается воспалительнымъ состояніемъ слизистой оболочки матки (*membr. serotina*). *Раздѣленіе плаценты* встрѣчается и при одноплодной беременности, такъ что вмѣсто одного цѣльнаго органа получается два, три и даже болѣе отдѣльных кусковъ, соединенныхъ между собой только кожистой оболочкой (*placenta triplex, quadruplex et cet.*). Иногда части раздѣленной плаценты бываютъ почти одинаковаго объема и такъ раздѣлены между собой, что представляютъ какъ бы отдѣльные органы, или же прибавочныя части имѣютъ меньшій объемъ и тогда онѣ называются *placentae succenturiatae*. Иногда на этихъ добавочныхъ участкахъ разросшіяся ворсинки кожистой оболочки не содержатъ сосудовъ и не находятся въ непосредственной связи съ сосудами матери. Они въ такомъ случаѣ получаютъ названіе ложной плаценты (*placenta spuria*).

§ 191. *Новообразованія* въ плацентѣ встрѣчаются рѣдко. Сюда относятся: 1) *Mixoma fibrosum*, въ первый разъ описанная Вирховомъ. Она имѣетъ видъ болѣе или менѣе плотной опухоли, или желвака различной величины, находящагося между дольками здоровой ткани плаценты, иногда раздѣляющагося на нѣсколько меньшихъ желваковъ, или узловъ. *Бреслау* и *Эбертъ* (*Wiener Med. Presse 1867. Virchow's archiv B. 39. № 1*) описали подобную опухоль въ разлитой формѣ (*Mixoma diffusum*). Она занимала всю периферію яйца, между *exochorion* и *amnion*, въ видѣ сплошнаго слоя, 4—5 миллим. толщины, похожаго на вартонову студень пупочнаго канатика. Этотъ слой, очевидно, образовался изъ соединительной ткани кожистой оболочки, подвергшейся миксоматозному разростанію, тогда какъ слой ворсинокъ этой оболочки подвергся нормальной атрофіи. *Рокитанскій* въ 1844 г. описалъ опухоль плаценты подъ именемъ фиброида,

въ дѣтскую головку величиной. Эта опухоль, вѣроятно, тоже представляла фиброзную миксому. *Гиртль* описалъ, подъ именемъ саркомы, двѣ опухоли плаценты изъ вновь образованной соединительной ткани, на различныхъ ступеняхъ развитія, заключенныхъ въ фиброзныхъ капсулахъ. Нерѣдко на внутренней поверхности плаценты встрѣчаются *кисты* различной величины, развивающіяся изъ слоя соединительной ткани кожистой и водной оболочки. Наконецъ, въ плацентѣ очень часто встрѣчаются зернышки, или даже пластинки известковыхъ отложений.

§ 192. *Воспаленіе плаценты* (placentitis) большею частію развивается изъ запоздалой оболочки, можетъ быть въ рѣдкихъ случаяхъ изъ сосудовъ зародыша. Слѣдствіемъ воспаленія бываетъ образованіе молодой соединительной ткани, проникающей между дольками плаценты и въ послѣдствіи сморщивающей плацентарную ткань. Отъ этого материнскіе сосуды плаценты суживаются и проникающія въ нихъ ворсинки запусѣваютъ и подвергаются жировому перерожденію. При такихъ измѣненіяхъ здоровые участки плаценты могутъ подвергаться колытеральной гипереміи, съ кровезіліяніями въ зародышевую часть дѣтскаго мѣста. Воспаленіе большею частію обусловливается прежде существовавшимъ metritis, или endometritis. Въ раннихъ мѣсяцахъ беременности оно влечетъ за собою смерть плода и выкидышъ, вслѣдствіе запусѣнія ворсинокъ и нарушеннаго питанія зародыша, либо отъ сильной гипереміи и кровезіліяній въ ткани, или въ полость плоднаго яйца. Въ позднѣйшихъ мѣсяцахъ беременности воспаленіе плаценты, если оно ограничивалось небольшимъ участкомъ и не помѣшало жизни плода, можетъ оставить послѣ себя приращеніе долекъ дѣтскаго мѣста къ маткѣ. Воспаленіе плаценты съ переходомъ въ нагноеніе едва ли возможно. *Бушо*, *Жаккеме* и *Крювелье* описывали подобные случаи образованія нарывовъ въ плацентѣ, но здѣсь можно допустить и ошибку, напр. смѣшать нарывъ съ какимъ нибудь миксоматознымъ образованіемъ. Вообще относительно воспаленія зародышевой части плаценты едва ли еще можно сказать что нибудь положительное. Встрѣчающіеся здѣсь темнокрасные, жесткіе, ломкіе узлы, или отложенія фибрина могутъ быть объясняемы какъ воспалительнымъ процессомъ (гепатизація, эксудатъ), такъ, можетъ быть, еще вѣрнѣе эмболией и послѣдствіями кровезіліянія.

Sclerosis placentae называется такое состояніе, когда вслѣдствіе разростанія соединительной ткани запоздалой оболочки, ворсинки атрофируются и запусѣваютъ, а плацентарная ткань теряетъ губчатое свойство, превращаясь въ плотную, бѣложелтоватую, сухую, безкровную массу. Такія измѣненія большею частію

встрѣчаются на ограниченныхъ мѣстахъ, въ видѣ узловъ или небольшихъ площадокъ, но они могутъ занимать и большое пространство. Причиной склероза можетъ быть или кровеизліяніе, или воспаленіе запоздалой оболочки (сифились).

Гиперемія плаценты возможна и вѣроятно встрѣчается очень часто, но её трудно констатировать даже при непосредственномъ изслѣдованіи, такъ какъ нормальное содержаніе крови въ этомъ органѣ измѣнчиво и точно не опредѣлено. Признаками гипереміи могутъ служить: увеличенный вѣсъ, темно-бурый цвѣтъ, большая сочность плаценты и переполненіе ея сосудовъ кровью. По этимъ признакамъ различаютъ гиперемію материнской и зародышевой части плаценты. Относительно первой необходимо, однако же, помнить, что послѣ отдѣленія плаценты гиперемія, естественно, очень легко исчезаетъ отъ неизбежнаго при этомъ изліянія крови. Причина гипереміи зародышевой плаценты заключается въ воспрепятствованномъ оттогѣ крови, слѣд. въ прижатіи сосудовъ (вены) пупочнаго канатика (скручиваніе, обвиваніе). Послѣдствіемъ гипереміи очень часто бываетъ *кровоизліяніе*. Здѣсь нужно отличать *apoplexia utero-placentaris* и *apoplexia* плаценты. Въ первомъ случаѣ кровь изливается изъ материнскихъ сосудовъ въ ткань *deciduae serotinae*, или въ глубину материнской плаценты, и при значительности кровеизліянія можетъ производить ограниченныя отдѣленія плаценты отъ маточныхъ стѣнокъ. При дальнѣйшихъ измѣненіяхъ излившаяся кровь оставляетъ послѣ себя плотно свернувшіеся куски фибрина и пигментъ, или обусловливаетъ ограниченныя приращенія плаценты. Кровоизліянія изъ сосудовъ зародыша разрушаютъ на большемъ или меньшемъ участкѣ ворсинки плацентарной ткани.

Отекъ плаценты. Отекшее дѣтское мѣсто представляется очень большимъ, тяжелымъ, очень сочнымъ, легко разрываемымъ, блѣднымъ, почти бѣлымъ. Скопленіе серозной жидкости происходитъ преимущественно въ ткани плацентарныхъ ворсинокъ, вслѣдствіе чего сосуды ихъ сжимаются и пустѣютъ. Причина этой болѣзни до сихъ поръ еще очень темна. *Сканциони* ставилъ ее въ аналогію съ *mola vesiculosa*. Изъ своихъ наблюденій я помню одинъ случай отека плаценты при беременности двойнями. Одинъ плодъ родился живымъ и правильно развитымъ, онъ имѣлъ отдѣльное здоровое мѣсто. Другой плодъ, тоже доношенный и правильно развитый, былъ какъ бы въ анасаргѣ, съ толстой, жесткой, холодной, отекшей кожей (*scleroma*); черезъ нѣсколько минутъ онъ умеръ. Плацента этого плода, очень массивная, представляла рѣзкіе признаки отека.

Атрофія плаценты является либо послѣдствіемъ воспаленія запоздалой оболочки, или кровеизліяній, либо развивается, такъ

сказать, самостоятельно, вследствие облитерации сосудов ворсинокъ. Эта послѣдняя можетъ произойти какъ отъ образованія въ сосудахъ свертковъ, такъ и отъ воспалительнаго утолщенія сосудистыхъ стѣнокъ, могущаго произвести, наконецъ, полное закрытіе сосуда. Въ этомъ отношеніи *Ведль* указалъ также на образование атероматозныхъ отложений въ большихъ вѣтвяхъ артерій пупочнаго канатика.

Жировое перерожденіе плаценты встрѣчается очень часто при выкидышѣ и преждевременныхъ родахъ мертвымъ младенцемъ. Большею частью оно занимаетъ всю ткань дѣтскаго мѣста. Зародышевыя ворсинки (эпителій) и децидуальныя клѣтки бываютъ пропитаны капельками жира, вследствие чего внѣшній видъ органа измѣняется: онъ дѣлается блѣдножелтымъ, безкровнымъ. Если жировое перерожденіе начинается при жизни плода, то оно неизбѣжно ведетъ къ его смерти, вследствие общаго нарушенія функціи плацентарнаго кровообращенія. Причины этой болѣзни не ясны (за исключеніемъ частичнаго перерожденія, вследствие физиологическаго запустенія периферическихъ ворсинокъ, или метаморфоза ограниченныхъ воспаленій и экстравазатовъ). Во многихъ случаяхъ жировое перерожденіе плаценты является послѣдствіемъ смерти зародыша.

Сифилитическія измѣненія въ плацентѣ оказываются почти во всѣхъ случаяхъ беременности при застарѣломъ сифилисѣ отца или матери. При этомъ заболѣваетъ какъ материнская, такъ и зародышевая доля плаценты. Въ первомъ случаѣ (когда сифилисомъ заражена мать) болѣзнь выражается гуммозными разрастаніями отпадающей оболочки; во второмъ (когда зараженіе плода произошло чрезъ сѣмя отца) первично страдаютъ плацентарныя ворсинки. Онѣ подвергаются грануляціоннымъ разращеніямъ, съ послѣдовательною облитерацией сосудовъ, при обильной гиперплазії и утолщеніи эпителиальнаго покрова. Вслѣдствіе этого дольки плацентарной ткани разрастаются въ видѣ толстыхъ комковъ, весь органъ увеличивается въ объемѣ, дѣлается плотнѣе и тяжелѣе, получаетъ блѣдный, или желтовато-сѣрый, мутный цвѣтъ. Вслѣдствіе неправильнаго разрастанія плацентарныхъ ворсинокъ, окружающіе ихъ синусы материнскаго участка мало по малу суживаются и даже совсѣмъ исчезаютъ. Отъ описанныхъ измѣненій (утолщеніе покрова ворсинокъ и суженіе синусовъ) обмѣнъ между кровью матери и плода (питаніе и дыханіе зародыша) нарушается больше и больше, плодъ хирѣетъ и наконецъ умираетъ. Послѣ смерти плода, а иногда и раньше, перерожденныя ворсинки подвергаются жировой инфильтраціи.

Знаніе вышеизложенныхъ признаковъ сифилитическаго измѣненія плаценты важно въ томъ отношеніи, чтобы разрѣшить вопросъ о причинѣ смерти плода и о существованіи или несуществованіи подозрѣваемой болѣзни отца или матери. Такъ называемое привычное умираніе плода въ маткѣ (на 7—8 мѣсяц.) въ практикѣ встрѣчается довольно часто. Большая часть этихъ случаевъ обязаны сифилису, но бываютъ и такіе случаи, гдѣ это зависитъ отъ другой причины (placentitis, жировое перерожденіе плаценты, скручиваніе пупочнаго канатика и пр.). Слѣдовательно, опредѣлить причину смерти плода весьма важно въ видахъ предотвращенія ея на будущую беременность. Рѣшеніе такого вопроса возможно только послѣ тщательнаго изслѣдованія мертваго младенца и его послѣда.

7) Аномалии пупочнаго канатика.

§ 193. Случаи полного *отсутствія пупочнаго канатика* едва ли возможны. Въ прежнее время за такой недостатокъ принимали чрезмѣрную короткость пуповины, или уродливое развитіе брюшныхъ стѣнокъ.

Очень короткій пупочный канатикъ наблюдали нерѣдко. Такъ, напр., въ случаѣ *Davis'a* онъ имѣлъ 2" длины, *Guillemot* 2½", *Montault'a* 4", *Meissner'a* 5" и пр. Слишкомъ короткая пуповина легко можетъ сдѣлаться причиной смерти младенца во время родовъ, либо вслѣдствіе разрыва, либо отъ чрезмѣрнаго растяженія. Сверхъ того при короткой пуповинѣ легко можетъ случиться преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста. Гораздо чаще встрѣчается слишкомъ длинная пуповина. Были описаны случаи ея длины въ 38". (*Вельно*), въ 46" (*Боделокъ*), 59" (*Тайлоръ Смитъ*), 60" (*Morlanne*) и 70" (*Гиртль*). Толщина пуповины зависитъ отъ большаго или меньшаго содержанія въ ней Вартоновой студени. Такимъ образомъ различаютъ очень толстую, сочную пуповину и очень тонкую, сухую. Ограниченныя скопленія Вартоновой студени, въ видѣ выдающихся желваковъ, называются *ложными узлами*, въ отличіе отъ настоящихъ узловъ. *Настоящіе узлы* пуповины происходятъ вслѣдствіе того, что ребенокъ при активныхъ движеніяхъ въ маткѣ попадаетъ въ случайно образовавшуюся петлю, проскальзываетъ чрезъ нее и такимъ образомъ затягиваетъ узелъ. Такихъ узловъ можетъ быть на одной пуповинѣ одинъ или нѣсколько. При двойняхъ могутъ быть перепутаны между собой и затянута узлами обѣ пуповины, при томъ условіи, когда амниотическій мѣшокъ того и другаго плода не представляетъ двухъ отдѣльныхъ полостей. Большею частію узлы пуповины не мѣшаютъ свободному кровообращенію,

такъ какъ они не затягиваются крѣпко, слѣд. для младенца и для матери совершенно безвредны.

Обвиванія пуповины около различныхъ частей младенца встрѣчаются очень часто. Преимущественно это бываетъ на туловищѣ, шейкѣ, рѣже около плечиковъ или бедеръ. Обвиванія около туловища обыкновенно исчезаютъ во время родовъ сами собой, около же шейки остаются до выхожденія плода. Во время родовъ они чрезвычайно рѣдко могутъ причинить большія неудобства, или опасныя послѣдствія, напр. задушеніе плода, разрывъ пупочнаго канатика, или преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста. Къ такимъ исключительнымъ случаямъ можно отнести наблюденіе *Креде*, гдѣ пуповина, 57" длины, была обернута около шейки 8 разъ и такъ крѣпко, что на шейкѣ остались глубокія вдавленія, причинившія смерть ребенку. Въ случаѣ *Hillavret* у трехмѣсячнаго плода троекратнымъ обвертываніемъ пуповины шейка была такъ сдавлена, что казалась почти ампутированной. Обвитая пуповина подобнымъ образомъ можетъ дѣйствовать и на другія части, напр. на плечико. Описано нѣсколько случаевъ, гдѣ отъ такого прижатія происходила, если не полная ампутація конечности, то, по крайней мѣрѣ, такое сжатіе и истонченіе мягкихъ частей подъ петлей пуповины, что образовавшіяся борозды доходили почти до самой кости, такъ что конечность держалась какъ бы на однихъ суставныхъ связкахъ. При объясненіи такихъ случаевъ вужно имѣть въ виду, что при слишкомъ крѣпкомъ затягиваніи петли пуповины, неизбежно должна произойти остановка кровообращенія въ ея сосудахъ, слѣд. смерть плода. Поэтому сильныя ущемленія тканей петлею пуповины могутъ встрѣчаться только на мертвыхъ плодахъ. Что же касается предположенія—можетъ ли произойти атрофія мягкихъ частей и даже кости подъ вліяніемъ пульсаціи пуповинныхъ артерій, то до сихъ поръ едвали есть фактическое основаніе отвѣтить на это утвердительно. Скорѣе можно допустить, что крѣпкое обвиваніе пуповиной можетъ задержать развитіе конечности, препятствуя притоку къ ней питательнаго матеріала. Подобный случай описалъ *Owen*, гдѣ вслѣдствіе обвиванія, нижнія конечности у доношеннаго плода были такъ мало развиты, что походили на конечности четырехмѣсячнаго зародыша. Одно бедро было почти совсѣмъ ампутировано.

§ 194. *Скручиваніе пуповины* встрѣчается довольно часто и нерѣдко влечетъ за собой смерть зародыша вслѣдствіе суженія пуповинныхъ сосудовъ. Мѣсто суженія почти всегда бываетъ около самаго пупка и въ исключительныхъ только случаяхъ около плацентарнаго конца. Чѣмъ толще пупочный канатикъ, тѣмъ скручиваніе безвреднѣе, потому что стенозъ сосудовъ обра-

зается обыкновенно только при недостаткѣ или отсутствіи вартоновой студени. Поэтому весьма часто встрѣчающіеся многочисленные извивы сосудовъ на сочной пуповинѣ не мѣшаютъ кровообращенію. Стенозъ артерій можетъ произойти и безъ скручиванія, при сильномъ истонченіи нижняго отрѣзка пуповины. Время происхожденія этихъ недостатковъ большею частію совпадаетъ съ 2—6 мѣсяцемъ беременности, когда обыкновенно наступаетъ и смерть плода. Умершій плодъ въ такихъ случаяхъ большею частію изгоняется не тотчасъ послѣ смерти, а спустя нѣсколько дней, даже недѣль, и выходитъ, обыкновенно, въ мацерированномъ состояніи. Причина торсіи не достаточно уяснена, по крайней мѣрѣ ее едва ли можно сводить исключительно на активное движеніе зародыша. Вѣроятно здѣсь значительную роль должно играть развитіе пуповины и отношеніе ея сосудовъ къ вартоновой студени и къ росту амниотической основы пуповины (1). Приводятъ примѣры, гдѣ при скручиваніи пуповина совершенно отваливалась, такъ что зародышъ оставался въ пузырьѣ свободнымъ. Иногда приходилось наблюдать смерть плода отъ скручиванія пуповины при нѣсколькихъ беременностяхъ сряду. Такъ напр. *Ольсгаузенъ* описываетъ случай, гдѣ это повторилось у одной и той же беременной 7 разъ. Впрочемъ, въ подобныхъ случаяхъ, указывающихъ какъ бы на привычное умираніе плода во время беременности, нужно точнѣе изслѣдовать причину смерти, особенно не упускать изъ вниманія сифилисъ родителей.

Разрывъ пупочнаго канитика встрѣчается при очень короткой пуповинѣ и очень быстрыхъ родахъ, или при паденіи на полъ неожиданно рождающагося ребенка. Большею частію разрывъ при этомъ происходитъ около пупка, или на плацентарномъ концѣ. Истеченіе младенца кровью не есть еще необходимое послѣдствіе такого разрыва (*Шнетъ*). Сюда же нужно отнести рѣдкіе случаи нарушенія цѣлости пуповины, такъ сказать, отщепленія ея посредствомъ амниотическихъ перемычекъ (*Хіари* и *Браунъ*). Иногда такими шнурками пуповина бываетъ приращена къ какому либо пункту поверхности зародыша, или къ плодовымъ оболочкамъ.

§ 195. *Insertio velamentosa* называется такое прикрѣпленіе пуповины къ плацентѣ, при которомъ первая теряетъ характеръ шнура, прежде чѣмъ сольется съ плацентой, какъ бы расплы-

(1) *Шредеръ фанъ-деръ-Колькъ* причину скручиванія сосудовъ пуповины ищетъ въ толчкѣ артеріальной крови, который черезъ артеріи пуповины передается плавающему зародышу, производя въ немъ постоянно движеніе въ одномъ извѣстномъ направленіи.

ваясь въ оболочкахъ. Такимъ образомъ на извѣстномъ участіѣ сосуды пуповины идутъ къ плацентѣ уже безъ вартоновой студени, прикрытые только водной и кожистой оболочкой. При этомъ они большею частію развѣтвляются ранѣе сліянія съ плацентой, при чемъ корень пуповины получаетъ плоскую, перепончатую форму, въ видѣ гусиной лапы. Эта неправильность прикрѣпленія имѣетъ то значеніе, что при ней легко могутъ быть случаи отрыванія пуповины, или разрывъ ея сосудовъ и кровеизліяніе. *Краевое прикрѣпленіе* (*insertio marginalis*) до извѣстной степени тоже можетъ считаться аномаліей, такъ какъ оно встрѣчается довольно рѣдко и можетъ вести къ тѣмъ же послѣдствіямъ, какъ въ предъидущемъ случаѣ, хотя и въ меньшей степени. Краевое прикрѣпленіе пуповины часто встрѣчается при *placenta praevia* и въ этомъ случаѣ оно нерѣдко служитъ одной изъ причинъ смерти плода во время родовъ, именно, когда пуповина прикрѣпляется къ долькѣ плаценты, обращенной къ маточному рыльцу, слѣдовательно отстающей и запусѣвающей во время родовъ.

8) Аномалии плодныхъ оболочекъ и околоплодной жидкости.

§ 196. Между аномаліями плодныхъ оболочекъ больше всего имѣютъ значеніе, такъ называемые *амниотическіе шнуры* или *симонаровы связки*. Они имѣютъ видъ нитокъ, или пластинокъ изъ соединительной ткани, идущихъ отъ водной оболочки къ зародышу, или между отдѣльными частями оболочки, или зародыша. Эти перемычки образуются вслѣдствіе недостатка околоплодной жидкости въ самые ранніе періоды развитія зародыша. При этомъ образующаяся водная оболочка не повсемѣстно отстаеетъ отъ поверхности зародыша, оставляя такимъ образомъ ненормальныя сращенія, въ видѣ перемычекъ. Такія перемычки въ свою очередь производятъ разныя дефекты развитія на зародышѣ, особенно на конечностяхъ, перетягивая ихъ и мѣшая развитію. Такимъ образомъ объясняютъ происхожденіе на зародышѣ, такъ называемыхъ, *произвольныхъ ампутацій* (*amputatio spontanea*), т. е. полного отщепленія, или недостатка развитія всей конечности, или какой либо части ея. Такъ какъ амниотическія связки нерѣдко образуются на различныхъ пунктахъ, то и упомянутые дефекты часто встрѣчаются во множественномъ числѣ. Жизни плода они обыкновенно не препятствуютъ; потому дѣти съ ампутированными членами часто рождаются живыми. Ампутація чаще всего встрѣчается на пальцахъ, на кистяхъ рукъ, или ступняхъ ногъ, рѣже на предплечіи и голени, или около плечеваго сочлененія и бедра. Дефектъ конечности можетъ происходить или прямо отъ отщепленія, вслѣдствіе роста обвитаго члена при не измѣняющейся ши-

ринѣ петли, или отъ недостатка развитія конечности. Въ первомъ случаѣ отщепленную часть конечности иногда удавалось находить въ плодномъ пузырьѣ.

§ 197. *Hydramnion*. Такъ называется чрезмѣрное скопленіе околоплодной жидкости въ полости плоднаго пузыря. Причина этой ненормальности заключается либо въ гидреміи материнской крови и затрудненномъ кровообращеніи въ плацентарныхъ сосудахъ, либо въ мѣстныхъ страданіяхъ послѣда. Въ первомъ случаѣ *Hydramnion* сопровождается обыкновенно отеками и водяными скопленіями въ другихъ органахъ, во второмъ случаѣ находятъ измѣненія въ послѣдѣ, напр. слишкомъ большую плаценту, сильное разрастаніе отпадающей оболочки, утолщеніе и колбообразное расширеніе ворсинокъ *chorii*. Эта аномалія нерѣдко влечетъ за собою задержку развитія плода, даже смерть его. Въ другихъ случаяхъ (при здоровомъ послѣдѣ) плодъ остается живымъ и правильно развитымъ. Въ этихъ случаяхъ онъ обыкновенно имѣетъ очень большіе размѣры. *Hydramnion* чаще встрѣчается у многорождавшихъ, нежели у первобеременныхъ. Нерѣдко этою неправильностію осложняется беременность двойнями.

Авторы, признающіе околоплодную жидкость за продуктъ выдѣленій плода (кожное отдѣленіе, моча) приписываютъ причину *hydramnion* неправильности этихъ выдѣленій. По моему мнѣнію, съ этимъ нельзя согласиться. Кромѣ тѣхъ доводовъ, о которыхъ упомянуто въ § 28, стр. 31, здѣсь можно прибавить, что случаи развитія *hydramnion* при мертвомъ, или слабо развитомъ плодѣ прямо этому противорѣчатъ. Подтверженіемъ же мнѣнія о происхожденіи околоплодной жидкости изъ крови матери служатъ факты образованія *hydramnion* при болѣзняхъ плаценты (гипертрофія) и отпадающей оболочки (*endometritis decidualis*) и при гидреміи беременной. Въ томъ и другомъ случаѣ жидкость просачивается изъ крови матери въ плодный пузырь черезъ лимфатическіе ходы, существующіе между отпадающею оболочкою и *amnion*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *hydramnion* можетъ образоваться послѣ смерти плода, долго остающагося въ маткѣ. Вообще случаи *hydramnion* можно раздѣлить на два вида: 1) когда болѣзнь зависитъ отъ неправильнаго состава крови матери и 2) отъ маточнаго страданія плаценты и отпадающей оболочки. Въ первомъ случаѣ беременность обыкновенно продолжается до нормальнаго срока, нерѣдко бываютъ даже запоздалые роды, и ребенокъ рождается здоровымъ и сильно развитымъ (9—12 фунтовъ, чаще дѣвочки). Во второмъ случаѣ, напротивъ, дѣти бываютъ атрофированы, часто рождаются мертвыми и преждевременно. Преждевременные роды здѣсь являются послѣдствіемъ не растяженія матки, а смерти плода, или измѣненій послѣда.

Во время беременности, женщины, страдающія hydramnion, обыкновенно имѣютъ большую жажду и потребляютъ очень много жидкости. Въ мочѣ иногда бываетъ примѣсь бѣлка. Во второй половинѣ беременности больныя начинаютъ жаловаться на чрезмѣрное растяженіе живота, боли, одышку, сердцебіеніе, плохое пищевареніе. Отъ сильнаго выпячиванія живота походка дѣлается затруднительной, шаткой (сильное перегибаніе стана назадъ). Отъ затрудненія кровообращенія являются отеки ногъ и наружныхъ половыхъ частей.

Положеніе плода при hydramnion большею частію бываетъ черепное, гораздо рѣже ягодичное (на 25 случаевъ я помню только одно ягодичное положеніе); нерѣдко встрѣчаются неправильности членорасположенія и отклоненія отъ неправильныхъ черепныхъ положеній (лобное, косвенное положеніе, неправильные повороты головки во время родовъ). Слишкомъ высокое стояніе предлежащей части составляетъ обыкновенное явленіе при hydramnion. Первый періодъ родовъ при этомъ почти всегда замедляется, вслѣдствіе слабости потугъ (отъ чрезмѣрнаго растяженія матки); но послѣ излитія водъ плодъ нерѣдко выходитъ очень быстро, почти неожиданно. Задержка родовъ въ этомъ періодѣ можетъ быть только при неправильныхъ поворотахъ головки, или при очень крупныхъ размѣрахъ плода. При hydramnion часто происходитъ выпаденіе пуповины. Въ послѣродовомъ періодѣ часто случаются маточныя кровотеченія и медленная инволюція матки. Это, въ свою очередь, располагаетъ къ различнымъ пuerperальнымъ болѣзнямъ.

Распознаваніе чрезмѣрнаго скопленія околоплодныхъ водъ не трудно въ тѣхъ случаяхъ, когда мы имѣемъ дѣло съ живымъ плодомъ и не осложненной беременностью. При этомъ беременность опредѣляется по своимъ признакамъ, а hydramnion по чрезмѣрному растяженію живота, явственной флюктуаціи въ маткѣ, по высокому стоянію предлежащей части. Въ такихъ случаяхъ легко предполагаются двойни. Гораздо труднѣе опредѣлить hydramnion при мертвомъ и атрофированномъ плодѣ. Въ этомъ случаѣ болѣзнь можно смѣшать съ кистой яичника, съ пузырьчатымъ заносомъ, съ брюшною водяжкой. Опредѣлить видъ hydramnion'a, т. е. зависитъ ли онъ отъ состава крови матери (доброкачественная форма), или отъ страданія послѣда, можно только въ приблизительной формѣ. Въ первомъ случаѣ почти всегда удается слышать явственное сердцебіеніе и прощупать крупныя части плода, тогда какъ во второмъ эти признаки либо отсутствуютъ, либо получаются неявственно. Еще труднѣе различить эти виды въ томъ случаѣ, когда при беременности двойнями hydramnion существуетъ только въ одномъ плодномъ мѣшкѣ, содержа-

щемъ больного, или мертвого ребенка, тогда какъ другой плодъ совершенно здоровъ. При такихъ условіяхъ вопросъ выясняется только во время родовъ. При родахъ здоровый плодъ обыкновенно выходитъ изъ матки прежде больного.

Льченія противъ *hydramnion* во время беременности не можетъ быть никакого, потому что мы не имѣемъ никакихъ средствъ, которыми можно бы было достигнуть уменьшенія околоплодной жидкости. Въ исключительныхъ случаяхъ, когда *hydramnion* слишкомъ обременяетъ больную, можно рѣшиться на искусственные преждевременные роды, но не раньше 32 недѣль беременности. Во время родовъ показуется искусственный разрывъ плодныхъ оболочекъ, при открытіи рыльца не менѣе какъ на три пальца, при правильномъ положеніи плода и при отсутствіи предлежанія пуповины. Проколъ дѣлается во время родовой паузы и не иначе, какъ при лежачемъ положеніи роженицы, чтобы жидкость не изливалась слишкомъ быстро. Послѣ выхожденія младенца необходимо имѣть въ виду возможность послѣродовыхъ кровотеченій и вовремя принять противъ этого мѣры.

9) Болѣзни плода во время беременности.

§ 198. Утробный плодъ можетъ подвергаться разнообразнымъ заболѣваніямъ. Нѣкоторыя изъ его болѣзней, оканчиваясь смертію, служатъ причиною выкидыша, или преждевременныхъ родовъ; другія оставляютъ на тѣлѣ младенца различные дефекты развитія (уродливости); третьи переносятся на внѣутробную жизнь въ видѣ прирожденныхъ болѣзней. О болѣзняхъ первой категоріи сказано было выше. Сюда относятся заболѣванія плода тифомъ, оспою и другими заразительными болѣзнями, получаемыми отъ матери черезъ плаценту, а равно болѣзни пупочнаго канатика и плаценты. Что касается до уродливостей плода, то онѣ имѣютъ отношеніе къ акушерству только въ томъ случаѣ, когда служатъ причиною механическихъ препятствій во время родовъ, потому будутъ разсмотрѣны въ отдѣлѣ патологіи родовъ. Болѣзни третьей категоріи относятся собственно къ педиатрикѣ, но нѣкоторыя изъ нихъ могутъ быть упомянуты здѣсь, такъ какъ съ ними прежде всего приходится имѣть дѣло акушеру. Сюда принадлежатъ:

1) *Недостатки развитія костей*. Они выражаются либо недостаточнымъ окостенѣніемъ, либо неправильнымъ распредѣленіемъ костнаго вещества, т. е. наслоеніемъ костныхъ массъ вокругъ отдѣльныхъ точекъ, безъ соединенія въ одно цѣлое. Вслѣдствіе этого кости скелета представляются какъ бы разломанными, или расколотыми на многія части. Подобный препаратъ я видѣлъ

въ Лейпцигѣ, въ кабинетѣ проф. *Креде* (въ 1861 г.). Длинные кости конечностей этого экземпляра состояли изъ 10—15 кусковъ, частью совершенно разобщенныхъ, частью соединяющихся массою въ родѣ костной мозоли. Темная кость представляла какъ бы рѣзбу изъ слоновой кости, вслѣдствіе разобщенныхъ и причудливо сгруппированныхъ точекъ окостенѣнія, между которыми оставались перепончатые пространства. Подобные препараты я встрѣчалъ также въ Лондонскихъ музеяхъ. Такой недостатокъ развитія костей можетъ происходить отъ фетального рахитизма, или независимо отъ него, какъ порокъ развитія скелета. Въ связи съ этимъ недостаткомъ могутъ быть разсматриваемы, такъ называемые

2) *Произвольные и насильственные переломы* костей утробнаго младенца. Они замѣчаются чаще всего на конечностяхъ, преимущественно на голеняхъ, и могутъ образоваться либо дѣйствительно произвольно (отъ сокращенія мышцъ плода при недостаткѣ развитія кости), либо вслѣдствіе внѣшняго механическаго насилія (удара по животу, паденія). Опредѣленіе причины происхожденія такихъ переломовъ важно въ судебно-медицинскомъ отношеніи. Не меньше значенія это имѣетъ и въ акушерской практикѣ, напр. въ тѣхъ случаяхъ, когда оказавшійся у поворожденнаго переломъ приписываютъ неловкости акушера. Для разъясненія такого вопроса необходимо изслѣдовать весь скелетъ ребенка, чтобы убѣдиться, не существуютъ ли дефекты костей, или признаки рахитизма на другихъ мѣстахъ (на затылочной и темянныхъ костяхъ, на энифизахъ и пр.), и соотвѣтствуетъ ли мѣсто перелома мѣсту причиненнаго насилія. Вообще по этому поводу можно сказать, что переломъ здоровыхъ костей утробнаго ребенка, вслѣдствіе удара по животу, можетъ быть произведенъ только въ исключительныхъ случаяхъ и всегда долженъ сопровождаться разрывомъ пузыря и преждевременными родами. Переломы происходящіе во время родовъ, и приписываемые неловкости акушера, могутъ быть легко отличаемы отъ произвольныхъ по мѣсту ихъ нахождения (на головкѣ при наложеніи щипцовъ, на бедрѣ или голени при поворотѣ, или извлеченіи за ножки, на ручкѣ при ея освобожденіи). Внутриматочные переломы, какъ произвольные, такъ и насильственные, могутъ заживать до родовъ. Нерѣдко они срастаются неправильно, потому мѣсто сращенія можетъ быть констатировано не только на трупѣ, но и у живаго ребенка послѣ рожденія на свѣтъ.

Переломы во время родовъ встрѣчаются гораздо чаще, нежели во время беременности. Они могутъ быть также произвольными и насильственными. Въ первомъ случаѣ они происходятъ при узкомъ тазѣ и неправильномъ положеніи или членорасполо-

женіи плода. При узкихъ, или остистыхъ тазахъ, а равно при лобныхъ положеніяхъ, они обыкновенно бываютъ на черепныхъ костяхъ. При этомъ на черепѣ большею частію остаются слѣды продолжительнаго давленія (вогнутость кости). Произвольные переломы конечностей встрѣчаются гораздо рѣже и почти исключительно на ручкѣ, когда она ущемляется между тазомъ и головкой. Насильственный переломъ, приписываемый акушеру, можетъ быть произведенъ только во время операціи (щипцы, поворотъ, извлечение за ножки, освобожденіе ручекъ). Слѣдовательно, его легко отличить, сопоставляя мѣсто перелома съ употребленнымъ оперативнымъ приѣмомъ. При узкихъ тазахъ и при трудныхъ операціяхъ, а тѣмъ болѣе при неправильномъ развитіи костей ребенка, такіа поврежденія не могутъ быть поставлены въ вину акушеру.

§ 199. 3) *Rachitis*. Возможность развитія рахитическаго процесса на костяхъ утробнаго младенца въ настоящее время допускаютъ почти всѣ акушеры, хотя случаи этого рода встрѣчаются очень рѣдко. Причину развитія этой болѣзни слѣдуетъ искать въ неправильной функціи плаценты, а не въ гигиеническихъ условіяхъ матери. Это, между прочимъ, подтверждается наблюдавшимися случаями рахитизма у одного изъ близнецовъ, тогда какъ другой, имѣвшій отдѣльную плаценту, былъ совершенно здоровъ. При общей плацентѣ бываютъ поражены англійскою болѣзнію тотъ и другой младенецъ (Ромбергъ). Часто эта болѣзнь существуетъ при *hydramnion*. Какія измѣненія въ плацентѣ располагаютъ къ рахитизму, это до сихъ поръ не извѣстно.

Признаки рахитизма утробныхъ дѣтей сходны съ признаками этой болѣзни при внѣутробной жизни, именно: неуклюжее сложеніе, толстое туловище, большой животъ, неуклюжая, большая голова, короткія искривленныя конечности. Въ частности замѣчаются на костяхъ: утолщеніе діафизовъ, изогнутости и надломы длинныхъ костей, утолщеніе темянныхъ бугровъ, четкообразныя припухлости на ребрахъ. Грудь, тазъ и позвоночный столбъ искривляются меньше, хотя и здѣсь точно также бываютъ слѣды рахитизма. При микроскопическомъ изслѣдованіи костей оказываются признаки, свойственные рахитизму на различныхъ степеняхъ его развитія: чрезмѣрное разрастаніе костеобразовательныхъ клѣтокъ въ эпифизныхъ хрящахъ и въ надкостницѣ, недостаточное отложеніе известковыхъ солей, увеличенное образованіе костно-мозговыхъ полостей. Рахитическій процессъ иногда заканчивается въ утробѣ матери, оставивъ на рожденномъ ребенкѣ только слѣды перенесенной болѣзни (*Rachitis foetalis*); въ другихъ случаяхъ онъ продолжаетъ развиваться и послѣ рожденія ребенка (*Rachitis congenita*).

4) *Struma intrauterina s. congenita*. Эта болѣзнь встрѣчается весьма рѣдко и является всегда въ простой паренхиматозной, гиперпластической формѣ. Причину ея слѣдуетъ искать въ эндемическихъ условіяхъ, или въ наследственномъ предрасположеніи. Во время родовъ зобъ можетъ вызвать лицевое, или лобное положеніе, вслѣдствіе невозможности сгибанія головки. Въ исключительныхъ случаяхъ это можетъ причинить задушеніе ребенка при начавшемся дыханіи.

§ 200. 5) *Сифилисъ*. О заболѣваніи утробнаго плода сифилисомъ и о вліяніи этой болѣзни на беременность было уже говорено выше (§ 145, 192). Въ настоящее время къ сказанному слѣдуетъ прибавить только о сифилитическихъ измѣненіяхъ собственно въ тѣлѣ ребенка, чтобы по этимъ измѣненіямъ умѣть отличить зараженный плодъ отъ незараженнаго. Мѣстомъ видимаго проявленія сифилиса у ребенка служатъ: кожа, слизистыя оболочки и кости. При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи можно констатировать характерныя измѣненія въ печени, селезенкѣ, поджелудочной желѣзѣ, въ легкихъ, въ кишечномъ каналѣ и въ надпочечныхъ желѣзахъ. Признаки сифилиса приходится опредѣлять какъ на живыхъ, такъ и на мертвыхъ дѣтяхъ, рожденных во второй половинѣ беременности, чаще всего при привычномъ умيرانіи плода, на 6—7 мѣсяцѣ. При выкидышѣ случаи такого рода представляются рѣдко, съ одной стороны потому, что болѣзнь въ это время не успѣваетъ еще произвести въ зародышѣ характерныхъ измѣненій, съ другой потому, что объекты изслѣдованія (не считая оболочекъ и плаценты) обыкновенно бываютъ слишкомъ малы, или испорчены вслѣдствіе продолжительнаго пребыванія въ маткѣ послѣ смерти (мацерация).

Въ числѣ сифилитическихъ измѣненій *на кожу* самымъ доказательнымъ признакомъ можетъ считаться *пузырчатая сыпь* (*Pemphigus syphiliticus*). Она имѣетъ видъ тонкостѣнныхъ большихъ пузырей, наполненныхъ либо кровянистою, либо гноевидною жидкостью, окруженныхъ краснымъ вѣнчикомъ. Пузыри преимущественно оказываются на *ладоняхъ* и *подошвахъ*, на пальцахъ рукъ и ногъ, но могутъ быть и на другихъ частяхъ тѣла. Если пузыри имѣютъ большіе размѣры, то они часто лопаются, при чемъ кожа сдирается цѣлыми лоскутками. Ребенокъ почти всегда имѣетъ атрофированный, старческой видъ (отсутствіе жира, сморщенная, не чистаго цвѣта кожа). Большею частію онъ рождается мертвымъ, или умираетъ въ скоромъ времени послѣ родовъ.

Отъ *pemphigus syphiliticus* слѣдуетъ отличать пузырьчатую сыпь новорожденныхъ не сифилитическаго происхожденія. Она отличается тѣмъ, что бываетъ не прирожденною, а образуется въ первые дни послѣ родовъ, у слабыхъ дѣтей, чаще у недонос-

ковъ. Въ этомъ случаѣ пузыри преимущественно являются на спинѣ и животѣ, на бедрахъ и ручкахъ; на ладоняхъ же и подошвахъ ихъ не бываетъ. Краснаго ободка на кожѣ около пузырей здѣсь тоже не бываетъ. Эта болѣзнь, сама по себѣ не безопасная, нерѣдко оканчивается выздоровленіемъ, тогда какъ *Pemphigus syphiliticus* всегда смертеленъ⁽¹⁾. При распознаваніи этихъ болѣзней необходимо брать во вниманіе анамнезъ матери. При *Pemphigus syphilit.* обыкновенно у матери раньше существовали выкидыши, или преждевременныя умирающія плода, а при не сифилитической сыпи предъидущія беременности будутъ нормальны и въ анамнезѣ отца или матери не будетъ указаній на сифилисъ. Точно также должны быть отличаемы пузыри на кожѣ мертворожденныхъ дѣтей, происходящіе вслѣдствіе мацерации. Эти послѣдніе чаще всего занимаютъ кожу живота и конечности (голена и предплечія) и бываютъ только у дѣтей, долго остававшихся въ маткѣ послѣ смерти.

Сифилитическіе пузыри на кожѣ не всегда имѣютъ крупный видъ. Иногда они являются въ формѣ сливныхъ, мелкихъ прыщей, величиною въ большую горошину, наполненныхъ гноемъ (*varicella syphilitica*). Эти прыщи чрезъ нѣсколько дней превращаются въ сплошную корку, въ родѣ экзематозной, подъ которою остается изъязвленная, гноящаяся поверхность. Эта сливная форма сыпи, повидимому, встрѣчается рѣдко. У новорожденныхъ сифилитиковъ я ее наблюдалъ всего одинъ разъ. Чаще появляются разсыпанные прыщи на рукахъ (ладоняхъ), ногахъ (подошвахъ), или туловищѣ. Послѣ подсыхания ихъ и спаденія корокъ, на кожѣ долго остается мѣднокрасное пятно и шелушеніе кожицы.

На слизистыхъ оболочкахъ рта, носа и глотки у сифилитиковъ встрѣчаются темныя пятна и ссадины, иногда переходящія въ нагноеніе, могущее повести къ дефекту ткани. Могутъ быть пораженія голосовыхъ связокъ, сопровождающіяся у живыхъ дѣтей осиплостью и потерей голоса. Измѣненія *костей* принадле-

(1) Случаи не сифилитической пузырьчатой сыпи я наблюдалъ не менѣе 10 разъ. Болѣзнь всегда начиналась на 3—6 день послѣ родовъ; пузыри, въ очень большомъ числѣ, высыпали въ продолженіи 1—2 сутокъ и затѣмъ черезъ 2—3 дня лопались и подсыхали. Въ трехъ случаяхъ было полное выздоровленіе и никакихъ признаковъ сифилиса въ послѣдующее время не обнаружилось. Двѣ дѣвочки изъ числа этихъ больныхъ въ настоящее время имѣютъ уже 8—10 лѣтъ. Остальныя дѣти умерли, частію отъ *pemphigus*, при очень обширномъ пораженіи кожи, частію отъ врожденной слабости (семимѣсячные недоноски).

жать къ числу очень частыхъ явленій. Они выражаются преимущественно на трубчатыхъ костяхъ (бедро, голень, предплечье), въ видѣ припуханія и уплотненія костной ткани на мѣстѣ перехода костнаго вещества діафиза въ эпифизный хрящъ. Этотъ признакъ заслуживаетъ вниманія не только по своему постоянству, но главное по тому, что даетъ возможность констатировать сифилисъ у мертворожденныхъ плодовъ, не смотря на послѣдовавшую мацерацию. Въ тѣхъ случаяхъ, когда вышеперечисленные признаки сифилиса выражены не ясно, а между тѣмъ необходимо рѣшить вопросъ болѣе точнымъ образомъ, напр. при привычномъ умираиіи плода, слѣдуетъ произвести вскрытіе и тщательное изслѣдованіе внутреннихъ органовъ, именно печени, селезенки, легкихъ и кишечнаго канала. Печень и селезенка у сифилитиковъ обыкновенно имѣютъ очень большой объемъ и вѣсъ (вдвое и втрое больше нормальнаго), очень плотную консистенцію, при разрѣзѣ представляютъ восковой блескъ. Болѣе подробные признаки сифилитическихъ измѣненій паренхиматозныхъ органовъ у новорожденныхъ дѣтей излагаются въ руководствахъ патологической анатоміи. Всѣми этими признаками необходимо пользоваться въ полномъ размѣрѣ, такъ какъ точное разрѣшеніе вопроса о подозрѣваемомъ сифилисѣ весьма важно для назначенія соотвѣтствующаго лѣченія отцу или матери. На живорожденныхъ дѣтяхъ, родившихся безъ наружныхъ признаковъ болѣзни, сифилисъ опредѣляется по свойственнымъ ему измѣненіямъ на кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ, являющимся болѣею частію черезъ нѣсколько недѣль, рѣже черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ родовъ.

10) Умираніе плода въ утробѣ матери.

§ 201. Смерть плода во время беременности случается весьма часто. Едва ли мы ошибемся, сказавъ, что изъ всѣхъ случаевъ забеременѣванія не больше половины даютъ живыхъ доношенныхъ дѣтей, остальные гибнутъ, оканчиваясь или выкидышемъ, или мертворожденнымъ плодомъ.

Причины умираиія плода могутъ быть весьма разнообразны. Чаще всего къ этому ведутъ: кровеизліянія въ оболочки или полость плоднаго яйца, воспалительныя и другія страданія оболочекъ и плаценты, скручиваніе и закупорка сосудовъ пуповины, заболѣваніе органовъ самаго зародыша, вліяніе на него болѣзней матери, или даже отца и пр. (сифилисъ, инфекціонныя и лихорадочныя болѣзни). Чѣмъ нѣжнѣе зародышъ по сроку его развитія, тѣмъ легче можетъ произойти его смерть, такъ что выкидыши въ раннихъ періодахъ беременности (1—3 мѣсяцъ) про-

исходятъ несравненно чаще, чѣмъ въ болѣе поздніе. Умершій плодъ не всегда тотчасъ же изгоняется изъ матки, а нерѣдко остается тамъ болѣе или менѣе продолжительное время послѣ своей смерти, при чемъ подвергается извѣстнымъ измѣненіямъ, о которыхъ необходимо здѣсь сказать нѣсколько словъ.

На состояніе умершаго плода имѣетъ большое вліяніе то обстоятельство, будетъ ли дальше продолжаться беременность живая, т. е. когда въ маткѣ существуетъ другой живой плодъ, или беременность продолжается только съ мертвымъ плодомъ. Въ первомъ случаѣ умершій зародышъ обыкновенно сохраняется какъ бы въ мумифицированномъ видѣ до наступленія срочныхъ родовъ; во второмъ же случаѣ онъ подвергается размоканію и разложенію.

Случаевъ задержанія въ полости матки мертваго плода въ акушерской литературѣ описано очень много и они представляють столько разнообразія, что я считаю не лишнимъ раздѣлить ихъ на четыре группы: 1) на плацентѣ доношеннаго или не доношеннаго младенца былъ находимъ второй недоразвитый зародышъ; 2) при мертвомъ и измѣненномъ, но болѣе взросломъ плодѣ, существовалъ меньшій, но свѣжій зародышъ; 3) при живомъ, доношенномъ плодѣ находился другой, тоже почти доношенный, но мертвый и мацерированный и 4) мумифицированный зародышъ находился въ маткѣ до наступленія послѣдней беременности, съ которой онъ не имѣлъ никакой связи.

Случаи первой категоріи, какъ я уже сказалъ, не считаются рѣдкостью. Всѣ они очень похожи другъ на друга, именно: умершій плодъ, большею частію 4—8 недѣль, помѣщается около плаценты, между оболочками; плацента и кожистая оболочка принадлежатъ одинаково какъ доношенному плоду, какъ и умершему зародышу, помѣщенному въ отдѣльномъ амніотическомъ мѣшкѣ, оболочки котораго на видъ всегда свѣжи. Въ этомъ мѣшкѣ околоплодной жидкости или совсѣмъ нѣтъ, или очень мало. Зародышъ желтоватаго, или блѣдносѣроваго цвѣта, сплюснутъ и какъ бы мумифицированъ⁽¹⁾. Пупочный канатикъ атрофированъ, очень часто сильно скрученъ и облигерированъ. Основываясь на этихъ общихъ явленіяхъ, можно допустить, что въ случаяхъ этой

(1) Мумифицированный зародышъ представляется сухимъ, сѣро-желтоватаго, или бурокаснаго цвѣта, какъ бы сдѣланнымъ изъ дубленой кожи, или сморщеннымъ отъ дѣйствія алкоголя. Такому измѣненію можетъ подвергаться не только зародышъ, но и болѣе развитой плодъ. Начало мумификаціи большею частію лежитъ въ оскуденіи жидкостей въ тѣлѣ плода, вслѣдствіе слабого питанія (стенозъ или скручиваніе сосудовъ пуповины); потомъ атрофированный, мертвый плодъ еще болѣе высыхаетъ вслѣдствіе всасыванія выступившихъ изъ его сосудовъ и паренхиматозныхъ органовъ жидкостей.

категоріи смерть плода большею частію обусловливается болѣзнями пупочнаго канатика, или смертельными измѣненіями въ органахъ самаго зародыша. Всасываніе околоплодной жидкости и сплющиваніе плода происходитъ вслѣдствіе давленія со стороны втораго, развивающагося плоднаго мѣшка, съ живымъ плодомъ. Сохраненіе мертваго зародыша и его оболочекъ въ свѣжемъ видѣ можно объяснить какъ отсутствіемъ воздуха, такъ, можетъ быть, и продолжающимся до извѣстной степени питаніемъ отъ соприкосновенія съ живыми тканями.

Для примѣра случаевъ второй категоріи я укажу на случай, описанный Langmor'омъ. Препаратъ его относится къ 4-мѣсячному выкидышу, при которомъ плодъ, соотвѣтствовавшій этому сроку беременности, былъ найденъ мертвымъ и мацерированнымъ, но вслѣдъ за этимъ абортomъ вышло другое плодное яйцо съ свѣжими, хорошо сохранившимися оболочками, свѣтлой околоплодной жидкостью и свѣжимъ зародышемъ 5—6 недѣль.

Случаевъ третьей категоріи, гдѣ при родахъ живаго плода былъ найденъ другой мацерированный, почти такого же возраста, существуетъ очень много. Всѣ они относятся къ болѣе позднимъ срокамъ беременности. Мацерированный плодъ всегда имѣетъ достаточное количество околоплодной жидкости и не бываетъ сплюснутъ. Плацента у такихъ плодовъ можетъ быть или отдѣльная, или общая.

Изъ четвертой категоріи я могу указать на случай *Бреслау*, гдѣ послѣ срочныхъ родовъ въ маткѣ были найдены остатки мумифицированнаго зародыша, препятствовавшіе сокращенію матки и такимъ образомъ обусловившіе послѣродовое кровотеченіе. Въ случаѣ *Гирша* при извлеченіи плаценты около дна матки найдена большая плотная опухоль, срощенная съ маточными стѣнками. Внутри этой опухоли оказалась красноватая жидкость, остатки сморщенныхъ мясистыхъ частей и слѣды зародыша (заносъ). Изъ этихъ примѣровъ видно, что умершій плодъ при извѣстныхъ условіяхъ можетъ оставаться въ маткѣ очень долго и даже можетъ не препятствовать новой беременности. Такіе случаи рѣдки.

Задержаніе мумифицированнаго плода въ полости матки въ теченіи многихъ лѣтъ можно объяснить ненормально прочнымъ прикрѣпленіемъ плоднаго яйца къ маткѣ, при существованіи въ оболочкахъ яйца живой связи съ маточными тканями. При такихъ условіяхъ мертвый плодъ, окруженный живыми оболочками, можетъ оставаться въ маткѣ какъ патологическій наростъ. Плодное яйцо въ этихъ случаяхъ подвергается такимъ же измѣненіямъ, какъ при вѣматочной беременности, т. е. околоплодная жидкость всасывается, тѣло плода высыхаетъ и мумифицируется,

иногда даже превращается въ lithoraedion. Въ такомъ видѣ плодное яйцо можетъ оставаться въ маткѣ нѣсколько лѣтъ, но большею частію оно все-таки рано или поздно изгоняется, или чрезъ естественные пути, какъ изгоняются фиброзные полипы, или отдѣляется посредствомъ нарыва, разрушающаго маточную стѣнку и прокладывающаго путь въ сосѣднія полости, или наружу чрезъ приращенныя брюшныя стѣнки.

При продолженіи беременности однимъ мертвымъ плодомъ, этотъ послѣдній всегда измѣняется. Въ раннихъ срокахъ, когда зародышъ еще очень нѣженъ, онъ можетъ, вслѣдствіе размоканія въ околоплодной жидкости, совершенно размягчиться и исчезнуть, такъ что въ плодномъ пузырьѣ остается одна мутная жидкость и иногда слѣды пупочнаго канатика. Въ болѣе позднихъ періодахъ развитія умершей плодъ, подвергаясь *мацерации*, дѣлается мягкимъ, кожа на многихъ мѣстахъ (особенно съ брюшка и конечностей) поднимается въ видѣ пузыря и сходитъ; кости черепа спадаются, иногда отдѣляясь другъ отъ друга, такъ что лежатъ въ покровахъ черепа, какъ въ мѣшкѣ; пупочный канатикъ дѣлается вялымъ, безцвѣтнымъ, или отъ просачиванія крови красновато-бурымъ. Измѣненный такимъ образомъ плодъ обыкновенно не издаетъ гнилаго запаха. Въ рѣдкихъ случаяхъ въ тѣлѣ младенца развивается до наступленія родовъ настоящій гнилостный процессъ, дающій большое количество газовъ. Это можетъ произойти въ томъ только случаѣ, когда матка до известной степени раскрыта и даетъ доступъ воздуху. Послѣ излитія водъ, при открытой маткѣ, разложеніе мертваго плода наступаетъ очень скоро.

ОТДѢЛЪ ВТОРОЙ.

ПАТОЛОГІЯ РОДОВЪ.

А) Неправильности родовыхъ путей.

1) Затрудненія родовъ со стороны женскаго таза.

§ 202. Ученіе о неправильныхъ тазахъ вошло въ акушерскую науку только съ начала прошлаго столѣтія. До того времени женскому тазу акушеры не придавали должнаго значенія въ актѣ родовъ. Причину такого заблужденія слѣдуетъ искать съ одной стороны въ крайне-недостаточныхъ анатомическихъ знаніяхъ, съ другой въ ложныхъ теоріяхъ относительно родоваго механизма. Начиная съ Гипократа, врачи очень долго держались того убѣжденія, что при родахъ главную роль играетъ младенецъ, а не мать, и что всѣ затрудненія могутъ зависѣть только отъ его неправильнаго положенія, или смерти. Эта мысль тѣмъ болѣе укоренилась въ умахъ акушеровъ, что въ большинствѣ случаевъ они видѣли, что при трудныхъ родахъ ребенокъ оказывался мертвымъ. Принимая слѣдствіе за причину, какъ это часто дѣлается и до сихъ поръ въ мало изслѣдованныхъ вопросахъ, врачи долгое время удовлетворялись Гипократовскими теоріями. Точныя свѣдѣнія по анатоміи женскаго таза явились только въ половинѣ XVI столѣтія, когда знаменитый анатомъ *Андр. Везаль* (1543) опубликовалъ свои изслѣдованія о строеніи человѣческаго тѣла. Послѣ этого уже не трудно было ученику его *Аранціусу*, занимавшемуся также и акушерствомъ, найти узкій тазъ и указать на него, какъ на отступленіе отъ нормы, дающее препятствіе при прохожденіи младенца (1572). Этому открытію, однакоже, не придали должнаго значенія и скоро забыли его, такъ какъ старая теорія о расхожденіи костей женскаго таза во время беременности продолжала еще господствовать и поддерживалась такими авторитетами, какъ *Амбруазъ Паре* (1550), *Северинъ Пино* (1597), *Гильемд* и проч. Даже знаменитый парижскій акушеръ *Морисо* (1668) при гро-

мадной акушерской практикѣ не придавалъ неправильнымъ тазамъ большаго практическаго значенія. Въ 1701 г. *Гейнрихъ Девентеръ*, занимаясь изученіемъ нормальнаго таза и его размѣровъ, въ первый разъ точно описалъ двѣ неправильныя формы таза, именно обще-сѣуженный и плоскій тазъ, указавъ на то вліяніе, которое они должны имѣть на роды. Послѣ того ученіе объ узкихъ тазахъ укоренилось въ наукѣ (*Пьеръ Діони* 1702, *Делл-Мотъ* 1715, *Пюзо* 1743). *Смелли* (1750), очищая и разработывая акушерскую науку, естественно, обратилъ самое строгое вниманіе и на женскій тазъ. Имъ прекрасно описаны рахитическіе тазы и измѣненія головки младенца при узкомъ тазѣ. Онъ первый началъ опредѣлять истинную конъюгату по ручному измѣренію діагональной. Въ Германіи распространеніе ученія о неправильныхъ тазахъ много обязано *Штейну старшему* (1763). Между прочимъ онъ упоминаетъ объ остеомалачіи таза, обращаетъ вниманіе на наклонныя плоскости тазовыхъ стѣнокъ и стремится достигнуть болѣе точнаго измѣренія размѣровъ таза и головки еще не рожденнаго плода (его тазомѣръ и *labimeter*). *Пленкъ* высказываетъ мысль, что при узкихъ тазахъ желательно бы было имѣть дѣло съ преждевременными, а не срочными родами, хотя въ этомъ намекѣ не было еще идеи операціи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. *Джонсонъ* (1769) и *Боделокъ старшій* (1781) старались усовершенствовать способы измѣренія таза. Нашъ соотечественникъ *Максимовичъ Амбодикъ* (1784) при описаніи неправильныхъ тазовъ упоминаетъ о *pelvis justo major et minor*, о различныхъ видахъ рахитическаго искривленія таза, объ остистыхъ тазахъ (*aspatho-pelvis*) и объ сѣуженіяхъ отъ припухлости костей. Въ послѣднее время ученіе объ узкихъ тазахъ значительно подвинулось впередъ, благодаря изслѣдованіямъ *Михаэлиса* (1851) и *Литцмана* (1861). Первый, кромѣ морфологическаго описанія, старался изучить вліяніе узкихъ тазовъ на положеніе плода и на родовую дѣятельность матки (неправильности въ механизмѣ родовъ). *Литцманнъ* преимущественно обратилъ вниманіе на тѣ механическія условія, которыя вліяютъ на развитіе той или другой неправильной формы таза (давленіе туловища, сопротивленіе тазовыхъ костей и хрящей, вліяніе мышцъ и внутренностей, содержащихся въ тазу и др.).

§ 203. Неправильные тазы встрѣчаются въ весьма разнообразныхъ формахъ. По извѣстнымъ до настоящаго времени типамъ ихъ можно классифицировать въ слѣдующія группы:

а) *Равномерно обще-суженный тазъ*. Онъ имѣетъ форму нормального женскаго таза, съ тѣмъ только различіемъ, что всѣ размѣры его нѣсколько меньше (равномерно укорочены). Въ этомъ типѣ различаютъ два вида: 1) чисто нормальный тазъ, только въ меньшихъ размѣрахъ. Такіе миниатюрные тазы встрѣчаются большею частію у субъектовъ меньшаго роста, но могутъ быть и у лицъ средняго и даже выше средняго роста. Кости таза при этомъ бываютъ или очень легки и тонки, или, иногда, очень толсты и тяжелы. 2) Тазъ по величинѣ, развитію и сочлененію костей напоминающій дѣтскій типъ. Эта рѣдкая форма встрѣчается исключительно у карлицъ. Степень суженія въ этихъ формахъ бываетъ различна, но она обыкновенно не достигаетъ укороченія всѣхъ размѣровъ болѣе какъ на 1". Большею частію суженіе въ прямомъ размѣрѣ бываетъ нѣсколько значительнѣе, нежели въ остальныхъ, равно какъ суженіе во входѣ нѣсколько больше, нежели въ полости и выходѣ таза. Вообще этотъ типъ суженія таза встрѣчается гораздо рѣже, нежели частныя суженія конъюгаты.

§ 204. б) *Тазы сплюснутые спереди назадъ или плоскіе (сужаемые въ конъюгаты)*. Характеристическимъ признакомъ этой группы узкихъ тазовъ служитъ укороченіе прямыхъ размѣровъ при нормальности, или тоже укороченіи поперечныхъ. Эти формы суженія таза принадлежатъ къ числу самыхъ обыкновенныхъ, наичаще встрѣчающихся у роженицъ; потому болѣе подробное ознакомленіе съ ними необходимо для всякаго врача. Плоскіе тазы встрѣчаются рахитическаго и нерахитическаго происхожденія; потому ихъ раздѣляютъ на двѣ группы.

1) *Простой плоскій не рахитическій тазъ*. На первый взглядъ этотъ тазъ походитъ на нормальный, но инструментальнымъ измѣреніемъ можно убѣдиться, что прямые размѣры его укорочены. Это обусловливается тѣмъ, что крестцовая кость глубже вдается въ тазъ, не поворачиваясь въ тоже время около своей поперечной оси, какъ это бываетъ при рахитическихъ формахъ. Вслѣдствіе этого укороченіе прямого размѣра болѣе или менѣе равномерно замѣчается на всѣхъ плоскостяхъ, съ небольшимъ развѣ преобладаніемъ во входѣ. Отдѣльныя кости этого таза представляются совершенно нормальными, наклоненіе его большею частію довольно сильное. Причина этой неправильности таза не находится въ связи съ рахитизмомъ. Можетъ быть она заключается въ томъ, что въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ дѣвочки очень много сидѣли, или поднимали и носили значительныя тяжести прежде наступленія половой зрѣлости. Этотъ видъ неправильности таза встрѣчается очень часто, хотя при немъ, обыкновенно, не бываетъ значительнаго суженія прямыхъ

размѣровъ и потому роды не особенно затрудняются. Въ рѣдкихъ случаяхъ въ этихъ тазахъ, вмѣстѣ съ укороченіемъ прямыхъ размѣровъ, бываетъ укороченіе и поперечнаго размѣра выхода таза. Иногда на мѣстѣ соединенія перваго крестцоваго позвонка со вторымъ, вслѣдствіе неправильности сочлененія, образуется выдающееся возвышеніе, напоминающее собою *promontorium*. Этотъ ложный или второй мысъ можетъ увеличить степень суженія; кромѣ того онъ можетъ вводить въ ошибку при изслѣдованіи, будучи принятъ за настоящій *promontorium*.

§ 205. 2) *Рахитическіе тазы*. Они встрѣчаются чаще всѣхъ другихъ неправильныхъ формъ и въ общихъ чертахъ отличаются слѣдующими признаками: кости таза развиты недостаточно, крестецъ сильно подается впередъ, а лонныя кости сплюснуты назадъ, отчего *прямые размѣры таза укорочены*. Подвздошныя кости плоскіе, болѣе откинута всторону, гребни ихъ дальше отстоятъ другъ отъ друга, отчего поперечные размѣры, особенно большаго таза, увеличены. Входъ таза измѣняетъ свою форму или въ видѣ карточнаго сердца, или въ видѣ поперечно-лежащей почки, смотря по тому, насколько придвинуты другъ къ другу крестецъ и лонное соединеніе. Если крестецъ, кромѣ того, повороченъ всторону, то тазъ получаетъ ассиметрическую форму и самое узкое мѣсто его будетъ не между *promontorium* и лоннымъ соединеніемъ, а между мысомъ и какимъ нибудь пунктомъ горизонтальной вѣтви лонной кости, куда повернутъ крестецъ.

Виды и степени суженія рахитическихъ тазовъ бываютъ весьма различны; ихъ можно подвести подъ слѣдующія типическія формы: *Простой сплюснутый (плоскій) рахитическій тазъ*.⁽¹⁾ Онъ представляетъ слѣдующія особенности: строеніе костей болѣею частію нормальное, иногда же онъ или слишкомъ плотны и массивны, или атрофированы. Наклоненіе таза почти всегда слишкомъ велико. Крестцовая кость коротка и узка, она сильнѣе вѣдрена въ полость таза и нѣсколько поворочена около своей поперечной оси. Вслѣдствіе этого кривизна крестцовой кости измѣняется: въ верхней части, начиная отъ *promontorium*, она значительно откинута назадъ, а въ нижней части, обыкновенно около 4-го, рѣже около 5-го или 3-го крестцоваго позвонка, крючкообразно загибается впередъ. Лонная дуга очень широка; бугры сѣдалищныхъ костей дальше удалены другъ отъ

(1) *Пьеръ Діони* (1702) первый указалъ, что узкіе тазы болѣею частію встрѣчаются у женщинъ, страдавшихъ въ дѣтствѣ рахитизмомъ. *Плюзо* (1743) зналъ уже характеристическія особенности рахитическихъ тазовъ, но точное описаніе ихъ сѣдали *Смелли* (1750) и *Штейнъ* младшій (1784).

друга, acetabula болѣе направлены впередъ, чѣмъ въ нормальномъ тазу. Вслѣдствіе такихъ измѣненій тазъ представляется сплюснутымъ спереди назадъ, конъюгата его укорочена, а поперечные размѣры входа остаются или нормальными, или даже удлиненными, косые размѣры укорочены незначительно, distantia sacro-cotyloidea тоже укорочены. Въ полости таза, вслѣдствіе отклоненія крестца назадъ, продольные размѣры дѣлаются больше, иногда они бываютъ нормальной величины. Образование такого таза обуславливается, при рахитическомъ страданіи костей въ первомъ дѣтскомъ возрастѣ, тяжестью туловища, которое при полужащемъ положеніи или сидѣніи давитъ на верхнюю часть крестца, сдвигая promontorium внизъ и впередъ и поворачивая крестецъ около поперечной своей оси. Нижняя часть крестца, укрѣпленная прочными связками (ligam. sacro-spinosi et tuberosi), при этомъ не поворачивается назадъ, а оттягивается впередъ. При вѣдреніи крестца внутрь верхнія боковыя связки его натягиваютъ подвздошныя кости, что придаетъ послѣднимъ большую развернутость. Такое положеніе подвздошныхъ костей отчасти обуславливается и усиленнымъ давленіемъ напряженнаго и переполненнаго газами кишечнаго канала, какъ это обыкновенно бываетъ у дѣтей рахитиковъ. Сѣдалищныя бугры удаляются другъ отъ друга частію дѣйствіемъ прикрѣпляющихся къ нимъ мышцъ, частію отъ самаго сидѣнія на мягкихъ костяхъ, составляющихъ выходъ таза. Отъ этого же образуется большое расхожденіе лонной дуги и болѣе косвенное положеніе лоннаго соединенія.

Неравномерно общесъуженный рахитическій тазъ. Въ немъ, кромѣ другихъ характеристическихъ признаковъ рахитизма, существуетъ суженіе не только прямыхъ размѣровъ, но и поперечныхъ, особенно во входѣ. Крестецъ, кромѣ вѣдренія въ тазъ, нерѣдко бываетъ повернутъ около своей продольной оси, выступающая однимъ краемъ болѣе впередъ. Кости таза вообще развиты недостаточно.

Со вѣтъ сторонъ сплюснутый рахитическій тазъ. Онъ имѣетъ большое сходство съ остеомалятическимъ. Promontorium сильно сдвинуто впередъ и внизъ, а нижняя часть крестца искривлена впередъ и вверхъ: acetabula сдвинуты внутрь, къ центру таза, а лонное соединеніе выдвинуто впередъ на подобіе клюва, такъ что входъ таза получаетъ неправильно трехъ-угольную форму. Эта форма таза вообще встрѣчается довольно рѣдко, развивается въ томъ только случаѣ, когда, при сильномъ рахитическомъ измѣненіи костей, больной ребенокъ много ходилъ, при чемъ тяжесть туловища давила на promontorium и на бедренныя сочлененія, направляя ихъ внутрь. При этомъ обыкновенно бываютъ

рѣзкія рахитическія измѣненія и на остальномъ скелетѣ, въ свою очередь вліяющія на форму таза.

§ 207. Рахитическіе тазы большею частію распознаются легко. Кромѣ мѣстнаго изслѣдованія и измѣренія таза, на эту неправильность во многихъ случаяхъ указываетъ прежде всего общій видъ больной, носящей слѣды рахитизма. Субъекты этого рода часто бываютъ низкаго роста, неуклюжаго сложенія, съ короткими нижними конечностями и непропорціональнымъ туловищемъ. При болѣе сильныхъ степеняхъ рахитизма бываетъ искривленіе позвоночника (горбъ) и неправильная форма грудной кѣтки (куриная грудь). Походка при этомъ большею частію бываетъ неправильна, съ переваломъ изъ стороны въ сторону (утиная). При осмотрѣ нижней части туловища оказывается, что тазовая область очень широка, а поясничная вдавлена, крестецъ выпячивается изъ промежутка между безъимянными костями, подвздошныя кости очень отлоги и открыты впереди, лонная дуга сильно растянута, ножки ея сильно отворочены кнаружи, горизонтальная вѣтви лонныхъ костей плоски или сплюснуты внутрь. При измѣреніи рахитическаго таза обращается вниманіе: а) на гребешки и ости (*spina anterior super.*) подвздошныхъ костей. Разстояніе между послѣдними бываетъ увеличено; оно равняется разстоянію между гребешками, или даже превосходитъ его. б) *Promontorium* сильно выдается въ глубину таза и впередъ, образуя родъ выступа въ тазовомъ входѣ, потому легко достигается пальцемъ. в) Вогнутость передней поверхности крестцовой кости теряется, такъ какъ тѣла крестцовыхъ позвонковъ лежатъ почти на одной плоскости съ крыльями. Верхняя часть плоскаго крестца направлена назадъ, а нижній конецъ повороченъ впередъ (какъ бы надломленъ), вдаваясь въ тазъ, вмѣстѣ съ копчикомъ, въ видѣ крючка. г) Внутренняя поверхность лоннаго соединенія выдается въ полость таза, иногда представляя острый гребешокъ. д) Разстояніе между задними верхними остями подвздошныхъ костей бываетъ уменьшено. Лонная дуга сильно развернута.

Рахитическое суженіе таза можетъ быть различныхъ степеней, начиная съ самыхъ легкихъ и кончая такими, при которыхъ роды дѣлаются совершенно невозможными. Чаще всего встрѣчаются суженія умѣренной степени. Опредѣленіе степени суженія достигается помощію тазоизмѣренія, о чемъ будетъ сказано ниже. Рахитическое измѣненіе таза, развиваясь въ дѣтствѣ, остается на всю жизнь въ одномъ и томъ же положеніи, т. е. не увеличивается и не уменьшается. Потому каждае роды при этомъ должны представлять приблизительно одинаковыя затрудненія, смотря по степени существующаго суженія. Вообще

эта неправильность таза встрѣчается гораздо чаще всѣхъ остальныхъ, взятыхъ въ совокупности (1).

§ 208. в) *Остеомалятический тазъ*. Эта неправильная форма не образуется въ первомъ дѣтскомъ возрастѣ, какъ рахитическіе тазы, а развивается у женщинъ уже достигшихъ половой зрѣлости. Этотъ тазъ отличается необыкновенною легкостію и мягкостію костей, которыя по мѣстамъ истончаются до того, что представляются какъ бы изъѣденными, поздраватыми, надломленными. Въ частности крестецъ дѣлается очень узкимъ, особенно его крылья, и сильно вдается въ полость таза, какъ при высокой степени рахитизма. Promontorium стоитъ очень низко, кривизна крестцовой кости слишкомъ велика, а нижній конецъ крестца, какъ бы надломленный, поворочень вверхъ и почти соприкасается съ мысомъ. Подвздошныя кости большею частію атрофированы, мягки, сдвинуты другъ къ другу, иногда какъ бы надломлены внутри. Боковыя части тазоваго кольца сдвинуты внутрь и впередъ, лонныя кости сплющены въ видѣ клюва; нисходящія вѣтви ихъ, равно какъ и восходящія сѣдалищныя и tubera ischii сплюснуты, вслѣдствіе того лонная дуга и вообще выходъ таза сильно сужены въ поперечномъ размѣрѣ. При такомъ измѣненіи костей тазъ въ высокой степени обезображивается и суживается во всѣхъ своихъ размѣрахъ, преимущественно же въ выходѣ. Во входѣ больше всего бываетъ суженъ поперечный размѣръ, а приближаясь къ выходу суживаніе уве-

(1) Рахитизмъ встрѣчается гораздо чаще въ большихъ городахъ, чѣмъ въ деревняхъ (отъ недостатка свѣта, подвальныхъ помѣщеній, сырости, отсутствія чистаго воздуха на улицахъ). Поэтому и рахитическіе тазы въ городской практикѣ встрѣчаются чаще, чѣмъ въ деревенской. Въ Казани я болѣе всего встрѣчалъ эту неправильность таза у татарокъ, ведущихъ болѣе замкнутую жизнь, чѣмъ русскія женщины. Въ Казанской клиникѣ за послѣдніе три съ половиною года на 285 родовъ рахитическихъ суженій таза было 5 (1: 57). По сравненію съ другими русскими родильными заведениями эта цифра могла бы показаться очень высокою, но это можно объяснить тѣмъ, что въ Казани большая часть мѣстнаго простонародья при трудныхъ родахъ ищутъ акушерскаго пособія въ клиникѣ. Потому пропорція патологическихъ случаевъ по отношенію къ нормальнымъ родамъ здѣсь, естественно, будетъ больше. Въ С. Петербургскомъ Родильномъ домѣ В. К. Елены Павловны узкіе тазы встрѣчались 1 разъ на 83 родовъ (отчетъ Гугенбергера). Въ Надеждинскомъ Родовспомогательномъ заведеніи въ 1871 году приходился однякъ суженный тазъ на 68 родовъ (отчетъ *Биддера* и *Сутугина* съ 1840 по 1871 годъ). Приблизительно такая же пропорція оказывается и въ родильныхъ заведенияхъ Западной Европы.

личивается во всѣхъ размѣрахъ и большею частію достигаетъ самой высокой степени ⁽¹⁾.

Остеомаляція принадлежитъ къ числу рѣдко встрѣчающихся болѣзней. Она преимущественно поражаетъ женщинъ и по видимому стоитъ въ связи съ беременностію, или пуэрперальнымъ состояніемъ. Большею частію она была наблюдаема у такихъ особъ, которыя до развитія болѣзни рожали одинъ или нѣсколько разъ правильно, слѣдовательно до того времени имѣли правильно устроенный тазъ. Съ каждой новой беременностію болѣзнь усиливается и въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ достигаетъ такой степени, что роды дѣлаются, наконецъ, совершенно невозможными. Причины остеомаляціи не достаточно выяснены, но и здѣсь, какъ при рахитизмѣ, онѣ по всей вѣроятности стоятъ въ связи съ недостаткомъ воздуха и свѣта, съ сыростью помѣщенія и вообще съ дурными гигиеническими условіями. Изъ петербургской практики я помню три случая этой болѣзни, гдѣ сказанныя условія вполне имѣли мѣсто. Тоже самое я встрѣтилъ въ прошломъ году въ Казани ⁽²⁾, гдѣ высокая степень остеомаляціи, потребовавшая вырѣзыванія всей матки, вмѣстѣ съ мертвымъ плодомъ, развилась у многорожавшей татарки, по видимому, вслѣдствіе замкнутого (по мусульманскимъ обычаямъ) образа жизни и очень дурныхъ гигиеническихъ условій. При развившейся болѣзни каждая новая беременность, а равно и кормленіе грудью, значительно усиливаютъ остеомаляцію и въ концѣ почти всегда доводятъ до смерти. Выздоровленіе можетъ наступить развѣ въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ.

Описываемая болѣзнь большею частію ограничивается областью таза и нижнихъ конечностей (позвоночный столбъ, тазъ, бедра и голени), но иногда она захватываетъ весь скелетъ, при чемъ тѣло крайне обезображивается. Во всѣхъ виденныхъ мною случаяхъ пораженіе ограничивалось преимущественно нижнею половиною тѣла, не смотря на то, что болѣзнь длилась очень долго и размягченіе и обезображиваніе костей достигало весьма сильной степени.

Распознаваніе развитой остеомаляціи не трудно. Прежде всего здѣсь берутся во вниманіе анамнезъ больной и существующіе общіе припадки болѣзни. Ни одна изъ формъ суженія таза (за исключеніемъ наростовъ, легко опредѣляемыхъ) не даетъ такого прогрессирующаго укороченія его размѣровъ, какъ остеома-

⁽¹⁾ Остеомалятической тазъ въ первый разъ замѣтили *Куперъ* въ Англіи, и *Штейнъ* старшій въ Германіи. *Штейнъ* младшій описалъ его точнѣе, а въ новѣйшее время эту форму неправильности таза лучше всего выяснили *Киліанъ* и *Литцманъ*.

⁽²⁾ Описаніе этого случая помѣщено въ газетѣ «*Врачъ*», 1881 г. № 35.

ляція. Слѣдовательно, если изъ анамнеза оказывается, что больная *прежде разрѣшалась нормально*, а потомъ съ каждою новою беременностію роды становились все труднѣе и труднѣе и наконецъ при изслѣдованіи таза оказывается такое сѣуженіе, при которомъ предшествовавшіе нормальные роды были бы невозможны, то смѣло можно предположить существованіе размягченія костей. Такое предположеніе подтверждается существующими припадками болѣзни и изслѣдованіемъ таза. Припадками остеомалыціи служатъ *боли и поты*. Въ началѣ болѣзни боли походятъ на ревматическія или сифилитическія. Они преимущественно появляются въ нижнихъ конечностяхъ и въ области таза. При полномъ развитіи страданія костей боли усиливаются на столько, что лишаютъ возможности движенія. Вслѣдствіе ихъ и сопутствующей имъ слабости больная принуждена все время оставаться въ постели (цѣлыми мѣсяцами, иногда годами). Поты при остеомалыціи, точно также, какъ при рахитизмѣ, составляютъ явленіе довольно постоянное. Они бывають преимущественно по ночамъ.

При мѣстномъ изслѣдованіи остеомалытического таза прежде всего бросается въ глаза *сплюснутость лонной дуги*. Вѣтви ея обыкновенно на столько бывають сближены, что между ними едва помѣщается указательный палецъ. Подобное же сближеніе замѣчается и между сѣдалищными буграми, вслѣдствіе чего выходъ таза оказывается крайне сѣуженнымъ. При ощупываніи кости таза оказываются *мягкими и уступчивыми*, особенно лонныя и подвздошныя кости. При изслѣдованіи полости таза легко констатируется характерное, какъ бы надломленное, направленіе крестца и слишкомъ рѣзкое выпячиваніе (смѣщеніе внутрь и внизъ) крестцово-поясничнаго мыса. Горизонтальныя вѣтви лонныхъ костей сплюснуты, вслѣдствіе чего лонное соединеніе выдается впередъ, въ видѣ длиннаго птичьяго клюва. Подвздошныя кости заворочены внутрь, какъ бы надломлены, и сдвинуты назадъ.

При поверхностномъ изслѣдованіи остеомалытической тазъ можно смѣшать съ поперечно сѣуженнымъ (Робертговскимъ) и съ сильно обезображеннымъ рахитическимъ тазомъ; но тотъ и другой легко отличить по свойственнымъ имъ признакамъ, а также потому, что при нихъ не бываетъ ни болей, ни мягкости костей, свойственныхъ остеомалыціи, ни нормальныхъ предшествовавшихъ (первыхъ) родовъ.

Предсказаніе при остеомалыціи таза зависитъ отъ степени существующаго сѣуженія. Въ началѣ болѣзни иногда нѣсколько беременностей, слѣдующихъ одна за другой, могутъ еще окончиваться силами природы, хотя и съ большимъ трудомъ. При этомъ каждыя послѣдующіе роды дѣлаются труднѣе предыдущихъ. При

большой податливости костей иногда роды оканчиваются силами природы даже при весьма значительномъ сужении таза, гдѣ казалось не было другого исхода, кромѣ кесарскаго сѣченія. Одинъ такой случай я помню въ Петербургской клиникѣ. Впрочемъ, рассчитывать на такіе исходы при сильныхъ степеняхъ остеомалитическаго суженія таза не слѣдуетъ, такъ какъ при подобныхъ условіяхъ роды естественнымъ путемъ оказываются не менѣе опасными, чѣмъ кесарское сѣченіе. При растяженіи таза легко образуются разрывы и надломы костей, а самые роды продолжаются слишкомъ долго, что обыкновенно влечетъ за собой очень опасныя послѣдствія (смерть ребенка, *endometritis putrida*, перитонитъ). Поэтому, при сильныхъ степеняхъ суженія слѣдуетъ производить во время беременности либо искусственный выкидышъ, либо преждевременные роды. При родахъ, наступившихъ въ срокъ слѣдуетъ заблаговременно рѣшиться на кесарское сѣченіе, не считывая на податливость костей таза.

§ 209. г) *Воронкообразные тазы*. Ихъ встрѣчается два вида: 1) Простой воронкообразный тазъ, отличающійся тѣмъ, что при нормальномъ, или даже равномѣрно-увеличенномъ, входѣ выходъ его во всѣхъ размѣрахъ бываетъ равномѣрно суженъ. Крестецъ здѣсь имѣетъ правильную форму и положеніе, но кривизна его нѣсколько меньше; боковыя стѣнки таза къ выходу болѣе направлены внутрь, а лонная дуга образуетъ болѣе острый уголъ. 2) *Обратно-воронкообразный тазъ* отличается равномѣрнымъ суженіемъ входа при нормальномъ, или равномѣрно-увеличенномъ выходѣ. Кости таза и скелета при этомъ остаются нормальными, такъ что по типу эти тазы представляютъ какъ бы видоизмѣненіе равномѣрно обще суженныхъ. Эти тазы отличаются отъ воронкообразныхъ рахитическихъ по отсутствію на костяхъ признаковъ рахитизма и по равномѣрности суженія. Причина образованія воронкообразныхъ тазовъ, по всей вѣроятности, заключается въ недостаточномъ развитіи крыльевъ крестцовой кости. Тазъ этого рода представляетъ какъ бы переходную форму отъ дѣтскаго къ женскому. Онъ вообще встрѣчается очень *рѣдко* и распознается, обыкновенно, только во время родовъ, когда, по причинѣ замедленія въ движеніи головки, является поводъ къ точному измѣренію размѣровъ таза. При воронкообразномъ тазѣ опредѣляется узкость лонной дуги, малое расстояние между сѣдалищными буграми и верхними задними остями подвздошныхъ костей (вслѣдствіе узкости крестца).

Роды при воронкообразномъ тазѣ значительно затрудняются. Они могутъ окончиться силами природы развѣ при небольшомъ размѣрѣ плода, и то съ большими усилиями. Крупный, доношенный младенецъ обыкновенно умираетъ во время родовъ и

при извлеченіи его часто требуетъ раздробленія головки. Поэтому, въ случаѣ заблаговременнаго распознаванія этой неправильности, здѣсь можно съ большою пользою примѣнить искусственныя преждевременныя роды.

§ 210. д) *Косвенно суженный тазъ*. Этотъ тазъ въ первый разъ былъ описанъ въ 1839 г. *Негеле* старшимъ, поэтому называется также *Негелевскимъ*. Онъ характеризуется слѣдующими признаками. Въ общемъ видѣ тазъ представляется сплюснутымъ съ одной стороны на другую, отъ чего одна половина его сужена, другая—нормальна. Подвздошная кость суженной половины сдвинута вверхъ, назадъ и внутрь, она имѣетъ болѣе прямое направленіе. Тазобедренное сочлененіе подается впередъ и внутрь, лонное соединеніе находится не напротивъ мыса, а смѣщено къ здоровой половинѣ таза, между тѣмъ какъ мысъ, болѣе или менѣе, обращенъ къ измѣненной половинѣ таза. Сѣдалищный бугоръ этой половины приподнять и поверочень къзади и внутрь. Крестцово-подвздошное соединеніе на больной половинѣ таза *ankyloзировано*; крыло крестцовой кости здѣсь очень узко, или совершенно не существуетъ. Безъимянная линія съ этой стороны гораздо прямѣе, а со стороны здоровой болѣе изогнута. Вслѣдствіе такихъ измѣненій тазъ дѣлается косымъ. Прямой размѣръ входа, вслѣдствіе косвеннаго направленія лоннаго сочлененія, нѣсколько удлиненъ, поперечный же размѣръ укороченъ и это укороченіе, приближаясь къ выходу, дѣлается значительнѣе.

Причина происхожденія косо-суженнаго таза чаще всего заключается въ ненормальной узкости крыла крестцовой кости на больной сторонѣ. Отъ этого происходитъ хромая (ковыляющая) походка и постоянное неравномѣрное распредѣленіе давленія тяжести тѣла на обѣ нижнія конечности, съ преобладаніемъ давленія на больной сторонѣ. Вслѣдствіе этого сочленовныя поверхности таза постепенно смѣщаются, кости на мѣстѣ усиленнаго давленія подвергаются атрофіи и склерозу, а больное сочлененіе воспаляется и переходитъ въ анкилозъ. Такимъ образомъ косо-суженный тазъ можетъ образоваться не только при врожденной атрофіи крыла крестцовой кости, но и при другихъ условіяхъ, дающихъ неравномѣрное давленіе на сочлененія таза, напр. при хроническомъ кокситѣ, тазобедренномъ вывихѣ, хроническомъ воспаленіи крестцово-подвздошнаго сустава. Къ числу причинъ этого рода можно отнести также искривленія позвоночнаго столба, укороченіе, или вообще бездѣйствіе одной конечности, продолжительное одностороннее сидѣніе на одной ягодицѣ, однимъ словомъ всѣ тѣ причины, при которыхъ давленіе туловища долго сосредоточивается на одной сторонѣ. Искривленіе таза въ такихъ случаяхъ происходитъ на сторонѣ большаго давленія. Такъ напр.

при вывихѣ или кокситѣ, когда пораженная конечность долго бездѣйствуетъ, тазъ суживается на здоровой половинѣ. Если же укороченная нога употребляется обыкновеннымъ способомъ и туловище при стояннн и ходбѣбъ наклоняется преимущественно на эту сторону, то искривленіе таза будетъ развиваться на хромой сторонѣ. Чѣмъ моложе субъектъ, страдающій упомянутыми недостатками, чѣмъ дольше продолжается болѣзнь, тѣмъ рѣзче выражаются измѣненія въ костяхъ таза. Такимъ образомъ атрофія крыла крестцовой кости и послѣдовательный анкилозъ крестцово-подвздошнаго сочлененія могутъ быть какъ соврожденными недостатками, такъ и пріобрѣтенною болѣзнію. Въ первомъ случаѣ вслѣдствіе рано образовавшагося анкилоза (иногда во время утробной жизни, или въ раннемъ дѣтствѣ), ростъ крестцовой кости съ больной стороны, естественно, будетъ воспрепятствованъ. Въ случаяхъ позднѣйшаго образованія анкилоза, когда тазъ достигъ уже полнаго роста, прилегающія къ больному сочлененію кости могутъ отчасти атрофироваться вслѣдствіе бывшаго страданія сочлененія. Въ этомъ случаѣ атрофія крыла крестцовой кости все-таки будетъ выражена меньше.

§ 211. *Распознаваніе.* Первый намекъ на существованіе косо-суженнаго таза въ большинствѣ случаевъ получается прежде всего изъ хромой походки больной и неправильнаго сложенія нижней части тѣла. При осмотрѣ тазовой области оказывается, что тазъ не имѣетъ правильной, симметрической формы: одна половина его стоитъ выше и круче, чѣмъ другая, крестцовая область уже, лонное соединеніе сдвинуто всторону. При такихъ общихъ указаніяхъ діагностика подтверждается наружнымъ измѣреніемъ таза. При этомъ должны быть найдены слѣдующіе признаки: верхне-передніе ости и гребешки подвздошныхъ костей лежатъ не на одномъ уровнѣ, а на одной сторонѣ выше, чѣмъ на другой; заднія верхнія ости не находятся въ одинаковомъ разстояніи отъ средней линіи крестца, и одна изъ нихъ выдается кзади больше, нежели другая; лонная дуга не смотритъ прямо впередъ, а направлена болѣе въ одну сторону. При измѣреніи косо-суженнаго таза, по указанію *Нелле*, берутся во вниманіе слѣдующіе пункты:

а) Разстояніе сѣдалищнаго бугра одной стороны до задней верхней подвздошной ости другой стороны. Отъ бугра суженной стороны этотъ размѣръ долженъ быть короче.

б) Отъ остистаго отростка послѣдняго поясничнаго позвонка до передней верхней подвздошной ости. На суженной сторонѣ этотъ размѣръ меньше.

в) Отъ передней верхней подвздошной ости до задней верхней ости другой стороны. Отъ передней ости узкой стороны короче.

г) Отъ нижняго края лоннаго соединенія къ заднимъ верхнимъ подвздошнымъ остямъ (къ ости суженной стороны больше).

д) Отъ *Trochanter major* одной стороны до задней верхней подвздошной ости другой стороны.

При внутреннемъ изслѣдованіи *promontorium* или совсѣмъ не достигается пальцемъ, или достигается съ большимъ трудомъ. Въ послѣднемъ случаѣ онъ оказывается отклоненнымъ въ сторону и лежащимъ не напротивъ симфиза. Безъимянная линія на большой сторонѣ доступнѣе для пальца и имѣетъ болѣе прямое направленіе, нежели на сторонѣ здоровой.

Вліяніе косо-суженнаго таза на роды вообще не благоприятно. По *Литиману* изъ 28 женщинъ, имѣвшихъ этотъ тазъ, 22 умерли отъ первыхъ родовъ, изъ нихъ 5 не разрѣшившись. На 41 случай родовъ съ этою неправильностію только 6 окончились силами природы (изъ нихъ 5 у одной и той же женщины). Изъ дѣтей на это же число родовъ только 10 родились живыми (изъ нихъ 6 рождены одной и той же матерью и 2 послѣ кесарскаго сѣченія). По отчету Д-ра *Гуенбергера* изъ 3-хъ случаевъ предполагаемыхъ косыхъ тазовъ (въ Калининскомъ родильномъ домѣ) всѣ дѣти родились мертвыми, а изъ родильницъ двѣ были больны, но выздоровели (*endometritis* и *metropéritonitis*) и третья осталась здорова. Роды продолжались 36 часовъ, 162 и 25 часовъ и каждый разъ были кончены щипцами. Въ 4-мъ случаѣ несомнѣннаго косаго таза роды продолжались 95 часовъ и кончились смертью матери и плода.

При заблаговременномъ распознаваніи косо-суженнаго таза должны быть производимы искусственные преждевременные роды. При наступившихъ срочныхъ родахъ лучше всего сначала держаться выжидательнаго способа, чтобы убѣдиться на сколько велика диспропорція между размѣрами головки и таза. При мертвомъ плодѣ необходимо, не откладывая долго, прибѣгнуть къ прободенію головки и извлеченію ея краниоклястомъ. Тоже самое приходится иногда дѣлать и у живаго ребенка, для спасенія матери, если дальнѣйшее продолженіе родовъ угрожаетъ большею опасностію и на кесарское сѣченіе больная не соглашается.

§ 212. е) *Поперечно суженный или Робертовскій тазъ*. Этотъ тазъ встрѣчается очень рѣдко. Въ первый разъ онъ былъ описанъ *Робертомъ* въ 1842 г. (въ Вюрцбургѣ). Послѣ того до настоящаго времени было опубликовано только 8 такихъ случаевъ. Особенности этого таза состоятъ въ томъ, что въ немъ съ обѣихъ сторонъ крестцово-подвздошныя соединенія анкилозированы. Вслѣдствіе этого крылья крестцовой кости или со-

вершено отсутствуют, или развиты весьма недостаточно; весь крестецъ очень узокъ, не имѣетъ свойственнаго ему искривленія, а, напротивъ, представляется иногда выпуклымъ и значительно сильнѣе вдается въ полость таза; заднія части подвздошныхъ костей выдаются за крестцомъ и *spinae superiores posteriores* лежатъ другъ къ другу очень близко. Кривизна безъимянной линіи значительно меньше, или даже совсѣмъ исчезаетъ. Подвздошныя кости стоятъ прямо и направлены впередъ; горизонтальныя вѣтви лонныхъ костей сходятся подъ острымъ угломъ. Вслѣдствіе такихъ измѣненій тазъ сильно суживается въ поперечныхъ размѣрахъ; къ выходу суженіе увеличивается больше и больше, такъ что выходъ таза представляется въ видѣ продольной щели. Укороченіе прямыхъ размѣровъ гораздо менѣе значительно. Суженіе въ Робертовскомъ тазѣ бываетъ или симметрическимъ, или иногда одна половина сужена нѣсколько болѣе другой.

Робертовскій тазъ представляетъ собой какъ бы двойной Негелевскій, съ той разницей, что здѣсь при анкилозѣ обоихъ крестцово-подвздошныхъ соединеній та и другая половина таза одинаково не развиты и лонное соединеніе не сдвинуто въ сторону, слѣд. и степень суженія таза здѣсь будетъ вдвое сильнѣе.

Причина образованія Робертовскаго таза заключается въ синостозѣ крестцово-подвздошныхъ соединеній и происходящей отъ того недоразвитости крыльевъ крестца. *Synostosis sacro-iliaca* можетъ быть или соврожденнымъ недостаткомъ, или можетъ произойти въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ отъ воспалительныхъ процессовъ, также какъ и въ Негелевскомъ тазу.

Распознаваніе этого таза не трудно. При этомъ берется во вниманіе слишкомъ малое разстояніе между гребешками и остями подвздошныхъ костей, а также между трохантерами и сѣдалищными буграми. При внутреннемъ изслѣдованіи обращается вниманіе на поперечные размѣры, которые могутъ представлять такое сильное укороченіе развѣ только при высокой степени остеомалатическаго таза; но этотъ послѣдній легко отличить по мягкости костей, по изогнутости или надломленности ихъ, по положенію *promontorii* и крестца и по положенію подвздошныхъ костей. Съ Робертовскимъ тазомъ можно также смѣшать *pelvis justo minor* съ воронкообразнымъ суженіемъ выхода, но и здѣсь болѣе точное измѣреніе, особенно поперечныхъ размѣровъ, всегда можетъ разъяснить дѣло.

Робертовскій тазъ принадлежитъ къ числу абсолютно узкихъ (поперечный размѣръ входа 2—3"; въ выходѣ $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ "). По этому, роды при немъ естественнымъ путемъ оказываются невозможными. Въ 8 описанныхъ случаяхъ 6 разъ было сдѣлано кесарское сѣченіе и 2 раза ребенокъ былъ извлеченъ послѣ пер-

форации. Принимая во вниманіе невозможность родоразрѣшенія и большую опасность кесарскаго сѣченія, или раздробленія ребенка, въ этихъ случаяхъ съ большою выгодною для матери можетъ быть произведенъ искусственный законный выкидышъ.

§ 213. ж) *Кифотическій тазъ*. Эта неправильность образуется въ тѣхъ случаяхъ, когда при существованіи горба, развившагося въ дѣтскомъ возрастѣ, тяжесть туловища дѣйствуетъ на тазовыя кости не въ томъ направленіи, какъ при нормальномъ устройствѣ скелета. Чѣмъ ниже будетъ помѣщаться горбъ (въ поясничной и пояснично-крестцовой области), тѣмъ рѣзче вліяніе его на форму таза. При горбахъ, происходящихъ вслѣдствіе рахитизма, тазъ обезображивается также и рахитическимъ процессомъ, при чемъ кифотическія свойства его отступаютъ на второй планъ. Въ типической формѣ эта неправильность выражается въ тѣхъ случаяхъ, когда горбъ образуется вслѣдствіе каріознаго процесса въ поясничныхъ позвонкахъ, протекшаго въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ.

При существованіи кифоза тяжесть туловища дѣйствуетъ по направленію верхняго, болѣе длиннаго, колѣна горба, отгѣсня верхушку горба взадъ. Въ этомъ же направленіи отгѣсняется и нижнее колѣно искривленнаго позвоночника. Крестецъ при этомъ вгоняется въ глубину таза между подвздошными костями, а верхняя часть его, увлекаемая нижнимъ колѣномъ горба, оттягивается назадъ, отчего крестецъ поворачивается около своей поперечной оси. Вслѣдствіе перемѣщенія центра тяжести туловища взадъ, передняя тазовая стѣнка поднимается кверху, отъ чего наклоненіе таза уменьшается. Но такъ какъ оттягиваніе тазоваго кольца взадъ встрѣчаетъ противодѣйствіе въ чрезмѣрномъ напряженіи *ligam. ileo-femorale*, то тазъ вытягивается въ продольномъ направленіи.

Образующееся при такихъ условіяхъ искривленіе кифотическаго таза придаетъ ему слѣдующіе признаки. Верхняя половина крестцовой кости повернута взадъ, а нижняя впередъ. Вслѣдствіе того тѣла верхнихъ крестцовыхъ позвонковъ выдаются кнаружи между крыльями подвздошныхъ костей. Нижній конецъ крестца нѣсколько отогнутъ кпереди. Прямой размѣръ входа таза удлинень, а прямые размѣры полости и выхода укорочены. Верхняя часть безъимянныхъ костей сдвинута кнаружи и впередъ, а нижняя—внутрь и назадъ. Вслѣдствіе этого въ большомъ тазу поперечные размѣры увеличены, а въ маломъ уменьшены (особенно въ выходѣ). Подвздошныя кости стоятъ отлого, размѣры между гребешками и остями ихъ увеличены, разстояніе между задними верхними остями уменьшено. Сѣдалищныя бугры и ости сближены; лонная дуга сжужена. Горизонтальныя

вѣтви лонныхъ костей сходятся другъ съ другомъ подь болѣе острымъ угломъ, отъ чего симфизъ выдается болѣе впередъ. При такихъ измѣненіяхъ малый тазъ оказывается необыкновенно высокою, conjugata входа увеличена, поперечный же діаметръ уменьшенъ, перѣдко короче прямого. По мѣрѣ приближенія къ выходу, какъ прямые, такъ и поперечные размѣры укорачиваются.

При кифотическомъ тазѣ суженіе рѣдко достигаетъ слишкомъ большихъ размѣровъ. Во многихъ случаяхъ роды могутъ быть окончены наложеніемъ щипцовъ, а если бы эта операція оказалась очень трудною, то перфوراціею головки. Въ рѣдкихъ случаяхъ, въ видахъ спасенія ребенка, можетъ быть показано кесарское сѣченіе. Искусственные преждевременные роды здѣсь могутъ имѣть очень полезное примѣненіе.

§ 214. з) *Спондилолистическій тазъ* (spondylolisthesis) Эта рѣдкая форма въ первый разъ была описана *Рокитанскимъ* въ 1839 г. Изъ двухъ его тазовъ, хранящихся въ Вѣнскомъ патологическомъ кабинетѣ, одинъ найденъ былъ при вскрытіи случайно, а другой доставленъ проф. Шпетомъ. Третій тазъ находится въ Прагѣ и былъ описанъ *Кизишемъ*, потомъ *Зейфертомъ* и *Килианомъ*. Килианъ кромѣ того описалъ четвертый тазъ, извѣстный подь именемъ *надерборнскаго*. Кромѣ того два такихъ таза описалъ *Бреслау* и по одному описали: *Робертъ*, *Ольгаузенъ*, *Веберъ*, *Брейскій* и *Гартманъ*.

Измѣненіе спондилолистическаго таза состоитъ въ томъ, что въ немъ послѣдній поясничный позвонокъ, соскальзывая съ своего мѣста, помѣщается спереди крестца въ полости малаго таза. Это соскальзываніе происходитъ исподволь, мало по малу, такъ что при этомъ междупозвоночный хрящъ атрофируется и самыя позвонки значительно измѣняются. Впослѣдствіи соскользнувшій поясничный позвонокъ плотно срастается съ крестцовымъ и такимъ образомъ дальнѣйшее смѣщеніе его приостанавливается.

Такъ какъ поясничныя позвонки удерживаются на своемъ мѣстѣ главнымъ образомъ своими боковыми сочленовными отростками, то соскальзываніе не возможно до тѣхъ поръ, пока отростки имѣютъ нормальную величину и положеніе. Слѣдоват. причину соскальзыванія можно искать во всякомъ случайномъ разрушеніи (caries, переломъ, недостатки развитія), или смѣщеніи (вывихъ, сильное растяженіе) сочленовныхъ отростковъ позвонковъ. Это можетъ произойти также при соврожденномъ раздвоеніи поясничной части позвоночника. Самый процессъ соскальзыванія происходитъ или вскорѣ послѣ родовъ, подь вліяніемъ тяжести туловища, или впослѣдствіи при подниманіи и ношеніи тяжестей.

Вслѣдствіе смѣщенія поясничнаго позвонка образуется весьма сильное суженіе таза, именно въ прямомъ размѣрѣ. По измѣ-

ренію шести мацерированныхъ тазовъ прямой размѣръ ихъ равнялся 1" 10''' до 2" 10''' и только въ двухъ случаяхъ онъ имѣлъ 3" и 3" 7'''.

Кромѣ суженія прямого размѣра входа, въ этомъ тазу существуетъ суженіе и въ выходѣ, вслѣдствіе поворота верхней части крестца назадъ, а нижней части впередъ. Поперечный размѣръ выхода также суженъ вслѣдствіе раздвиганія подвздошныхъ костей сверху и происходящаго отъ этого сближенія сѣдалищныхъ бугровъ.

При такомъ сильномъ суженіи таза роды дѣлаются не возможными. Поэтому при *spondylolisthesis* обыкновенно показывается только кесарское сѣченіе, или ранній выкидышъ, и въ исключительныхъ развѣ случаяхъ перфорация головки плода (случай Шпета), или искусственные преждевременные роды (случай Гартмана).

Распознаваніе этой неправильности таза большею частію не трудно. Непосредственное ощупываніе соскользнувшаго поясничнаго позвонка, вѣднрившагося въ полость таза, и опредѣленіе соотвѣтственнаго уступа или угла снаружи на позвоночникѣ дѣлаютъ діагностику ясной. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ снаружи означеннаго уступа не прощупывается, *spondylolisthesis* на первый взглядъ можно принять за рахитическій тазъ. Этотъ послѣдній, однакоже, отличается по характернымъ измѣненіямъ на всѣхъ костяхъ, не только таза, но и всего скелета. Какъ на отличительный признакъ *spondylolisthesis* *Ольсгаузенъ* указалъ на низкое положеніе аорты и доступность при изслѣдованіи или мѣста ея раздѣленія, или обоихъ *art. iliacae commun.* пульсирующихъ на задней стѣнкѣ таза.

§ 215. и) *Остистые тазы*. Такъ называются тазы съ большими, болѣе или менѣе острыми, костяными наростами на внутренней поверхности стѣнокъ, преимущественно на границѣ входа въ тазъ. Подобные остистые наросты встрѣчаются въ тазахъ не только рахитическихъ, но и нормальныхъ. Смотря по мѣстоположенію и по величинѣ нароста, они могутъ иногда значительно препятствовать выходу плода и давать поводъ къ разрывамъ матки. Эта неправильность при изслѣдованіи легко можетъ быть просмотрѣна, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда общій видъ и объемъ таза нормальны. Ости опредѣляютъ непосредственнымъ ощупываніемъ ихъ при внутреннемъ изслѣдованіи.

§ 216. і) *Суженіе таза отъ большихъ костяныхъ опухолей* встрѣчается чрезвычайно рѣдко. Изъ существующихъ въ литературѣ не многихъ случаевъ этого рода видно, что остеомы иногда такъ заграждали тазъ, что роды дѣлались совершенно невозможными. Само собою разумѣется, что костяные наросты, помѣщающіеся въ полости малаго таза, даютъ гораздо больше препятствій для родовъ, нежели наросты въ большомъ тазу. Нѣ-

сколько чаще встрѣчаются суженія таза отъ *фиброзных* или *кис-товичныхъ опухолей*, развивающихся въ нижней части полового канала (рукавъ, нижній отрѣзокъ матки), или въ яичникахъ. Тоже самое можетъ быть при существованіи въ полости живота *окаменлаго плода* и при *камняхъ мочевого пузыря*, достигающихъ значительной величины. Суженія таза отъ неправильно сросшихся *переломовъ* встрѣчаются весьма рѣдко, такъ какъ эти поврежденія большею частію бываютъ смертельны. Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда больная послѣ перелома остается въ живыхъ, переломленныя кости часто срастаются неправильно и съ такой большой мозолью, что это причиняетъ значительное суженіе канала таза.

Течение родовъ при узкихъ тазахъ.

§ 217 Узкій тазъ оказываетъ большое вліяніе на положеніе и членорасположеніе плода, на характеръ маточныхъ сокращеній и на раскрытіе маточнаго рыльца, на механизмъ и продолжительность родовъ.

При узкомъ тазѣ въ концѣ беременности матка обыкновенно лежитъ въ полости живота выше, чѣмъ при нормальномъ тазѣ, бываетъ болѣе выпячена впередъ и болѣе подвижна. Отъ этихъ причинъ, а равно и отъ затрудненнаго фиксированія головки во входѣ таза, плодъ весьма легко принимаетъ ненормальное положеніе и членорасположеніе. Черепныя положенія при этомъ встрѣчаются рѣже, чѣмъ обыкновенно, а ягодичныя, лицевыя и поперечныя, напротивъ, значительно чаще. При положеніи черепомъ впередъ, этотъ послѣдній очень часто устанавливается во входѣ таза неправильно, или неправильно совершаются его повороты во время прохожденія чрезъ каналъ таза. Поэтому нерѣдко образуются лобныя положенія и вообще отступленія отъ правильнаго механизма родовъ. При суженіи входа въ тазъ и слишкомъ высокомъ стояніи предлежащей части, при недостаточномъ ея фиксированіи легко образуются неправильности въ членорасположеніи плода, напр. преждевременное разгибаніе ножекъ (положеніе колѣнками и ножками при предлежащемъ нижнемъ концѣ), или разгибаніе и закидываніе ручекъ за голову. Выпаденіе пуповины при узкихъ тазахъ встрѣчается гораздо чаще, нежели при тазахъ нормальныхъ.

Родовыя сокращенія матки при узкихъ тазахъ весьма часто бываютъ неправильны. Въ началѣ они обыкновенно бываютъ очень сильны, возростая по мѣрѣ увеличенія препятствія. А такъ какъ слишкомъ энергическая потужная дѣятельность сопровождается очень сильными болями, что при большой продолжительности родовъ вызываетъ раздраженіе и воспаленіе половыхъ путей, то потуги очень часто принима-

ютъ судорожный характеръ (укороченіе или полное отсутствіе паузъ, несоотвѣтствіе изгоняющей силы степени боли и мышечной работы матки). Подъ конецъ, при общемъ истощеніи силъ роженицы и при утомленіи мышцъ матки, обыкновенно наступаетъ послѣдовательная слабость потугъ. Гораздо рѣже слабость потугъ обнаруживается въ первой половинѣ родового акта (чаще у многорождавшихъ, при очень обвисломъ животѣ и при чрезмѣрной подвижности матки). Это обстоятельство имѣетъ весьма неблагоприятное вліяніе на родовой актъ, замедляя подготовленіе родовыхъ путей и приспособленіе подлежащей части къ размерамъ таза.

Раскрытіе маточнаго рыльца при узкихъ тазахъ совершается очень медленно. Это происходитъ главнымъ образомъ отъ того, что стоящая надъ входомъ головка не можетъ механически содѣйствовать растяженію половыхъ путей. Нижняя часть канала шейки, не выполненная подлежащею частью, даетъ возможность скопленію здѣсь значительнаго количества околоплодныхъ водъ, вытѣсняемыхъ при каждомъ сокращеніи матки. Плодный пузырь, выпячиваясь впередъ головки въ видѣ плоскаго шара или калбасовиднаго цилиндра, большею частію разрывается преждевременно. Это имѣетъ тоже неблагоприятное вліяніе на дальнѣйшее раскрытіе матки и на характеръ потугъ. Послѣ истеченія водъ головка, встрѣчая во входѣ таза механическое препятствіе, не опускается и не наполняетъ канала шейки. Отъ этого раскрытіе рыльца еще болѣе замедляется, чѣмъ до разрыва пузыря. Вслѣдствіе прижатія головкою стѣнки цервикальнаго канала къ костямъ тазоваго входа, губы маточнаго рыльца опухаютъ (отекъ) и воспаляются; раздраженіе передается внутренней поверхности матки (endometritis) и это существеннымъ образомъ вліяетъ на характеръ потугъ (спазмодическія, или очень слабыя потуги).

Въ случаяхъ не очень значительной диспропорціи между размерами головки и таза, подлежащая часть мало по малу приспособляется къ формѣ послѣдняго, прочно устанавливается во входѣ и наконецъ совершенно раскрываетъ шейку. Въ противномъ случаѣ, когда головка совсѣмъ не опускается, шейка, при продолжающихся сильныхъ сокращеніяхъ матки, вытягивается и перемѣщается кверху, черезъ головку, увлекая за собой и верхнюю долю рукава. При такомъ вытяженіи канала шейки, въ немъ помѣщается не только вся головка, но и часть плечиковъ; стѣнки cervicis сильно истончаются, при чемъ легко можетъ произойти разрывъ матки или прободеніе сводовъ. Это можетъ быть только при энергическихъ сокращеніяхъ матки. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ существуетъ первичная, или послѣдовательная слабость по-

тугъ, роды послѣ излитія водъ чрезмѣрно замедляются. Кромѣ суженія таза и слабости изгоняющей силы, здѣсь является препятствіе и со стороны опухшаго и воспаленнаго рыльца матки. При такомъ состояніи роженица можетъ умереть отъ сильнаго истощенія, подѣ влияніемъ родовыхъ мукъ, отъ присоединяющагося воспаления матки и брюшины, или отъ септического зараженія крови послѣ разложенія умершаго плода. Къ счастью такіе исходы бывають рѣдко, именно при очень большихъ суженіяхъ таза и при отсутствіи акушерской помощи. Въ случаяхъ не настолькоъ трудныхъ препятствіе со стороны таза преодолевается съ одной стороны возрастающею энергіею маточныхъ сокращеній, съ другой приспособленіемъ головки къ размѣрамъ таза и уменьшеніемъ ея объема вслѣдствіе сжатія и болѣе тѣснаго сближенія костей черепа.

§ 218. При узкихъ тазахъ головка, сдавленная между костями таза, обыкновенно измѣняетъ свою форму и болѣе или менѣе уменьшается въ объемѣ. Измѣненіе формы головки происходитъ прежде всего отъ родовой опухоли (сарту succedaneum), потомъ отъ надвиганія костей другъ на друга. Родовая опухоль образуется тѣмъ больше, чѣмъ дольше продолжаются роды послѣ излитія водъ и чѣмъ сильнѣе была сжата головка. Эта опухоль, придающая головкѣ болѣе конической видъ, не только не имѣетъ вреднаго вліянія на актъ родовъ, а напротивъ содѣйствуетъ фиксированію головки и раскрытію рыльца, выдвигаясь въ каналъ шейки, какъ клинь, и продолжая дѣйствовать въ замѣнъ плоднаго пузыря. Уменьшеніе черепа, вслѣдствіе сближенія костей по швамъ и надвиганія ихъ другъ на друга, при узкихъ тазахъ случается постоянно и тоже должно считаться явленіемъ благопріятнымъ, такъ какъ отъ этого, обыкновенно, не происходитъ ни какой опасности для младенца, а между тѣмъ объемъ черепа уменьшается. При суженіяхъ конъюгаты и при поперечномъ стояніи головки, эта послѣдняя обыкновенно сжимается въ поперечномъ размѣрѣ, вслѣдствіе уменьшенія стрѣловиднаго шва и подхожденія края темянной кости, обращенной къ promontorium, подѣ темянную кость, обращенную впереди. Подобное захожденіе костей происходитъ и по другимъ швамъ, напр. по лобному и лямбовидному. Затылочная кость обыкновенно подходит подѣ темянныя. Въ рѣдкихъ случаяхъ вслѣдствіе весьма сильнаго сжатія и подхожденія костей черепа происходятъ разрывы синусовъ, лежащихъ подѣ швами, съ кровезлитіемъ въ оболочки мозга, или въ самое существо его. Въ большинствѣ же случаевъ надвиганіе костей не оказываетъ неблагоприятнаго вліянія на младенца. Кромѣ захожденія костей другъ на друга, при

узкихъ тазахъ иногда происходитъ во время родовъ измѣненіе самой формы костей черепа, именно сплющиванія и вогнутости ихъ подѣ вліяніемъ давленія со стороны выдающихся частей сѣуженнаго таза (чаще всего отъ promontorium). При этомъ иногда могутъ происходить трещины и надломы на черепныхъ костяхъ, что, естественно, влечетъ за собой большую опасность для жизни младенца.

§ 219. *Механизмъ родовъ* при узкихъ тазахъ представляетъ значительныя отступленія отъ нормальнаго порядка. Эти аномаліи въ прохожденіи головки здѣсь большею частію должны быть разсматриваемы какъ явленіе благопріятное, такъ какъ этимъ путемъ головка приспособляется къ измѣненной формѣ таза. При разныхъ формахъ сѣуженія механизмъ прохожденія плода будетъ не одинаковъ; но мы рассмотримъ здѣсь только самые обыкновенные случаи движенія головки при плоскомъ рахитическомъ тазѣ. Въ этомъ случаѣ головка вставляется во входъ таза своимъ прямымъ (лобнозатылочнымъ) размѣромъ по поперечному размѣру входа. При этомъ она бываетъ сильно наклонена спереди назадъ, такъ что стрѣловидный шовъ проходитъ вблизи мыса. Затылокъ вгоняется въ ту половину таза, куда обращена спинка и ниже всего опускается передняя часть темени; височная область располагается по конъюгатѣ. Въ такомъ положеніи головка упирается въ симфизъ областью чешуйчатого шва, а въ promontorium сосѣднею съ большимъ родничкомъ частью задней темянной кости. Большой родничекъ находится вблизи и нѣсколько сбоку отъ promontorium и стоитъ глубже чѣмъ малый. Самое свободное мѣсто таза соотвѣтствуетъ той сторонѣ, куда направленъ лобъ. При этой позиціи дальнѣйшее движеніе головки происходитъ такимъ образомъ, что задняя темянная кость, прилегающая къ мысу, сплющивается и продвигается глубже. При этомъ стрѣловидный шовъ перемѣщается болѣе впереди, къ центру таза. Одолѣвъ препятствіе во входѣ, головка нѣсколько свободнѣе опускается въ полость таза, при чемъ затылокъ прогоняется ниже темяни, большой родничекъ постепенно уходитъ вверхъ, а малый дѣлается доступнѣе и приближается къ средней линіи таза. Когда, такимъ образомъ, совершится полная флексія головки, глубоко опущенный затылокъ поворачивается впереди. Дальнѣйшій механизмъ родовъ совершается уже нормальнымъ порядкомъ.

§ 220. *Предсказаніе* при узкихъ тазахъ вообще неблагоприятно какъ для роженицы, такъ и для ребенка, особенно для послѣдняго. Степень опасности возрастаетъ параллельно степени сѣуженія, если мы имѣемъ дѣло съ родами доношеннаго младенца.

При преждевременныхъ родахъ опасность можетъ быть значительно меньше. Многоорождавшія женщины при узкихъ тазахъ разрѣшаются не легче перворождавшихъ, а даже труднѣе. Это зависитъ съ одной стороны отъ того, что у нихъ, вслѣдствіе вялости брюшныхъ стѣнокъ, матка дѣлается гораздо подвижнѣе и потому труднѣе устанавливается по проводной линіи таза; съ другой стороны у многоорождавшихъ доношенный плодъ обыкновенно бываетъ крупнѣе.

При сильной степени суженія таза роженица можетъ умереть во время самыхъ родовъ, или въ пуэрпериальномъ періодѣ. Въ первомъ случаѣ смерть происходитъ либо отъ разрыва матки, либо отъ истощенія силъ (shock) и воспаления брюшины. О разрывахъ матки мы будемъ говорить въ особой главѣ, а здѣсь коснемся только воспалительныхъ процессовъ. При долго затянувшихся родахъ воспаленіе полового канала обыкновенно начинается съ внутренней поверхности матки и съ шейки. Къ этому располагаетъ: раннее и полное излитіе водъ, раздраженіе маточныхъ стѣнокъ непосредственно соприкасающимися съ ними тѣломъ плода, доступъ воздуха въ полость матки и частое изслѣдованіе роженицы. Воспаленіе обнаруживается чувствительностью матки и всего живота при нажиманіи, сухостью и припухлостью слизистой оболочки рукава, отекомъ губъ маточнаго рыльца и появленіемъ лихорадки. Послѣ смерти плода къ этому присоединяются вонючія истеченія изъ матки. Эти признаки указываютъ на развитіе endometritis и colpitis, которые быстро переходятъ въ паренхиматозное воспаленіе матки и въ септические процессы. При такихъ явленіяхъ прогнозъ становится весьма опаснымъ и потому роды должны быть окончены по возможности скорѣе, хотя бы и съ пожертвованіемъ ребенка. Если роды при такихъ явленіяхъ будутъ продолжаться долго, то, независимо отъ разрыва матки, можетъ наступить такое истощеніе силъ роженицы (вслѣдствіе чрезмѣрнаго мышечнаго напряженія, бессонныхъ ночей, упадка питанія и постоянныхъ болей), при которомъ можетъ наступить смерть до разрѣшенія, или вскорѣ послѣ него.

Опасность для ребенка наступаетъ еще быстрѣе. Если роды продолжаются послѣ излитія водъ болѣе 12—20 часовъ, то плодъ обыкновенно погибаетъ вслѣдствіе асфиксіи (затрудненій плацентарнаго кровообращенія). Опасность для жизни плода можетъ наступить и раньше, вслѣдствіе выпаденія или прижатія пуповины. Нерѣдко ребенокъ умираетъ вслѣдствіе механическихъ поврежденій черепа при сильномъ вколачиваніи его въ узкое пространство таза (вдавленія и переломы костей, кровоизліянія въ мозгъ). Многие изъ дѣтей, рожденныхъ живыми послѣ трудныхъ и продолжительныхъ родовъ, погибаютъ впослѣдствіи отъ розстройствъ,

связанныхъ съ родовымъ процессомъ (ателектазъ легкихъ, поражение мозговыхъ оболочекъ). Число мертворожденныхъ дѣтей при узкихъ тазахъ доходитъ до 35%.

§ 221. *Распознаваніе узкихъ тазовъ и тазоизмѣреніе.* Опредѣленіе свойствъ женскаго таза въ акушерской практикѣ имѣетъ большое значеніе не только у беременныхъ и роженицъ, но и внѣ беременности. Иногда является необходимость въ рѣшеніи этого вопроса не только у женщинъ, но даже у дѣвушекъ, при возникающемъ сомнѣніи относительно способности ихъ къ дѣтороженію при выходѣ за мужъ. Въ случаѣ существованія значительныхъ степеней суженія таза, опредѣлить неправильность было бы весьма желательно до беременности, или въ самомъ началѣ ея; этимъ мы можемъ предотвратить большія опасности. Къ сожалѣнію, въ практикѣ приходится чаще всего рѣшать вопросъ о суженіи таза только при наступленіи срочныхъ родовъ, когда предохранительныя мѣры уже не имѣютъ мѣста.

Такъ какъ случаи суженія таза встрѣчаются очень часто и причиняютъ большія затрудненія при родахъ, то слѣдуетъ поставить правиломъ изслѣдовать въ этомъ отношеніи всякую беременную женщину, когда она обращается къ врачу за совѣтомъ и помощью. Особеннаго вниманія требуютъ женщины первобеременные и тѣ изъ многорождавшихъ, у которыхъ предшествовавшіе роды были очень трудны. Для опредѣленія свойствъ таза пользуются: 1) распросомъ больной, 2) наружнымъ ея осмотромъ и 3) изслѣдованіемъ и тазоизмѣреніемъ. При *распросѣ* у первобеременныхъ обращается вниманіе на бывшія въ дѣтствѣ болѣзни, могущія имѣть вліяніе на форму таза. Сюда относятся: рахитизмъ, страданіе тазобедренныхъ суставовъ (кокситъ) и позвоночнаго столба, вывихъ нижней конечности, продолжительная хромота и костоѣда тазовыхъ костей. У многорождавшихъ необходимо распросить о предшествовавшихъ родахъ: какъ они были продолжительны, окончились ли силами природы, или требовали оперативнаго пособія, живъ ли родился ребенокъ и какого онъ былъ размѣра. При этомъ нужно имѣть въ виду, что при умѣренныхъ степеняхъ суженія таза первые роды могутъ быть болѣе легкими, чѣмъ послѣдующіе. Это зависитъ отъ величины и положенія ребенка, отъ состоянія брюшныхъ стѣнокъ (обвислость живота у многорождавшихъ) и отъ подвижности матки. Поэтому, благополучные первые роды не всегда еще указываютъ на нормальный тазъ.

§ 222. При *наружномъ осмотрѣ* прежде всего обращается вниманіе на сложеніе и походку изслѣдуемой женщины. Здѣсь внушаютъ подозрѣніе суженнаго таза: низкій ростъ, непропорціональность туловища и конечностей, слишкомъ выдающійся и

обвислый животъ, существующія искривленія позвоночнаго столба и грудной кѣтки, неуклюжая, кеглеобразная голова, хромая, или валкая походка. Сдѣлавъ общій обзоръ сложенія, приступаютъ къ осмотру нижней части туловища. Для этого больная кладется на кушетку, или на кровать, нижняя часть тѣла обнажается, закрывъ половыя части одѣяломъ или простыней. При осмотрѣ таза спереди обращается вниманіе: на ширину тазовой и поясничной области, на положеніе подвздошныхъ костей и лоннаго соединенія; при осмотрѣ сзади — на положеніе крестца между безъимянными костями, на ширину его и направленіе. На неправильность таза указываютъ: неровное положеніе гребешковъ подвздошныхъ костей (на одной сторонѣ выше, чѣмъ на другой), слишкомъ большая развернутость ихъ, или, напротивъ, изогнутость внутрь, сдвинутость взадъ, или впередъ, слишкомъ большая плоскость передней тазовой стѣнки, или неправильная форма симфиза (вогнутость, или ненормальная выпуклость лонныхъ костей). При наружномъ изслѣдованіи необходимо, члобы женщина лежала совершенно прямо.

§ 223. Послѣ осмотра приступаютъ къ *наружному измѣренію таза*. При этомъ обращается вниманіе на разстояніе между гребешками и передними остями подвздошныхъ костей (*spinae et cristae ilei*) и на наружную конъюгату. Это измѣреніе дѣлается помощію циркуля (циркуль *Боделока*, или *Шульцца*). Акушеръ беретъ ножки этого инструмента въ обѣ руки, становится сбоку изслѣдуемой женщины, лицомъ къ ея ногамъ, и прикладываетъ пюговки (концы) ножекъ циркуля къ наружному краю переднихъ подвздошныхъ остей. Въ нормальномъ тазу разстояніе между остями равняется среднимъ числомъ 26 сантим. Получивъ этотъ размѣръ, пюговки циркуля передвигаютъ по направленію гребешковъ подвздошныхъ костей, оцупывая послѣдніе пальцами и стараясь опредѣлить наибольшее разстояніе между гребешками. Въ нормальномъ тазу этотъ послѣдній размѣръ превышаетъ діаметръ между остями на 2—3 сантиметра. Въ неправильныхъ тазахъ, напротивъ, размѣръ между остями часто бываетъ больше, нежели между гребешками, или по крайней мѣрѣ равенъ послѣднему. Въ общесъуженныхъ симметрическихъ тазахъ указанные размѣры имѣютъ нормальное отношеніе другъ къ другу, но длина ихъ будетъ нѣсколько укорочена. Такимъ образомъ по наружному измѣренію можно опредѣлить имѣемъ ли мы дѣло съ нормальнымъ тазомъ, или съ неправильнымъ, но степень суженія при этомъ не опредѣляется. Слѣдовательно, измѣреніе поперечныхъ размѣровъ большаго таза можетъ служить только указателемъ существующей ненормальности, точное опредѣленіе которой достигается другими способами. Не смотря на такую от-

носительную пользу, наружное тазоизмѣреніе необходимо производить во всѣхъ случаяхъ, во первыхъ потому, что этотъ способъ весьма удобенъ для примѣненія (легкость оцупыванія подвздошныхъ костей и безболѣзненность измѣренія); во вторыхъ потому, что этимъ способомъ можно опредѣлить типъ суженія таза (плоскій, общесуженный, ассимметрическій тазъ), слѣдов. выяснитъ то направленіе, какого нужно держаться при дальнѣйшемъ тазоизмѣреніи.

При измѣреніи *наружной конъюгаты* женщина помещается на кровати въ боковомъ положеніи. Изслѣдующій становится сбоку, со стороны спины изслѣдуемой и старается прежде всего отыскать на границѣ крестцовой и поясничной области пунктъ, куда слѣдуетъ приложить ножку циркуля. При не очень толстыхъ и натянутыхъ покровахъ этотъ пунктъ опредѣляется *ямкою* подъ остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка. Если это указаніе отсутствуетъ, то стараются оцупать выдающіяся заднія части подвздошныхъ гребешковъ и прикладываютъ ножку циркуля на 3—4 сант. ниже этихъ пунктовъ. Переднею точкою измѣренія служитъ тотъ пунктъ симфиза, откуда получается наибольшій размѣръ. Такимъ образомъ измѣряется наружная конъюгата, которая въ среднемъ выводѣ даетъ въ нормальномъ тазу около 20 сантиметровъ. Укороченіе этого размѣра до 16 сант. и менѣе указываетъ на укороченіе настоящей конъюгаты, хотя точнаго опредѣленія суженія не даетъ, такъ какъ соотношеніе между тѣмъ и другимъ размѣромъ можетъ измѣняться отъ толщины костей таза и мягкихъ частей. Тѣмъ не менѣе измѣреніе наружнаго прямого размѣра очень важно, потому что онъ указываетъ на типъ неправильнаго (плоскаго) таза, особенно когда найденное укороченіе наружной конъюгаты совпадаетъ съ полученнымъ ненормальнымъ отношеніемъ размѣровъ между гребешками и остями подвздошныхъ костей.

При изслѣдованіи задней области таза слѣдуетъ обращать вниманіе на *разстояніе между задними верхними остями подвздошныхъ костей*. Это можетъ служить указателемъ ширины крестца, а слѣдовательно и ширины малаго таза. Измѣреніе *разстоянія между вертлугами* и измѣреніе *окружности таза* не имѣютъ большаго практическаго значенія.

§ 224. Послѣ описанныхъ способовъ ознакомленія съ тазомъ, въ случаѣ явившагося подозрѣнія суженія его, необходимо окончить изслѣдованіе *внутреннимъ тазоизмѣреніемъ*. Это производится ручнымъ и инструментальнымъ способомъ, но въ большинствѣ случаевъ можно ограничиться только первымъ изъ нихъ. Измѣреніе рукою гораздо менѣе болѣзненно и менѣе хлопотливо, но результаты можетъ дать на столько же точные,

какъ и измѣреніе инструментомъ. Кромѣ того, примѣненіе тазомѣра возможно только тогда, когда точка его приложенія контролируется рукою, слѣдоват. когда помощьюъ пальца можно достигнуть тѣхъ же самыхъ точекъ и результатовъ.

Внутреннее ручное измѣреніе таза производится въ лежащемъ положеніи женщины, съ приподнятымъ крестцомъ. Акушеръ садится сбоку кровати и вводитъ указательный палецъ (*) по задней стѣнкѣ рукава до свода, или, у роженицы, до задней стѣнки открытаго канала шейки. Послѣ того, опуская предплечье руки внизъ, стараются достигнуть концомъ пальца до *promontorium* и отыскать самую выдающуюся его точку. Въ большей части случаевъ она лежитъ противъ самой середины лоннаго соединенія. Отыскавши этотъ пунктъ и фиксируя на немъ конецъ пальца, приподнимаютъ кисть руки нѣсколько кверху и прижимаютъ лучевую сторону введеннаго пальца у вершины лонной дуги къ нижнему краю *ligamentum arcuatum*. Этотъ пунктъ соприкосновенія пальца отмѣчаютъ ногтемъ свободной руки. Послѣ того палецъ выводятъ изъ половыхъ частей, не измѣняя его вытянутого положенія, и измѣряютъ разстояніе отъ конца пальца до пункта, отмѣченнаго ногтемъ. Такимъ образомъ опредѣляется размѣръ *діагональной конъюгаты*, по которому вычисляютъ длину прямого размѣра тазоваго входа, т. е. настоящую конъюгату. При этомъ вычисленіи изъ полученнаго размѣра *діагональной конъюгаты* отбрасываютъ 2—3 сантиметра, смотря по высотѣ мыса. Чѣмъ круче стоитъ симфизъ (чѣмъ меньше нижній его край наклоненъ внутрь), тѣмъ болѣе будетъ длина *діагональной конъюгаты* по сравненію съ *conjugata vera*. Наоборотъ, при очень наклонномъ симфизѣ относительная длина *діагональной конъюгаты* будетъ короче, слѣдов. при вычисленіи *conjug. vera* приходится вычитать меньше. Высота лоннаго соединенія точно также имѣетъ вліяніе на разность между *conjugata vera et diagonalis*. Чѣмъ выше лонное соединеніе, тѣмъ эта разность будетъ больше. При высотѣ симфиза не превышающей 4 сант. разность между конъюгатами равняется приблизительно 1, 5 сант.; при высотѣ больше 4 сант. разница будетъ значительнѣе. Такое же вліяніе оказываетъ положеніе мыса: чѣмъ выше его положеніе, тѣмъ длиннѣе

(*) При незначительной степени укороченія конъюгаты, когда *promontorium* не достигается указательнымъ пальцемъ, слѣдуетъ вводить два пальца, указательный и средній. При этомъ на выдающейся части мыса фиксируется конецъ средняго пальца, а наружная отмѣтка дѣлается на указательномъ. Этотъ способъ менѣе удобенъ и менѣе точенъ; потому имъ нужно пользоваться только тогда, когда одинъ указательный палецъ не достигаетъ до мыса.

будетъ діагональная конъюгата. Высота симфиза опредѣляется прямымъ измѣреніемъ его посредствомъ указательнаго пальца, конецъ котораго прикладывается возлѣ валика мочеиспускательнаго канала и на томъ же пальцѣ отмѣчается верхняя граница лоннаго соединенія. При такомъ способѣ измѣренія можно опредѣлить длину прямаго размѣра входа въ тазъ съ большою точностію. Ошибка въ нѣсколько миллиметровъ не имѣетъ большого значенія.

При ручномъ измѣреніи таза нужно обращать вниманіе на заднюю (внутреннюю) стѣнку лоннаго соединенія и на форму крестцовой кости. При рахитическихъ и остистыхъ тазахъ на лонныхъ костяхъ иногда бывають утолщенія и гребневидные выступы, легко опредѣляемые пальцемъ, которые могутъ значительно уменьшать размѣръ настоящей конъюгаты и вводить въ ошибку при вычисленіи по *conjugata diagonalis*. При ощупываніи крестцовой кости, отыскивая *promontorium*, возможно принять за настоящій мысъ выдающееся мѣсто соединенія 1—2 крестцовыхъ позвонковъ (ложный мысъ). Эту ошибку легко устранить при болѣе тщательномъ ощупываніи крестцовопоясничной области таза.

§ 225. Для внутренняго тазоизмѣренія было предложено нѣсколько инструментовъ, извѣстныхъ подъ именемъ *тазомѣровъ*. Изъ нихъ болѣе всего былъ въ употребленіи тазомѣръ *Van Huevel'*я. Измѣреніе помощью этого инструмента производится слѣдующимъ образомъ: главная вѣтвь его вводится во влагалище по руководству указательнаго пальца и верхушкою приставляется къ выдающейся части мыса. Послѣ того вторая, подвижная, вѣтвь снабженная штифтомъ и пуговкою, прикладывается къ передней поверхности лоннаго соединенія. Такимъ образомъ измѣряется длина настоящей конъюгаты со включеніемъ толщины передней стѣнки таза. Послѣ этого верхушку длинной внутренней вѣтви тазомѣра переставляютъ на заднюю поверхность лоннаго соединенія, а пуговку наружной вѣтви снова устанавливаютъ на прежнее мѣсто. Полученная такимъ образомъ толщина лоннаго соединенія вычитается изъ перваго размѣра и этимъ способомъ опредѣляется длина настоящей конъюгаты. Такое измѣреніе значительно хлопотливѣе ручнаго. При немъ требуется надежный помощникъ. Что же касается до результатовъ измѣренія, то они едва ли точнѣе вышеописанныхъ. Ошибка здѣсь можетъ происходить отъ не аккуратнаго фиксированія внутренней вѣтви на *promontorium*, отъ неплотнаго прижиманія вѣтвей инструмента къ лоннымъ костямъ и отъ сложности всего измѣренія. Во всякомъ случаѣ выгода этого способа далеко не окупаетъ его хлопотливости и болѣзненности. Поэтому въ большей части случаевъ можно ограничиваться ручнымъ измѣреніемъ.

Точное измѣреніе *поперечнаго размѣра* входа въ тазъ не удается ни ручнымъ, ни инструментальнымъ способомъ. Впрочемъ, въ большинствѣ неправильныхъ тазовъ этотъ размѣръ и не имѣетъ большой важности. Поэтому приблизительное опредѣленіе его дѣлается помощью внутренняго ощущиванія боковыхъ стѣнокъ таза и наружнаго измѣренія разстоянія между гребешками и остями подвздошныхъ костей.

§ 226. *Измѣреніе выхода таза* требуется въ рѣдкихъ случаяхъ. Здѣсь опредѣляется поперечный и прямой размѣръ. Для измѣренія поперечнаго размѣра женщина кладется на спину, съ приподнятымъ крестцомъ и съ умѣренно разведенными бедрами, согнутыми въ колѣняхъ. Въ такомъ положеніи легко прощупываются внутренніе края сѣдалищныхъ бугровъ, разстояніе между которыми измѣряется помощью циркуля съ дивергирующими, снаружки обращенными, концами вѣтвей. Къ полученному размѣру прибавляется 1—2 сантим. на толщину мягкихъ частей, лежащихъ между инструментомъ и костью. Измѣреніе прямого размѣра выхода производится при боковомъ положеніи женщины. Конечными точками этого измѣренія служатъ съ одной стороны пунктъ соединенія крестца съ копчикомъ, съ другой— *ligamentum sacratum*. Первый изъ этихъ пунктовъ опредѣляется помощью ощущиванія снаружи нижнихъ угловъ крестца, или прощупываніемъ копчика между указательнымъ и большимъ пальцами, изъ которыхъ первый прикладывается снаружи, а второй вводится въ рукавъ или *gestum*. Размѣръ между этими двумя пунктами опредѣляется циркулемъ и изъ полученной величины вычитается 1—1,5 сантим. на мягкія части.

2) затрудненія родовъ со стороны мягкихъ половыхъ частей.

§ 227. Самымъ значительнымъ препятствіемъ для родовъ со стороны мягкихъ половыхъ частей могутъ служить *рубцовыя суженія маточной шейки и влагалища*. Чаще всего они встрѣчаются у женщинъ многоорождавшихъ, вслѣдствіе пуэрперальнаго эндоколпита, но могутъ быть и у первобеременныхъ, какъ результатъ перенесеннаго глубокаго воспаленія половыхъ путей, напр. при тифѣ, оспѣ, скарлатинѣ. Рубцовыя суженія рукава часто образуются при *fistula vesico-vaginalis*, одновременно съ образованіемъ фистулы, или послѣдовательно отъ раздраженія стѣнокъ рукава разложившейся мочей и глубокаго изъязвленія ихъ, а равно послѣ операцій для зарощенія фистулы. Въ моей практикѣ встрѣчались также случаи рубцоваго стеноза влагалища, образовавшагося отъ впрыскиванія въ рукавъ крѣпкаго раствора кислотъ (крѣпкой или царской водки), или всыпа-

ніа туда порошокъ яри мѣдянки по назначенію деревенскихъ знахарокъ.

При образованіи рубцовой ткани мышечныя стѣнки маточной шайки или влагалища теряютъ способность разрыхляться во время беременности и растягиваться во время родовъ. По этой причинѣ суженный каналъ маточной шейки или рукава, не смотря на энергическія сокращенія матки, не уступаетъ подъ напоромъ предлежащей части. Отъ этого происходитъ значительное замедленіе родовъ и является большая опасность разрыва стѣнокъ полового канала. Чѣмъ сильнѣе развита рубцовая ткань, тѣмъ больше предстоитъ такой опасности. При пораженіи всего рукава роды могутъ оказаться совершенно невозможными. По этому рубцовый стенозъ слѣдуетъ считать не менѣе труднымъ и опаснымъ осложненіемъ родовъ, какъ и значительное суженіе таза. Для роженицы здѣсь опасности предстоитъ даже больше, чѣмъ при суженіи таза, потому что скорѣе могутъ образоваться глубокія разрывы стѣнокъ рукава, сводовъ и маточной шейки. На сколько велика эта опасность, можно видѣть изъ случая, бывшаго въ прошломъ году въ казанской акушерской клиникѣ. Въ данномъ случаѣ суженіе рукава произошло у крестьянки, послѣ первыхъ родовъ, вслѣдствіе присыпанія пуэрперальныхъ язвъ порошкомъ яри мѣдянки. Рубцы занимали всю заднюю стѣнку влагалища и часть передней, образуя по срединѣ рукава кольцо, едва пропускавшее указательный палець. Не смотря на то, что роды были вызваны искусственно въ началѣ весьмаго мѣсяца беременности и рубцовое кольцо было расширено глубокими надрѣзами, роды продолжались около двухъ сутокъ и могли быть окончены только прободеніемъ головки ребенка и извлеченіемъ его помощію краниоукляста. Не смотря на это, на задней и передней стѣнкѣ рукава произошелъ значительный разрывъ ткани. По выздоровленіи большой рубцовой суженія остались въ той-же степени, какъ и при поступленіи въ клинику. Наблюденіе этихъ родовъ, не смотря на благополучное ихъ окончаніе, убѣдило насъ, что въ подобныхъ случаяхъ даже искусственные преждевременные роды и уменьшеніе объема недоношеннаго младенца не всегда могутъ гарантировать жизнь матери. По этому, при значительныхъ рубцовыхъ суженіяхъ рукава, если беременность опредѣляется въ раннихъ мѣсяцахъ, цѣлесообразнѣе производить искусственный законный выкидышъ. При срочныхъ родахъ выгоднѣе, не теряя времени, рѣшиться на кесарское сѣченіе, чѣмъ рассчитывать на искусственное расширение рукава посредствомъ глубокихъ разрѣзовъ рубцовой ткани. Расширеніе стеноза посредствомъ наводненныхъ губокъ, ламинариі и потому подобныхъ средствъ не можетъ принести никакой пользы.

§ 228. *Зарощеніе наружнаго отверстія маточной шейки* у беременныхъ принадлежитъ къ явленіямъ весьма рѣдкимъ. Оно можетъ произойти либо вслѣдствіе язвеннаго процесса и рубцеванія, либо путемъ простаго склеиванія послѣ ссадинъ и грануляцій. Во время родовъ это влечетъ за собой истонченіе и сильное выпячиваніе внизъ передней стѣнки cervicis, что можетъ окончиться разрывомъ шейки и передняго свода. Зарощенное рубцовой тканью рыльце само собою никогда не открывается. Потому въ подобныхъ случаяхъ не слѣдуетъ медлить съ искусственнымъ его открытіемъ, расщепляя рубцовую тканьъ слой за слоемъ, или осторожно разрѣзая рубецъ помощію бистури. О вліяніи на роды гипертрофіи влагалищной части и ненормальнаго растяженія канала шейки см. §§ 154 и 155, стр. 210.

В) Неправильности родовыхъ силъ.

§ 229. 1) *Слишкомъ слабыя потуги*. Родовыя сокращенія матки называются слабыми въ томъ случаѣ, когда они повторяются чрезъ очень продолжительныя промежутки (чрезъ 15—20 минутъ и болѣе), продолжаются слишкомъ короткій срокъ (меньше минуты) и сопровождаются очень слабыми болями. Объективнымъ признакомъ этого состоянія служить: вялость или недостаточная напряженность маточныхъ стѣнокъ во время схватки, слабое напряженіе плоднаго пузыря и отсутствіе напора подлежащей части на стѣнки полового канала.

Причина слабости потугъ заключается: въ неправильномъ развитіи маточной мускулатуры, въ чрезмѣрномъ растяженіи маточныхъ стѣнокъ (hydramnion, двойни), въ недостаточности родового импульса, или въ истощеніи энергіи мышцъ матки. Первая изъ этихъ причинъ встрѣчается сравнительно рѣже. Это бываетъ у женщинъ, страдавшихъ до беременности хроническимъ метритомъ, фиброміомами, или соврожденными недостатками развитія матки. Гораздо чаще причиною слабыхъ потугъ бываетъ чрезмѣрное растяженіе (истонченіе) маточныхъ стѣнокъ. Въ этомъ случаѣ послѣ разрыва плоднаго пузыря потуги обыкновенно получаютъ правильный характеръ. Недостатокъ родового импульса, какъ причина слабыхъ потугъ, наблюдается нерѣдко. Въ этомъ случаѣ роды наступаютъ очень вало, періодъ раскрытія совершается крайне медленно, при очень рѣдкихъ и слабыхъ схваткахъ. Случается, что по истеченіи нѣсколькихъ часовъ такихъ схватокъ роды совершенно останавливаются на сутки, или даже на нѣсколько сутокъ. Такая слабость потугъ большею частію продолжается только въ первой половинѣ періода раскрытія матки, но потомъ родовая дѣятельность развивается въ полномъ

размѣрѣ. Гораздо рѣже при вялой потужной дѣятельности совершается весь родовой процессъ. Обратное явленіе представляетъ послѣдовательная слабость потугъ, происходящая отъ истощенія энергіи мышцъ матки. Это часто встрѣчается при трудныхъ родахъ (при узкихъ тазахъ, или неправильныхъ положеніяхъ плода), сопровождающихся слишкомъ сильнымъ и продолжительнымъ напряженіемъ мышечной работы. Результатомъ такого напряженія является либо истощеніе радовой мышцы, либо ея воспаленіе, или жировое перерожденіе, послѣ чего потуги, естественно, ослабѣваютъ. При являющемся воспаленіи маточной паренхимы, потуги сначала дѣлаются болѣзненными, судорожными, паузы исчезаютъ и матка все время остается въ болѣзненно напряженномъ состояніи, что еще болѣе истощаетъ ея мышечную силу.

Послѣдствіемъ слабости потугъ является замедленіе родовъ. Это обстоятельство до разрыва плоднаго пузыря не имѣетъ большаго значенія, кромѣ психическаго и физическаго утомленія; но послѣ излитія водъ это можетъ угрожать опасностью и плоду и матери. Опасность для плода является вслѣдствіе того, что сокращенія маточныхъ стѣнокъ, хотя бы слабыя, производя продолжительное давленіе на тѣло младенца, на пуповину и плаценту, могутъ затруднять плацентарное кровообращеніе и обмѣнъ газовъ. Съ другой стороны медленно совершающіеся роды, при отсутствіи водъ, легко вызываютъ механическое раздраженіе и воспаленіе внутренней поверхности матки вслѣдствіе неравномѣрнаго обхватыванія тѣла плода и, можетъ быть, вслѣдствіе поступленія въ полость матки внѣшняго воздуха, могущаго причинить разложеніе отставшихъ кусковъ отпадающей оболочки, оболочки плоднаго пузыря и находящихся въ маткѣ жидкостей. Если при слабыхъ потугахъ головка младенца очень долго остается на одномъ и томъ же мѣстѣ и производитъ значительное нажиманіе на мягкія части полового канала, то этимъ можетъ произвестись не только растройство кровообращенія и воспаленіе, но даже помертвѣніе тканей, точно также, какъ это бываетъ при родахъ, замедленныхъ отъ механическаго препятствія (узкіе тазы, поперечное положеніе). Послѣ рожденія младенца недостаточное сокращеніе матки можетъ быть причиною весьма сильныхъ и крайне опасныхъ маточныхъ кровотеченій, вслѣдствіе не полнаго отдѣленія плаценты и незакрытія плацентарныхъ сосудовъ.

§ 230. Для поддержанія слабыхъ потугъ пользуются различными средствами, аптечными и механическими. Въ главѣ аптечныхъ средствъ стоитъ *спорынья* (*Secale cornutum*). Она, дѣйствительно, усиливаетъ сокращенія матки, но едва ли въ фор-

мѣ правильной родовой потуги, а скорѣе въ формѣ тетаническаго стягиванія. Поэтому мы замѣчаемъ, что послѣ употребленія спорыньи матка дѣлается крѣпче, потуги продолжаются дольше, но это не всегда ускоряетъ роды. Для плода это средство далеко не безопасно, такъ какъ оно легко можетъ причинить разстройство пляцентарнаго кровообращенія (тромбы синусовъ) вслѣдствіе сильнаго сжатія маточныхъ стѣнокъ. Возможно допустить и токсическое дѣйствіе спорыньи на плодъ чрезъ пляценту. Поэтому *secale cornutum* никогда не слѣдуетъ давать ранѣе полнаго раскрытія маточнаго рыльца. Даже и въ періодѣ изгнанія нужно употреблять это средство съ большою разборчивостію, именно въ тѣхъ лишь случаяхъ, когда нѣтъ механическаго препятствія для выхода плода и когда можно рассчитывать на скорое окончаніе родовъ. Въ періодѣ изгнанія послѣда, по моему мнѣнію, споранья тоже мало умѣстна потому, что она легко можетъ причинить судорожное сжатіе матки и ущемленіе пляценты. Всего безопаснѣе примѣненіе спорыньи въ послѣродовомъ періодѣ, при маточныхъ кровотеченіяхъ вслѣдствіе слабаго сокращенія матки. Въ этомъ случаѣ ее можно давать безъ всякаго опасенія и съ значительною пользою. Спорынью чаще всего даютъ въ порошкахъ (5—10 гранъ на приемъ, чрезъ 15—20 минутъ). Порошокъ долженъ быть свѣжеприготовленный, такъ какъ отъ продолжительнаго храненія онъ теряетъ свою силу. вмѣсто спорыньи съ большимъ удобствомъ можно назначить подкожныя впрыскиванія эрготина ($\frac{1}{2}$ —1 гранъ за разъ, подъ кожу живота). Эрготинъ и *extractum Secal. corn. aquos.* можно давать и внутрь, первый въ порошкахъ, второй въ растворѣ съ *tinct. cinnamomi*.

Къ числу средствъ, усиливающихъ сокращенія матки относятся также буру и корицу. Употребленіе корицы (коричневая капля, *Tinctura cinnamomi*) особенно распространено въ практикѣ акушеровъ, болѣе по привычкѣ, чѣмъ по научному показанію. Прямого отношенія къ сокращеніямъ матки это средство не имѣетъ, но при безвредности своей оно можетъ быть иногда назначаемо какъ легкое возбуждающее. Употребленіе буры можно было бы совершенно оставить безъ всякаго ущерба для акушерской практики.

При послѣдовательной слабости потугъ, особенно когда это сопровождается сильнымъ возбужденіемъ роженицы и болями при дотрогиваніи до живота (начало эндометрита), вмѣсто средствъ усиливающихъ маточныя сокращенія полезнѣе давать успокоивающія средства. Сюда относятся опій, хлораль гидратъ и хининъ. Если слабость потугъ происходитъ отъ сильнаго утомленія роженицы (отъ бессонной ночи, болей и недостаточнаго пи-

танія), то лучшимъ средствомъ для подкрѣпленія родовыхъ силъ могутъ быть чашка крѣпкаго бульона и рюмка вина.

Болѣе дѣйствительными средствами для усиленія родовыхъ сокращеній матки могутъ служить наружныя механическія средства. Сюда относятся:

1) *Растираніе дна матки* рукой чрезъ брюшныя стѣнки. Въ дѣйствительности этого простаго средства легко убѣдиться у каждой роженицы, особенно въ періодѣ выдѣленія послѣда, или послѣ его выхожденія. Послѣ растиранія матка тотчасъ же начинаетъ сокращаться и дѣлается крѣпче, однимъ словомъ начинается потуга, очевидно вызванная прямо этимъ способомъ. Если растираніе дѣлать во время потуги, то эта послѣдняя продолжается дольше и бываетъ сильнѣе. Такимъ образомъ растираніе дна матки оказывается очень хорошимъ возбуждающимъ средствомъ при слабости потугъ. Оно дѣлается концами пальцевъ, или цѣлою ладонью, въ видѣ круговыхъ треній. Для усиленія дѣйствія можно употреблять при растираніи охлаждающія жидкости, напр. гофманскія капли, эфиръ, поливая ихъ на кожу живота. Растиранія всегда слѣдуетъ начинать со дна матки и только послѣ начавшейся полной потуги можно распространять ихъ на весь животъ, съ цѣлю поддержать схватку на болѣе продолжительное время и придать ей большую силу. Этимъ средствомъ безъ всякаго опасенія можно пользоваться во всѣхъ періодахъ родовъ, но преимущественно въ періодѣ изгнанія. Въ періодѣ отдѣленія послѣда растираніе слѣдуетъ дѣлать очень осторожно, чтобы не вызвать спазмодическаго ущемленія плаценты. Это въ особенности легко можетъ произойти въ томъ случаѣ, когда растираніе начинаютъ не со дна, а съ тѣла и нижняго отрѣзка матки.

2) *Введеніе въ полость матки струнного булжа или эластическаго катетера*. Этимъ способомъ часто пользуются для возбужденія преждевременныхъ родовъ именно потому, что соприкосновеніе инороднаго тѣла съ внутреннею поверхностію матки возбуждаетъ сокращенія этого органа въ формѣ настоящихъ родовыхъ схватокъ. Тотъ же эффектъ долженъ послѣдовать и при введеніи булжа въ матку во время начавшихся родовъ, т. е. этимъ способомъ можно усилить маточныя сокращенія. Это средство болѣе примѣнимо при первичной слабости потугъ, въ періодѣ раскрытія. Булжъ вводится между оболочками пузыря и маточной стѣнкой, дюйма на 2—3 выше внутренняго маточнаго рыльца, и оставляется въ маткѣ до тѣхъ поръ, пока потуги не получаютъ надлежащую силу.

3) *Теплыя маточныя души* полезны при медленномъ раскрытіи маточнаго рыльца, особенно когда замѣчается сухость

слизистых оболочек и большая чувствительность матки. Это бывает при послѣдовательной слабости потугъ, являющейся вслѣдствіе большой продолжительности родовъ и начинающагося эндометрита. На силу маточныхъ сокращеній души не имѣютъ прямого возбуждающаго вліянія, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда струя жидкости попадаетъ въ самую полость матки; но они могутъ быть полезны по своему успокоивающему дѣйствию, уменьшая раздраженіе и судорожное сокращеніе въ мышцахъ шейки.

4) *Искусственный разрывъ пузыря.* Это средство весьма полезно тамъ, гдѣ слабость маточныхъ сокращеній зависитъ отъ чрезмѣрнаго растяженія матки (hydrampnion). Послѣ излитія водъ головка плода обыкновенно тотчасъ же опускается ниже, потуги значительно усиливаются и роды совершаются быстрѣе. Я часто пользуюсь этимъ средствомъ съ хорошимъ успѣхомъ, если замедленіе родовъ не зависитъ отъ спазмодическихъ сокращеній матки, или отъ механическихъ препятствій. Разрывъ пузыря можно дѣлать не только при полномъ открытіи рыльца, но и раньше, напр. когда рыльце открыто на три пальца. При этомъ необходимо въ точности опредѣлить правильность черепнаго положенія, отсутствіе суженія таза, или предлежанія пуповины и чрезмѣрное скопленіе околоплодныхъ водъ, препятствующихъ полному сокращенію мышцъ матки, вслѣдствіе ихъ ненормальнаго растяженія (истонченіе маточныхъ стѣнокъ). Разрывъ производится очень легко (во время потуги) головною шпилькою, маточнымъ зондомъ, или заостреннымъ гусинымъ перомъ.

5) *Выжиманіе плода* (помощію наружныхъ пріемовъ) представляетъ очень хорошее средство для ускоренія родовъ, не столько въ смыслѣ механической силы, выдавливающей плодъ наружу, сколько въ смыслѣ возбужденія матки къ усиленной родовой дѣятельности. Идея этого метода въ акушерствѣ не новость. Ею пользовались акушеры прошлыхъ столѣтій, начиная съ арабской школы, но при недостаточномъ знакомствѣ съ механизмомъ родовъ нерѣдко примѣняли этотъ способъ неудачно. Въ формѣ научнаго метода выжиманіе плода введено въ акушерскую практику *Кристаллеромъ* въ 1867 году. Манипуляціи этого способа состоятъ въ слѣдующемъ: роженица кладется на спину; акушеръ, садясь подлѣ нея сбоку, фиксируетъ матку по средней линіи тѣла, пораллельно тазовой оси, и обхватываетъ дно матки обѣими руками такъ, чтобъ концы пальцевъ соотвѣтствовали дну, большіе пальцы лежали на передней поверхности матки, а лучевые края ладоней обхватывали бы матку съ боковъ. Такимъ образомъ начинаютъ производить давленіе на матку, сначала медленное и легкое, потомъ его постепенно усиливаютъ по мѣрѣ возрастанія потуги. Послѣ прекращенія потуги выжиманіе пріоста-

навливается на срок нормальной паузы и затѣмъ манипуляція повторяется много разъ, по мѣрѣ подобности.

Выжиманіе, точно также какъ и простое растираніе дна матки, усиливаетъ маточныя сокращенія. Кромѣ того оно замѣняетъ ослабленную дѣятельность брюшнаго пресса и до известной степени можетъ механически подвигать младенца къ выходу изъ матки. Этотъ способъ примѣнимъ только при мягкихъ и тонкихъ брюшныхъ стѣнкахъ, при отсутствіи въ маткѣ воспаления (боль при нажиманіи на животъ), при полномъ открытіи половыхъ путей (въ періодѣ изгнанія) и при отсутствіи механическихъ препятствій для выхода плода. При не вполне раскрытомъ маточномъ рыльцѣ выжиманіе не только бесполезно, но даже вредно. Точно также имѣть нельзя замѣнить щипцовъ, или извлеченія за ножки, такъ какъ выжиманіе дѣйствуетъ медленно и потому не примѣнимо въ тѣхъ случаяхъ, которые требуютъ быстрого окончанія родовъ. При механическихъ препятствіяхъ, наприм. при суженіяхъ таза, этотъ способъ не дѣйствителенъ, потому что давленіе снаружи не можетъ быть такъ сильно, чтобы преодолѣть препятствіе въ такой мѣрѣ, какъ это могутъ сдѣлать щипцы, или извлеченіе за ножки. Такимъ образомъ методъ выжиманія плода можетъ имѣть значеніе не болѣе какъ средство усиливающее потуги и до известной степени замѣняющее работу брюшнаго пресса.

§ 231. 2) *Слишкомъ сильныя потуги.* Слишкомъ сильными потугами принято называть такія сокращенія матки, при которыхъ родовой актъ совершается слишкомъ быстро, при очень энергическихъ и часто другъ за другомъ слѣдующихъ схваткахъ. Такое опредѣленіе нельзя считать физиологически точнымъ, съ одной стороны потому, что быстрота родовъ можетъ зависѣть не отъ избытка родовыхъ силъ, но отъ слишкомъ слабого противодѣйствія родовыхъ путей; съ другой стороны очень сильныя сокращенія матки часто не сопровождаются быстрымъ ходомъ родовъ, а наоборотъ развиваются только при возрастающемъ противодѣйствіи, наприм. при суженныхъ тазахъ. Въ первомъ случаѣ патологическая сторона факта состоитъ не въ чрезмерно сильныхъ потугахъ, и въ ненормально быстрыхъ родахъ; во второмъ случаѣ дѣйствительно существующія очень сильныя сокращенія матки не только не могутъ считаться патологическимъ проявленіемъ родовыхъ силъ, но должны быть рассматриваемы какъ явленіе нормальное и вполне желательное. Поэтому, не имѣя возможности опредѣлить тѣ физиологическія границы, по которымъ можно было бы отличить нормальную потугу отъ чрезмерно сильной, мнѣ кажется болѣе удобнымъ совершенно отказаться отъ причисленія, такъ называемыхъ, слишкомъ сильныхъ потугъ къ па-

тологическимъ формамъ. Будетъ гораздо точнѣе подъ этою рубрикою разсматривать не аномалію маточныхъ сокращеній, а слишкомъ быстрые роды вообще.

Нормальный срокъ продолженія родовъ въ точности не опредѣленъ. Въ этомъ отношеніи могутъ быть весьма большія колебанія, не только въ отношеніи первородящихъ къ многорождающимъ, но и въ отдѣльныхъ случаяхъ тѣхъ и другихъ. Многорождавшія женщины нерѣдко разрѣшаются въ часъ, или въ два часа времени, и это не только не влечетъ за собой никакихъ дурныхъ послѣдствій, но могло бы считаться весьма желательнымъ, нормальнымъ явленіемъ. Поэтому быстрота родовъ не есть еще патологическая форма. Неправильность въ этомъ отношеніи можно признать только тогда, когда отъ быстрыхъ родовъ происходятъ неблагоприятныя послѣдствія для матери или ребенка, и это чаще всего случается при родахъ *неожиданныхъ*. Неожиданные (уличные) роды неблагоприятны тѣмъ, что при нихъ роженица не можетъ принять своевременныхъ мѣръ для защищенія себя и плода отъ вредныхъ внѣшнихъ вліяній. Часто роды совершаются при этомъ внѣ дома, въ ненормальномъ положеніи (стоя, сидя), вслѣдствіе чего могутъ произойти ушибы ребенка, разрывъ пуповины, маточныя кровотеченія, разрывъ промежности и пр.

Неожиданные роды нерѣдко служатъ поводомъ къ судебно-медицинскимъ вопросамъ, именно вслѣдствіе поврежденія или смерти ребенка. Въ этомъ случаѣ врачу предлагаютъ на рѣшеніе вопросы: возможны-ли такіе неожиданные роды и можно ли имъ, а не злему умыслу, приписать тѣ поврежденія, какія оказываются на родившемся плодѣ? Акушерская практика показываетъ намъ, что неожиданные и притомъ очень быстрые роды не только возможны, но даже не составляютъ рѣдкаго исключенія. Не считая множества случаевъ, такъ называемыхъ, уличныхъ родовъ, гдѣ роженица разрѣшается отъ бремени внѣ жилища (въ вагонѣ, въ экипажѣ, въ полѣ, на лѣстницѣ родильнаго приюта и пр.), я встрѣтилъ въ своей практикѣ нѣсколько случаевъ родовъ въ отхожемъ мѣстѣ, на стульчакѣ и въ полустоячемъ положеніи, гдѣ ребенокъ выпадалъ неожиданно. Чаще это можетъ случиться съ многорождавшими женщинами, но можетъ быть и съ первородящими. Обыкновенно это бываетъ при тѣхъ условіяхъ, когда тазъ широкъ, младенецъ, умѣренной величины, передъ наступленіемъ родовъ находился очень низко въ полости таза, мягкія половыя части были ранѣе подготовлены и полукоткрыты. Открытіе матки въ такихъ случаяхъ совершается исподволь, при очень слабыхъ боляхъ, на которыя беременная могла не обратить вниманія. Это происходитъ не столько отъ потужной дѣятельности матки, сколько отъ слабого сопротивленія шейки, которая иногда усту-

падетъ подъ напоромъ собственной тяжести плода. При такой подготовкѣ половыхъ путей достаточно иногда двухъ-трехъ потугъ и дѣйствія брюшнаго пресса (жиленья при испражненіи), чтобы ребенокъ вышелъ наружу совершенно неожиданно для матери.

Поврежденія ребенка въ подобныхъ случаяхъ выражаются разрывомъ пуповины, или ушибами. Пуповина разрывается влѣдствіе тяжести ребенка и высоты его паденія. Разрывъ большею частію бываетъ не около пупка, а на довольно значительномъ отъ него разстояніи. Разорванные концы остаются неровными, какъ бы бахромчатыми, съ торчащими изъ нихъ обрывками сосудовъ. Кровотеченіе изъ пуповины при этомъ рѣдко бываетъ значительное и опасное для жизни ребенка. Ушибы головки при паденіи могутъ быть большей или меньшей степени, что зависитъ отъ высоты паденія. Опасныя поврежденія при этомъ (переломы костей) могутъ быть только при родахъ въ отхожемъ мѣстѣ, когда ребенокъ, обрывая пуповину, падаетъ съ значительной высоты. Обыкновенные же случаи паденія на полъ, или на землю, не причиняютъ опасныхъ поврежденій, потому что въ моментъ выходенія ребенка роженица обыкновенно присѣдаетъ и сверхъ того сила удара ослабляется натяженіемъ пуповины. Всего опаснѣе для ребенка тѣ случаи, когда онъ падаетъ въ жидкость, напр. въ судно съ испражненіями.

§ 232. 3) *Судорожныя потуги* въ патологіи родовыхъ силъ играютъ самую важную роль. Подъ этимъ именемъ нужно разумѣть такія потуги, въ которыхъ нарушается правильность и цѣлесообразность координаціи мышечныхъ сокращеній матки. Выше было сказано (§ 69, стр. 95), что родовыя сокращенія матки представляютъ собою весьма сложное мышечное движеніе, совершающееся по опредѣленному плану. Отступленіе отъ этого плана можетъ происходить очень легко, подъ вліяніемъ излишняго или вообще ненормальнаго раздраженія родовыхъ центровъ, причемъ, вмѣсто правильнаго движенія является судорожное. Такого рода сокращенія матки при родахъ являются очень часто и они въ значительной степени усиливаютъ продолжительность родовъ и ихъ болѣзненность, особенно у первородящихъ женщинъ.

Опредѣлить судорожныя сокращенія матки не всегда легко, такъ какъ нарушеніе координаціи движеній здѣсь не всегда доступно осязанію. Мы дѣлаемъ заключеніе о родовыхъ судорогахъ матки: 1) по замедленію родовъ, несоотвѣтствующему ни числу и напряженности потугъ, ни существующему противодѣйствію со стороны половыхъ путей; 2) по нарушенію правильнаго типа родовыхъ потугъ; 3) по отношенію къ потугамъ предлежащей части и ма-

точного рыльца, 4) въ нѣкоторыхъ случаяхъ судорогу матки можно осязать непосредственно при ручномъ изслѣдованіи.

При судорожныхъ сокращеніяхъ матки родовыя боли обыкновенно бываютъ слишкомъ сильны и продолжаются дольше обыкновеннаго срока. Перемежки между потугами слишкомъ коротки; во время паузы роженица продолжаетъ чувствовать стягиваніе матки и вполнѣ не успокоивается. Отъ этого судорожныя боли дѣйствуютъ крайне утомительно на общее состояніе роженицы и скоро истощаютъ энергію мышечной силы матки, слѣдствіемъ чего является послѣдовательная слабость потугъ. На ходъ родового процесса судорожныя потуги дѣйствуютъ весьма медленно. Не смотря на сильныя боли и частыя схватки, маточное рыльце очень долго остается въ одномъ и томъ же положеніи; предлежащая часть не дѣлаетъ надлежащаго напора на маточный зѣвъ и часто при схваткѣ не только не опускается, а даже поднимается выше. Плодный пузырь часто остается напряженнымъ не только во время схватки, но и во время паузы.

Непосредственно осязаніемъ судорога матки чаще всего опредѣляется на маточномъ рыльцѣ, именно на тѣхъ мышечныхъ пучкахъ, которые здѣсь образуютъ наружный сфинктеръ матки. Чаще всего это бываетъ у первородящихъ, въ періодѣ раскрытія. При этомъ края маточнаго зѣва оказываются постоянно напряженными, твердыми, часто сухими и болѣзненными при дотрогиваніи; во время потуги рыльце не только не расширяется, а напротивъ часто суживается и предлежащая часть отодвигается вверхъ. Такая спазмодическая стриктура можетъ развиваться какъ при цѣлости плоднаго пузыря, такъ и послѣ излитія водъ. Причина этого часто бываетъ связана съ воспалительнымъ раздраженіемъ шейки, вслѣдствіе продолжительнаго нажиманія ея предлежащею частью, или вслѣдствіе частыхъ изслѣдованій. Подобная же стриктура, едва ли не чаще, встрѣчается въ круговыхъ мышцахъ внутренняго рыльца, хотя опредѣленіе ея здѣсь во время родовъ, по малой доступности изслѣдуемой части, труднѣе, чѣмъ стриктуры наружнаго рыльца. Тѣмъ не менѣе мы имѣемъ полное основаніе допустить такую неправильность на основаніи того, что стриктуры этого рода часто бываютъ и въ точности опредѣляются въ періодѣ изгнанія послѣда (спазмодическое ущемленіе). Равнымъ образомъ слѣды такой стриктуры иногда можно замѣтить на тѣлѣ родившагося ребенка. Въ рѣдкихъ случаяхъ перетяжку можно прощупать сквозь брюшныя стѣнки. Судорожное сжатіе внутренняго рыльца во время родовъ (большею частію въ періодѣ изгнанія) можно опредѣлить по тому, что при этомъ поступательное движеніе младенца, не смотря на сильныя потуги и отсутствіе препятствія со стороны таза, пріостанав-

ливается. Во время потуги, подъ влияніемъ брюшнаго пресса (сильнаго жиленья), плодъ нѣсколько опускается, но, какъ только прессъ перестаетъ дѣйствовать, предлежащая часть снова отходитъ еверху.

§ 233. Судорожныя потуги всегда сопровождаются очень сильною болью. Боль ощущается не только въ маткѣ, но и въ смежныхъ органахъ, въ крестцѣ и бедрахъ, не только во время потугъ, но и въ промежуткахъ ихъ. Отъ непрестанной боли и медленности родовъ роженица приходитъ въ крайнее возбужденіе. При этомъ часто является тошнота, рвота и боль при мочеиспусканіи. При значительной продолжительности такихъ судорогъ наступаетъ слабость потугъ, обыкновенно при общемъ изнеможеніи роженицы и при явленіяхъ воспаленія въ половыхъ ея органахъ (повышеніе температуры, сухость слизистыхъ оболочекъ, большая чувствительность при нажиманіи). Для плода такое состояніе еще болѣе опасно. При замедленіи родовъ и сильныхъ нажиманіяхъ со стороны матки весьма часто плодъ умираетъ отъ асфиксіи. Эта опасность до излітія водъ наступаетъ не такъ быстро, но послѣ разрыва пузыря каждый лишній часъ замедленія родовъ угрожаетъ ребенку смертию.

Личеніе при судорожныхъ потугахъ должно состоять въ примѣненіи успокоивающихъ, смягчительныхъ и наркотическихъ средствъ; всѣ же мѣры, усиливающія маточныя сокращенія (особенно *secale cornutum*), здѣсь будутъ положительно вредны. Изъ наружныхъ средствъ лучше всего дѣйствуютъ: общія теплыя ванны, теплыя вприскиванія въ рукавъ, теплыя припарки на животъ. Изъ наркотическихъ средствъ я охотнѣе всего назначаю опій (по $\frac{1}{4}$ гр. каждый часъ) и подкожныя вприскиванія морфія, или атропина, или того и другаго вмѣстѣ, съ послѣдовательнымъ хлороформированіемъ. Если замедленіе родовъ происходитъ только отъ судорожныхъ потугъ, а не отъ механическихъ препятствій, то слѣдуетъ, по возможности, воздерживаться отъ всѣхъ оперативныхъ приемовъ. Особенно неумѣстно насильственное растяженіе рыльца. Даже частое изслѣдованіе пальцемъ усиливаетъ существующее раздраженіе матки и такимъ образомъ увеличиваетъ судорожное сжатіе зѣва. Надрѣзы на губахъ рыльца, многими рекомендуемые при спазмѣ наружнаго сфинктера, я считаю тоже мало полезными: не глубокіе разрѣзы причиняютъ только лишнее раздраженіе, не уничтожая спазма, а глубокой разрѣзъ можетъ давать поводъ къ большому распространенію его, въ формѣ разрыва, во время прохожденія головки. Сверхъ того ранки отъ разрѣзовъ могутъ послужить исходнымъ пунктомъ для пuerperальнаго заболѣванія. При необходимости окончить роды щипцами или извлеченіемъ (чаще въ видахъ спасенія ребенка) нуж-

но стараться, прежде операціи, по возможности ослабить, или уничтожить судорожное сжатіе матки вышеуказанными средствами. О судорожныхъ и тетаническихъ сокращеніяхъ матки при поперечныхъ положеніяхъ и при ущемленіяхъ послѣда будетъ сказано особо, при описаніи этихъ болѣзней.

С) Затрудненіе родовъ со стороны плода.

1) ненормальная величина и форма плода.

§ 234. *Слишкомъ большой размеръ* ребенка очень рѣдко служитъ серьезнымъ препятствіемъ для окончанія родовъ при нормальномъ тазѣ и нормальномъ положеніи плода. Однакоже очень крупныя дѣти, напр. около 12—14 ф. вѣсомъ, у первородящихъ могутъ произвести значительное замедленіе родовъ въ періодѣ изгнавія и иногда потребовать искусственнаго извлеченія. Затрудненіе въ такихъ случаяхъ обыкновенно происходитъ при прорѣзываніи головки и плечиковъ, какъ самыхъ объемистыхъ частей. Слишкомъ большая головка даетъ затрудненіе главнымъ образомъ въ тѣхъ случаяхъ, когда окостененіе черепныхъ костей подвинулось слишкомъ далеко, когда швы узки, роднички малы и кости мало податливы. Это бываетъ большею частію у переносковъ. Опредѣлить величину головки до рожденія младенца на свѣтъ довольно трудно. Здѣсь приходится судить приблизительно по плотности костей, по ощущиванію размѣровъ темени и по размѣрамъ сокращенной матки послѣ излитія водъ.

Чрезмѣрно широкія плечи и объемистая грудь могутъ давать затрудненіе родовъ при вступленіи туловища въ тазъ и при прорѣзываніи чрезъ половую разщелину. Въ первомъ случаѣ это мѣшаетъ прорѣзыванію головки, такъ какъ рожденіе этой послѣдней возможно только тогда, когда плечики вступаютъ уже въ малый тазъ. Во второмъ случаѣ плечики могутъ задержать выходъ туловища послѣ прорѣзавшейся головки, при чемъ жизнь ребенка подвергается большой опасности, вслѣдствіе сдавливанія груди и пуповины, при начавшемся дыханіи. Наконецъ, слишкомъ большія плечики, равно какъ и слишкомъ большая головка, нерѣдко служатъ причиною неправильныхъ поворотовъ плода при механизмѣ прохожденія его чрезъ разные отдѣлы таза (лобное положеніе, неправильный поворотъ плечиковъ).

Распознать неправильное вступленіе плечиковъ во входъ таза не всегда легко. При черепныхъ положеніяхъ объ этомъ можно судить по замедленію прорѣзыванія головки при нормальныхъ потугахъ и нормальной податливости половой разщелины. Одва-

коже, причина подобной задержки может быть и не въ плечикахъ, а въ обвиваніи и большой короткости пуповины, или въ судорогѣ мышцъ внутренняго зѣва матки. При предполагаемомъ задержаніи плечиковъ (которое чаще случается при искусственномъ извлеченіи младенца щипцами) слѣдуетъ механически сдвигать ихъ во входъ таза, нажимая снаружи рукой на нижній отрѣзокъ матки выше лоннаго сочлененія, въ направленіи назадъ и внизъ. Если при этомъ головка извлекается щипцами, то тракціи слѣдуетъ направлять взадъ и внизъ до тѣхъ поръ, пока плечики помѣстятся въ каналъ таза, послѣ чего поступательное движеніе плода уже не встрѣчаетъ болѣе препятствія. Въ рѣдкихъ случаяхъ указанные приемы не достигаютъ цѣли; головка, не смотря на сильныя тракціи, не подается впередъ (при нормальномъ тазѣ); тогда приходится уменьшать размѣръ головки (перфорация) съ цѣлюю добраться до ручекъ и плечиковъ, захватить ихъ чрезъ рукавъ и вывести въ кавальъ таза.

Еще рѣже встрѣчаются затрудненія въ прохожденіи плечиковъ чрезъ выходъ таза, послѣ рожденія головки. Въ этомъ случаѣ прежде всего слѣдуетъ установить ручными приемами поперечный размѣръ плечиковъ въ прямомъ размѣрѣ выхода (если поворотъ ихъ не совершился самъ собой), освободить пуповину съ шейки, если существуетъ ея обвиваніе, и потомъ осторожнымъ потягиваніемъ за шею, въ направленіи сверху внизъ и назадъ, низводятъ переднее плечо подъ лонную дугу и послѣ того извлекаютъ заднее плечо и туловище. Въ большинствѣ случаевъ этотъ приемъ удается легко; но при чрезмѣрной ширинѣ плечиковъ иногда требуются большія усилія для ихъ освобожденія. Въ такомъ случаѣ слѣдуетъ провести указательные пальцы выше, въ подмышечныя впадины плода и такимъ образомъ, захвативъ плечики крючкообразно, дѣлать извлеченіе ихъ, сообразно механизму родовъ. Примѣненіе тупыхъ крючковъ здѣсь едва ли можетъ дать какія либо преимущества передъ пальцами. Въ крайнемъ случаѣ можно рѣшиться на уменьшеніе размѣра плечиковъ, такъ какъ при подобныхъ затрудненіяхъ плодъ обыкновенно бываетъ уже мертвымъ.

§ 235. Гораздо больше родовыхъ затрудненій могутъ давать патологическія опухоли, развивающіяся на отдѣльныхъ частяхъ младенца. Сюда относятся: головная водянка и водяночныя скопленія въ другихъ полостяхъ, растяженіе мочевого пузыря и патологическія опухоли плода.

Головная водянка (Hydrocephalus), достигающая большихъ размѣровъ во время утробной жизни, встрѣчается рѣдко. Распознаваніе этой неправильности не всегда легко, что зависитъ отъ формы болѣзни. Въ однихъ случаяхъ головная водянка на столь-

ко растягиваетъ черепъ, что онъ представляется въ видѣ огромнаго, наполненнаго жидкостію, мѣшка, напрягающагося во время потуги, а во время паузы представляющаго мягкое тѣло, съ прощупываемыми на немъ лучистыми краями раздвинутыхъ, очень мягкихъ, костей, съ широко зіяющими швами и родничками. Эта форма встрѣчается чаще. Въ другихъ случаяхъ кости черепа на ощупь почти не отличаются отъ нормальныхъ, ни по плотности, ни по толщинѣ, но объемъ черепа оказывается значительно больше и форма его неправильная. Въ первомъ случаѣ распознать головную водянку легче, именно по раздвинутымъ въ опухоли костямъ, напоминающимъ при осзаніи пергаментъ, по флюктуации и напряженности подлежащаго головного мѣшка, по громадному размѣру головки, обыкновенно очень долго стоящей надъ входомъ въ тазъ и прощупываемой чрезъ брюшные покровы. Вторая форма распознается по ненормальному отношенію въ черепѣ между лицомъ и лбомъ. Лобъ при этомъ оказывается очень широкимъ и выпуклымъ, рѣзко выдающимся надъ маленькимъ лицомъ, лобный шовъ сильно растянута, головка очень велика. Эти данныя, впрочемъ, можно получить при изслѣдованіи только тогда, когда головка опустится низко. Ранѣе того распознаваніе можно сдѣлать только въ приблизительной формѣ, по наружному прощупыванію объема головки. Головную водянку можно иногда смѣшать съ черепомъ мацерированнаго плода, съ мозговою грыжею, съ водянкой раздвоеннаго позвоночника (*spina bifida*) и съ кистовидными опухолями, встрѣчающимися на тѣлѣ новорожденныхъ⁽¹⁾.

Не смотря на громадный размѣръ растянутаго головки, нерѣдко достигающей величины головы взрослого человѣка, роды при головной водянкѣ могутъ иногда оканчиваться силами природы. Такой исходъ чаще случается при ягодичныхъ положеніяхъ, по той причинѣ, что послѣдующая головка, при мягкости и податливости своей, легче можетъ принимать удлинненную форму, принаравливаясь къ формѣ и вмѣстимости таза. Тоже можетъ случиться иногда и при черепныхъ положеніяхъ, но значительно рѣже. Обыкновенно же впередъ идущая головка очень долго упирается надъ входомъ въ тазъ, сильно замедляетъ роды и часто

⁽¹⁾ По отчету доктора *Ө. К. Гугенбергера* (Спб. 1863 г.) въ С.-Петербургскомъ повивальномъ институтѣ на 8036 родовъ головная водянка встрѣтилась 14 разъ (1: 563); по статистикѣ *Мш. Lachapell* на 43515 родовъ 15 разъ, приблизит. 1: 3040), по другимъ вычисленіямъ еще рѣже. Я въ теченіи 25 лѣтъней практики встрѣтила эту болѣзнь при родахъ всего два раза, считая въ томъ числѣ и клиническую практику.

требуетъ оперативнаго вмѣшательства. Произвольный выходъ головки при черепномъ положеніи иногда облегчается разрывомъ водяночнаго мѣшка, при чемъ содержимое черепа изливается либо наружу, либо подъ головные покровы, вслѣдствіе чего объемъ головки быстро уменьшается. Опасность для матери отъ родовъ водяночнаго плода чаще всего можно ожидать вслѣдствіе разрыва матки, нижній сегментъ которой сильно растягивается громадною головною опухолью. Разрыву въ такихъ случаяхъ содѣйствуютъ и энергическія сокращенія мышцъ дна и тѣла матки. Поэтому разрывъ часто образуется еще въ періодъ раскрытія, ранѣе чѣмъ роженица будетъ истощена продолжительностію родовъ. Это необходимо имѣть въ виду при оперативной помощи.

При замедленіи родовъ вслѣдствіе головной водянки наилучшимъ оперативнымъ пособіемъ служить проколъ черепнаго мѣшка троакаромъ или ножомъ (во время потуги). Послѣ прокола и изліянія жидкости черепъ спадается и плодъ можетъ родиться силами природы, или можно извлечь его краниокластомъ, захватывъ имъ за кожу головы. Съ этою операціею не слѣдуетъ медлить, стѣсняясь жизнью плода; ибо плодъ при этой болѣзни во всякомъ случаѣ обреченъ на смерть, а между тѣмъ для матери замедленіе родовъ можетъ угрожать большою опасностію (разрывъ матки). При всемъ томъ проколъ самъ по себѣ не можетъ считаться операціею, безусловно смертельною для ребенка. Обыкновенная перфорация головки (трепанация), а тѣмъ болѣе кефалотрипсія здѣсь излишни, потому что для выпущенія жидкости достаточно тонкаго прокола. Щипцы при головной водянкѣ тоже неумѣстны, потому что форма ихъ не соотвѣтствуетъ ни высокому положенію головки, ни ея объему. Потому они трудно накладываются и легко соскальзываютъ. При черепномъ положеніи проколъ дѣлается на болѣе выдающемся и болѣе напряженномъ и истонченномъ мѣстѣ, гдѣ не оцупывается кости, а замѣчается явственная флюктуация. При послѣдующей головкѣ удобнѣе всего ввести троакаръ черезъ одинъ изъ боковыхъ родничковъ, а если они не доступны, то чрезъ *foramen magnum*. Во время вкалыванія троакара головку нужно фиксировать чрезъ брюшныя стѣнки, а концомъ инструмента дѣйствовать подъ руководствомъ указательнаго пальца, чтобы не поранить мягкихъ частей матери.

§ 236. *Опухоли живота* у ребенка, какъ затрудненіе родовъ, встрѣчаются весьма рѣдко. Сюда относятся: брюшная водянка, растяженіе мечеваго пузыря, мочеточниковъ и почекъ при зарощеніи мочеиспускательнаго канала, опухоли печени и селезенки, гидроррахическія опухоли при *spina bifida* (въ крестцовой области), и тератомы (*inclusio foetalis*). Всѣ эти опухоли могутъ иногда достигать очень большихъ размѣровъ, до величины дѣтской

головки и болѣе, и такимъ образомъ служить важнымъ механическимъ препятствіемъ при родахъ, именно во время выхожденія туловища. Распознаваніе возможно въ тѣхъ лишь случаяхъ, когда опухоль доступна для изслѣдующаго пальца. Вначалѣ роды въ такихъ случаяхъ идутъ правильно, головка или ягодицы прорѣзываются легко, но при выхожденіи или извлеченіи туловища является неожиданное затрудненіе, требующее обстоятельнаго изслѣдованія причинъ неподатливости ребенка. При этомъ, если опухоль доступна для пальца, то можно опредѣлить ея форму, величину, положеніе относительно тѣла и консистенцію. Если величина опухоли безусловно препятствуетъ извлеченію плода, то прибѣгаютъ къ ея уменьшенію посредствомъ прокола троакаромъ, если опухоль обнаруживаетъ зыбленіе (брюшная водянка, растянутый мочевоы пузырь, *hydroorrachis*), или производятъ эвентрацію, — при опухоляхъ плотнаго строенія.

§ 237. *Сросшіяся двойни* имѣютъ значеніе механическаго препятствія при родахъ въ томъ случаѣ, когда тотъ и другой плодъ имѣютъ приблизительно одинаковую величину, достигли значительной зрѣлости и соединены между собою такъ, что не позволяютъ отдѣльному рожденію того и другаго. Сюда относятся: 1) сращеніе двойней передними поверхностями груди или живота; 2) сращеніе спинками, или крестцомъ; 3) сращеніе всѣмъ туловищемъ, при разъединенныхъ головкахъ и 4) сращеніе головками, съ раздѣльнымъ туловищемъ. При сросшихся двойняхъ чаще встрѣчается черепное положеніе, рѣже ягодичное. При этомъ механизмъ родовъ обыкновенно совершается слѣдующимъ образомъ. Сначала чрезъ каналъ таза проходитъ головка и плечи одного плода, при чемъ головка и плечи другаго задерживаются надъ передней тазовой стѣнкой. Послѣ прорѣзыванія первой головки выходитъ ея туловище съ нижними конечностями, при чемъ головка дѣлаетъ наружный поворотъ, упираясь шею подъ лонною дугой, а туловище выкатывается по задней стѣнкѣ таза подобно тому, какъ это бываетъ при *evolutio spontanea* (рожденіе вдвое согнутаго плода при поперечномъ положеніи). Второй ребенокъ идетъ тазовымъ концомъ, вслѣдъ за туловищемъ перваго, послѣ чего свободно рождается его головка. Такой механизмъ считается самымъ обыкновеннымъ и самымъ благопріятнымъ. При одиночномъ туловищѣ съ двумя головками иногда роды происходятъ такъ, что послѣ рожденія первой головки, равнѣе выхожденія туловища вставляется вторая головка, а туловище выходитъ послѣднимъ. Этотъ механизмъ считается труднѣе, потому что шея перваго плода, находящаяся еще въ тазу, мѣшаетъ прохожденію второй головки. Предлежаніе нижнимъ концомъ при сросшихся двойняхъ встрѣчается гораздо рѣже, хотя оно гораздо благопріят-

нѣе. Въ этомъ случаѣ чрезъ каналъ таза обыкновенно проходятъ оба туловища вмѣстѣ, параллельно другъ другу, а головки родятся отдѣльно, одна за другой: сначала задняя, которая помещается въ крестцовой впадинѣ, при чемъ передняя остается надъ входомъ таза, а шея ея придавливается заднею головкою къ лонному соединенію. Самая трудная форма — когда обѣ головки сросшены или слиты между собой. Въ этомъ случаѣ они проходятъ чрезъ каналъ таза вмѣстѣ, что оказывается возможнымъ только при очень большомъ тазѣ и сравнительно умѣренной величинѣ обѣихъ головокъ въ совокупности (при недоноскахъ, или слабо развитыхъ плодахъ).

Предсказаніе при сросшихся двойняхъ, благодаря указанному механизму родовъ, въ дѣйствительности оказывается болѣе благоприятно, нежели можно было ожидать по формѣ существующаго уродства. Изъ 150 случаевъ такихъ родовъ, собранныхъ *Hohl*'емъ и *Playfair*'омъ, окончились силами природы 85, слѣдов. болѣе, чѣмъ на половину. Это, между прочимъ, слѣдуетъ приписать и тому, что каждый изъ сросшихся двойней въ отдѣльности обыкновенно не представляетъ большихъ размѣровъ, какъ и вообще при многоплодной беременности.

Распознаваніе сросшихся двойней возможно только во время родовъ, чаще всего послѣ выхожденія головки перваго плода, когда оказавшееся препятствіе потребуетъ изслѣдованія полною рукою. Рѣдко такое изслѣдованіе приходится дѣлать ранѣе, когда головка стоитъ еще надъ входомъ въ тазъ. Въ этомъ случаѣ рука, введенная въ матку, можетъ опредѣлить форму сращенія и въ то же время сдѣлать поворотъ на ножки, что будетъ операціею не излишнею даже при трудныхъ родахъ не сросшимися двойнями. Если же при изслѣдованіи окажется описываемая уродливость, то поворотъ принесетъ еще болѣе пользы, такъ какъ сросшіяся двойни въ положеніи вижнимъ концомъ рождаются значительно легче. По этой причинѣ поворотъ показуется даже послѣ рожденія первой головки, если только возможно проведеніе руки въ матку, при чемъ захватываются и низводятся всѣ четыре ножки и извлекаются оба туловища вмѣстѣ. Если при такихъ условіяхъ поворота сдѣлать нельзя, а дальнѣйшее замедленіе родовъ угрожаетъ опасностью для матери, то уменьшаютъ размѣръ туловища посредствомъ прободенія. Въ случаѣ, когда роды останавливаются ранѣе рожденія первой головки, тогда дѣлаютъ попытку къ наложенію щипцовъ, а при трудности этой операціи приступаютъ къ перфораци и затѣмъ къ низведенію ножекъ. Также поступаютъ въ томъ случаѣ, когда вслѣдъ за первою головкою вступаетъ въ тазъ вторая и здѣсь задерживается. Если роды сросшимися двойнями идутъ успѣшно, безъ большаго замедленія и безъ угрожаю-

шихъ припадковъ для матери, тогда можно ограничиться выжидательнымъ положеніемъ, наблюдая за естественнымъ механизмомъ прохожденія отдѣльныхъ частей чрезъ каналъ таза и помѣрѣ подобности содѣйствуя безостановочному совершенію сего механизма. Но какъ скоро роды замедляются и является опасность, то при выборѣ средствъ не слѣдуетъ колебаться пожертвовать плодомъ, (прободеніе головки, sphenatio), хотя бы онъ и представлялъ признаки жизни, такъ какъ жизнеспособность его при данномъ уродствѣ и безъ того весьма сомнительна. По той же причинѣ нѣтъ расчета выбирать здѣсь кесарское сѣченіе, т. е. съ цѣлію спасенія уродовъ рисковать жизнію матери. Разъединеніе плодовъ въ полости матки представляетъ операцію и трудную, и излишнюю. Дѣти при этомъ всегда умираютъ, а для акушера и для матери гораздо легче введенною въ полость матки рукою сдѣлать поворотъ, чѣмъ производить манипуляціи рѣзущими инструментами.

§ 238. *Уроды съ неполнымъ развитіемъ черепа (Hemicephalus)*. Уродливость, извѣстная подъ именемъ *гемикефалии*, состоитъ въ недостаткѣ развитія верхней части черепа. Дѣти этого рода, имѣютъ маленькую, безобразную, неподвижную голову и очень короткую шею. Иногда шея совсѣмъ отсутствуетъ, такъ что голова сидитъ промежъ плечъ. На мѣстѣ темени существуетъ неровная, какъ бы срѣзанная спереди назадъ, бугристая поверхность. Плечи у такихъ уродовъ обыкновенно бываютъ очень широкія. Гемикефалики могутъ рождаться головою впередъ, но чаще въ ягодичномъ положеніи. При обычномъ здѣсь чрезмѣрномъ количествѣ околоплодныхъ водъ часто образуются поперечныя положенія. При родахъ головою впередъ большею частію является затрудненіе со стороны плечиковъ, которые задерживаются преимущественно во входѣ въ тазъ, частію по причинѣ своей чрезмѣрной величины, частію потому, что уродливая маленькая головка не можетъ приготовить путь для ихъ прохожденія. По этой причинѣ роды часто приходится оканчивать искусственно. Всего удобнѣе въ этомъ отношеніи дѣлать поворотъ и извлеченіе за ножки, если только сильно вколотившіяся во входъ таза плечи позволяютъ провести руку въ полость матки. Въ противномъ случаѣ головку можно извлечь щипцами, если существуетъ хотя короткая шея,—или тупымъ крючкомъ, зацѣпивъ имъ за одно изъ отверстій головки. Если не удастся и этотъ послѣдній приемъ, то стараются извлечь ручки и съ помощію ихъ вытящить туловище, или зацѣпляютъ крючкомъ за подмышки и такимъ образомъ извлекаютъ туловище.

§ 239. *Уроды безъ сердца (acardiaci)* являются въ трехъ формахъ: *amorphus*, *acornus* и *acephalus*. Въ первомъ случаѣ плодъ

имѣть форму шарообразнаго, покрытаго кожей комка, безъ головы и конечностей, къ которому прикрѣпляется пуповина. Иногда конечности обозначены маленькими буграми. Внутри комка находится нѣсколько зачаточныхъ позвонковъ, нѣкоторые мускулы, зачатки кишечника и мѣшеччатая полость. *Acormus*, т. е. уродъ безъ туловища, состоитъ изъ уродливой головы съ совершенно рудиментарнымъ скелетомъ туловища, у котораго пуповина прикрѣпляется въ области шеи. Эти двѣ формы встрѣчаются весьма рѣдко. Чаще бываютъ *безголовые уроды*—*acerphali*. *Acardiaci* наблюдаются не иначе, какъ при двойняхъ, при чемъ уродъ родится послѣ правильно развитаго плода. *Amorphus* и *acormus* рождаются такимъ же образомъ, какъ оставшаяся въ маткѣ, отдѣленная головка. *Acerphalus* почти всегда предлежитъ ножками и выходненіе его изъ матки нерѣдко представляетъ большія затрудненія, по причинѣ значительной величины туловища, или ширины плечъ. Въ такомъ случаѣ туловище уменьшаютъ прободеніемъ полостей и удаленіемъ внутренностей.

§ 240. *Гнилой плодъ*. Смерть плода въ утробѣ матери нерѣдко служитъ причиною затрудненія родовъ. Это бываетъ именно въ тѣхъ случаяхъ, когда тѣло ребенка при доступѣ воздуха (послѣ излітія водъ) подвергается разложенію. Вслѣдствіе этого можетъ измѣняться и объемъ плода и его конфигурація (резистенція). Увеличеніе размѣра тѣла плода обусловливается развитіемъ газовъ въ его тканяхъ и полостяхъ (эмфизематозное вздутіе). При такомъ состояніи объемъ младенца можетъ иногда доходить до весьма значительной величины и представлять такимъ образомъ механическое препятствіе для родовъ. Чаще гнилой плодъ представляется въ другой формѣ, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда младенецъ послѣ смерти долго оставался въ маткѣ до наступленія родовъ и подвергался значительной мацерации. Послѣ разрыва пузыря такой мацерированный трупъ разлагается очень быстро, дѣлается крайне дряблымъ; кости черепа отстаютъ другъ отъ друга, помѣщаясь въ головныхъ покровахъ, какъ въ мѣшкѣ. Отъ этого головка теряетъ свою форму и по мягкости своей не можетъ должнымъ образомъ готовить родовыхъ путей. Затрудненіе родовъ въ подобныхъ случаяхъ увеличивается еще отъ того, что гнилой плодъ обыкновенно сильно раздражаетъ маточныя стѣнки, вызываетъ эндометритъ и такимъ образомъ нарушаетъ правильность потугъ⁽¹⁾. На ослабленіе послѣднихъ могутъ

(1) Можно допустить, что при гниломъ плодѣ на потуги вліяютъ гнилостные газы не однимъ механическимъ растяженіемъ матки и развитіемъ эндометрита, но и своимъ токсическимъ дѣйствиємъ. Это часто замѣчается при выкидышѣ: какъ скоро плодное яйцо начинаетъ сильно разлагаться, потуги обыкновенно прекращаются.

имѣть вліяніе и газы, скопляющіеся въ маткѣ и растягивающіе ея стѣнки. Ослабленіе и даже полное прекращеніе потугъ часто можетъ происходить отъ тѣхъ же причинъ, какъ и смерть плода, т. е. отъ слишкомъ продолжительныхъ и трудныхъ родовъ. Ослабленіе потугъ, какъ постоянный спутникъ рожденія гнилаго ребенка, а равно быстро развивающіяся въ маткѣ воспалительныя явленія, сопровождающіяся лихорадкою и упадкомъ силъ, обыкновенно требуютъ искусственнаго окончанія родовъ, даже при незначительныхъ механическихъ препятствіяхъ со стороны объема и формы рождаемаго трупa.

Гнилой плодъ распознается, кромѣ общихъ признаковъ, указывающихъ на смерть плода (§ 61), по легкой подвижности костей черепа и вообще по крайней дряблости подлежащей части, по ощущенію крепитации въ опухшихъ головныхъ покровахъ и по истеченію изъ матки вонючихъ отдѣленій. Въ такихъ случаяхъ необходимо, по возможности, скорѣе удалить плодъ. Наложеніе щипцовъ здѣсь большею частію не примѣнимо, потому что разъединенныя кости черепа не могутъ быть достаточно прочною точкою опоры для влеченія. По этому гораздо выгоднѣе пользоваться краниоклястомъ, которымъ удобно захватить толстую складку головной кожи и такимъ образомъ вытянуть головку. Если кожа очень гнила и рвется, то можно захватить за лицевыя кости, или за другую какую либо прочную точку опоры. Когда не было подъ руками краниокляста, мнѣ нерѣдко удавалось извлекать гнилой плодъ, захватывая кожу головы прямо рукою (полной горстью). Если извлеченію препятствуетъ сильно вздутое туловище, то его слѣдуетъ проколоть и выпустить газы. Послѣ извлеченія младенца и послѣда необходимо промыть матку дезинфицирующими жидкостями и позаботиться о надлежащемъ ея сокращеніи.

2) Ненормальное положеніе плода.

§ 241. *Поперечное положеніе.* Поперечнымъ положеніемъ называется такое, при которомъ продольная ось плода не совпадаетъ съ продольною осью матки, слѣдовательно когда подлежащею частью является не головка или ягодицы, а одна изъ частей туловища. Отклоняясь отъ прямого размѣра матки, плодъ почти никогда не помѣщается въ ея поперечномъ размѣрѣ, а обыкновенно располагается такъ, что длинникъ его пересѣкается съ длинникомъ матки подъ болѣе или менѣе острымъ угломъ. Положеніе въ этомъ случаѣ образуется не поперечное въ строгомъ смыслѣ, а собственно *косое*. Косое положеніе слѣдуетъ разсматривать какъ испорченное продольное, образующееся изъ че-

репного или ягодичного, чаще изъ перваго; поэтому, при отклоненіи головки въ сторону, подлежащую частію обыкновенно является плечико. При этомъ тѣло младенца располагается такъ, что меньшая часть его (головной конецъ) занимаетъ одну сторону матки, ниже пупка, а бѣльшая масса туловища распираетъ противоположную сторону, поднимаясь до дна матки и оттѣсняясь къ средней ея линіи. Полость матки при этомъ растягивается въ косомъ направленіи, поперечный размѣръ ея дѣлается шире, а продольный короче.

Поперечное положеніе раздѣляютъ на нѣсколько *позицій*, смотря по тому, куда обращена спинка и головка плода. Такъ какъ эти положенія образуются изъ нормальныхъ (продольныхъ) положеній, то естественно, тѣ изъ нихъ, которыя происходятъ изъ формъ чаще встрѣчающихся нормальныхъ положеній, встрѣчаются чаще. При нормальномъ положеніи плода чаще всего спинка бываетъ обращена впередъ; тоже мы видимъ и при поперечномъ положеніи. Обращаясь спинкою впередъ, плодъ можетъ расположиться головкою влѣво, или вправо. Первая форма (какъ и первое черепное положеніе) встрѣчается чаще всего, потому она называется первымъ видомъ перваго поперечнаго положенія, а когда головка обращена вправо — вторымъ видомъ. Рѣже встрѣчаются тѣ формы, при которыхъ къ передней стѣнкѣ живота бываетъ обращена не спинка, а брюшко младенца. При этомъ точно также могутъ быть два вида или позиціи, т. е. съ головкою обращенною влѣво и вправо. Такимъ образомъ при поперечныхъ положеніяхъ плодъ можетъ представляться къ родамъ только въ четырехъ позиціяхъ, или въ двухъ положеніяхъ, изъ которыхъ каждое раздѣляется на два вида: первое положеніе—спинка впередъ, второе—спинка назадъ; изъ нихъ первый видъ когда головка обращена влѣво, второй видъ—головка вправо.

§ 142. При своевременныхъ родахъ поперечныя положенія встрѣчаются приблизительно на 200—300 родовъ одинъ разъ⁽¹⁾. Впрочемъ, эта пропорція можетъ сильно колебаться въ зависимости отъ класса и рода занятій наблюдаемыхъ роженицъ, какъ это будетъ видно изъ причинъ, располагающихъ къ этой неправоильности. Условіями, располагающими къ образованію поперечнаго положенія могутъ служить: 1) слишкомъ большая подвижность плода въ полости матки; 2) вялость маточныхъ и брюш-

⁽¹⁾ Такую цифру я вывожу на основаніи статистики, составленной въ деревняхъ, гдѣ брались во вниманіе роды всего давняго населенія; по клиническимъ цифрамъ и по даннымъ частной городской практики пропорція оказывается значительно больше.

ныхъ стѣнокъ, т. е. недостаточная реакція ихъ на раздраженіе, производимое неловко лежащимъ плодомъ; 3) ненормальное положеніе матки, или всего тѣла беременной, дающее плоду возможность измѣнить положеніе по закону тяжести. Условія первой категоріи встрѣчаются: при слишкомъ большомъ количествѣ околоплодныхъ водъ, при беременности двойнями и при узкихъ тазахъ. Въ первыхъ двухъ случаяхъ расположеніе къ смѣщенію плода является не только потому, что растянутая полость матки даетъ ему большую свободу движенія, но главнымъ образомъ потому, что растянутыя и истонченныя стѣнки слабо реагируютъ на плодъ. Узкій тазъ вліяетъ на образование поперечнаго положенія тѣмъ, что при немъ головка трудно устанавливается (фиксируется) во входѣ таза, что обуславливаетъ неустойчивость положенія и большую подвижность головки. Условія второй категоріи имѣютъ мѣсто преимущественно у многорождавшихъ женщинъ, а равно и во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда матка и брюшные покровы слишкомъ растянуты и вмѣстѣ съ тѣмъ дряблы. При неестественномъ растяженіи ихъ косо лежащимъ плодомъ они не реагируютъ на это, не устанавливаютъ плодъ въ должномъ положеніи, а вытягиваются какъ мѣшокъ. Такое слабое противодѣйствіе можетъ существовать не во всей мускулатурѣ матки, а лишь въ цервикальной части, вслѣдствіе недостаточнаго развитія мышцъ. Въ другихъ случаяхъ и нормально развитая маточная стѣнка можетъ слабо реагировать во время беременности по причинѣ слабой возбудимости, какъ это мы иногда видимъ при манипуляціяхъ въ области шейки (тампонація, зондъ, частое изслѣдованіе и пр.). Въ однихъ случаяхъ при этомъ матка реагируетъ быстро и сильно, въ другихъ раздраженіе шейки не вызываетъ никакой реакціи. Дряблыя маточныя стѣнки у беременныхъ не указываютъ еще на ихъ слабую родовую силу. Во время родовъ, подъ вліяніемъ даннаго родоваго импульса, тѣже самыя мышцы могутъ давать сильныя потуги, какъ это мы обыкновенно видимъ при поперечныхъ положеніяхъ. Третья категорія условій поперечнаго положенія, т. е. перемѣщеніе центра тяжести плода при подвижности матки и при измѣненіяхъ положенія беременной, можетъ имѣть мѣсто только при существованіи условій первыхъ двухъ категорій, потому можетъ считаться не столько располагающею, сколько производящею причиною поперечныхъ положеній. Со стороны матки здѣсь играетъ самую важную роль сильное наклоненіе ея впередъ (обвислый животъ), менѣе значенія имѣетъ наклоненіе матки въ сторону. При обвисломъ животѣ плодъ, по закону тяжести, обыкновенно располагается такъ, что спинка его занимаетъ самое глубокое мѣсто, а конецъ плода, обращенный внизъ, не помѣ-

щается противъ маточнаго зѣва, а уклоняется въ сторону отъ него и нѣсколько вверхъ. А такъ какъ матка при этомъ рѣдко лежитъ по средней линіи живота, а большею частію бываетъ отклонена въ ту или другую сторону, то отходящая кверху головка направляется къ сторонѣ той или другой подвздошной кости, противоположно тому, куда западаютъ ягодицы.

Согласно вышеописаннымъ условіямъ, поперечныя положенія чаще всего встрѣчаются у женщинъ многорождавшихъ (потерявшихъ упругость брюшныхъ стѣнокъ). Изъ случайныхъ причинъ къ образованію такого положенія располагаютъ всѣ тѣ занятія, при которыхъ беременная женщина принуждена сильно наклонять свое тѣло. Сюда относятся: мытье половъ, полосканье бѣлья, жнитво, земные поклоны и пр. По этой причинѣ поперечное положеніе чаще встрѣчается у прачекъ, поломоекъ и у женщинъ во время страды, а также во время великаго поста.

§ 243. *Распознаваніе* поперечнаго положенія производится посредствомъ наружнаго и внутренняго изслѣдованія. Прежде всего на это указываетъ неправильный (косой) видъ живота. Матка теряетъ нормальную форму овала и представляется неправильно растянутою, съ болѣе плоскимъ дномъ и бугрообразными выступами по бокамъ. При ощупываніи чрезъ брюшныя покровы большею частію легко прощупывается головка, лежащая не надъ лоннымъ соединеніемъ, а въ одной изъ подвздошныхъ впадинъ. Съ противоположной стороны матки, въ другомъ выдающемся бугрѣ, лежащемъ выше нерваго, прощупываются ягодицы. При изслѣдованіи чрезъ рукавъ мы находимъ своды пустыми, плоскими, не выпяченными внизъ крупною частію, какъ это бываетъ при вертикальныхъ положеніяхъ плода. Если изслѣдованіе дѣлается при цѣломъ плодномъ пузырьѣ, то чрезъ его плевы нерѣдко удается прощупать подвижныя мелкія части плода (ручную кисть или локоть). Въ рѣдкихъ случаяхъ не удается опредѣлить поперечное положеніе (до разрыва пузыря) вышеописаннымъ способомъ. Затрудненія могутъ имѣть мѣсто: при большомъ количествѣ околоплодныхъ водъ, большомъ напряженіи брюшныхъ и маточныхъ стѣнокъ, а равно при ожирѣлости брюшныхъ покрововъ, препятствующихъ отчетливому прощупыванію плода. При внутреннемъ изслѣдованіи за предлежащее плечико могутъ быть приняты ягодицы, или колѣни.

Послѣ истеченія водъ распознаваніе значительно облегчается по причинѣ большей доступности предлежащей части и особенно потому, что при этомъ обыкновенно является выпаденіе ручки. Предлежащее плечико отличается отъ ягодицъ по ключицѣ, *spina scapulae*, подмышечной ямкѣ, по ребрамъ и межребернымъ промежуткамъ. При выпавшей ручкѣ, особенно если кисть ея,

или даже часть предплечья, показывается между наружными половыми частями, можно по одному этому признаку подозрѣвать поперечное положеніе съ большою вѣроятностію, ибо ручка, лежащая вмѣстѣ съ головкой (при черепныхъ положеніяхъ), никогда не опускается такъ глубоко и выше ея всегда легко прощупывается головка, наполняющая каналъ таза. При поперечномъ же положеніи, напротивъ, каналъ таза оказывается пустымъ, по ручкѣ легко дойти до подмышечной впадины, головка же черезъ своды совсѣмъ не прощупывается.

Чтобы опредѣлить видъ (позицію) поперечнаго положенія, нужно знать, гдѣ лежитъ головка и куда обращена спинка. Если этихъ данныхъ нельзя получить при наружномъ изслѣдованіи (ощупываніи), то они могутъ быть разъяснены ощупываніемъ подмышечной впадины, лопатки, или ключицы. Если ручка выдается изъ наружныхъ половыхъ частей, то прежде всего слѣдуетъ опредѣлить правая она, или лѣвая. Для этого мы пользуемся самымъ простымъ приемомъ — прикладываніемъ ладони своей руки къ дѣтской ладони (какъ бы здороваясь). Если при этомъ большіе пальцы той и другой соприкасаются, это значитъ, что выпавшая ручка одноименна съ нашей рукой, и наоборотъ. Зная которая ручка выпала и опредѣливъ куда обращена головка (по изслѣдованію подмышечной впадины), мы легко можемъ представить себѣ положеніе плода въ точности. По выпавшей ручкѣ можно также отчасти судить о томъ, имѣемъ ли мы дѣло съ запущеннымъ поперечнымъ положеніемъ, или съ свѣжимъ, недавно образовавшимся. Въ первомъ случаѣ ручка обыкновенно представляется сильно опухшею, синебагровою, не рѣдко покрытою пузырями отставшей кожицы, или мѣстами обнаженною отъ послѣдней. Въ большей части случаевъ плодъ при этомъ оказывается мертвымъ. Въ свѣжихъ случаяхъ ручка имѣетъ, если не вполне нормальный видъ, то развѣ незначительный отекъ и признаки веннаго застоя. При прикосновеніи къ ней у живаго плода она реагируетъ движеніями.

§ 244. *Теченіе родовъ при поперечномъ положеніи.* Въ очень рѣдкихъ случаяхъ косвенное положеніе плода можетъ быть исправлено силами натуры, при цѣлесообразныхъ сокращеніяхъ матки, или при перемѣнѣ положенія беременной или роженицы. Это можетъ имѣть мѣсто обыкновенно при живомъ и притомъ легко подвижномъ плодѣ, слѣдовательно во время беременности, или въ самомъ началѣ родовъ, пока лежащая часть не вкочленилась еще во входъ таза и плодный пузырь цѣлъ. Въ этомъ случаѣ плодъ, частію своими активными движеніями, частію сокращеніями маточныхъ стѣнокъ и перемѣной положенія роженицы можетъ снова установиться въ вертикальномъ положеніи, боль-

шею частію головкою впередъ. Такой процессъ исправленія поперечнаго положенія называется *самоповоротомъ* (*versio spontanea*). Такъ какъ случаи самоповорота очень рѣдки и могутъ быть разсматриваемы какъ счастливое исключеніе, то при разборѣ клиническихъ явленій поперечнаго положенія мы можемъ ихъ не принимать во вниманіе. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ процессъ родовъ при этой неправильности крайне замедляется и дѣлается весьма опаснымъ. Замедленіе родовъ здѣсь происходитъ главнымъ образомъ отъ механическаго препятствія (такъ какъ головка, отклоненная отъ проводной линіи таза, упирается на подвздошную кость), но частію и отъ того, что плодный пузырь не можетъ выполнять своей роли. Такъ какъ при поперечномъ положеніи выходъ матки не прикрытъ предлежащею частію, которая отдѣляла бы переднія воды и придавала бы правильную форму пузырю, то этотъ послѣдній обыкновенно вытягивается въ формѣ колбасы и скоро разрывается, не выдерживая всего напора сократительной силы матки. Преждевременный разрывъ пузыря при поперечныхъ положеніяхъ даетъ болѣе неблагоприятныхъ послѣдствій, чѣмъ при положеніяхъ вертикальныхъ, потому что въ послѣднемъ случаѣ роль его, въ смыслъ растяженія шейки, принимаетъ головка (или ягодицы); она же препятствуетъ быстрому излітію водъ. Въ первомъ же случаѣ воды, не задерживаемыя ничѣмъ, изливаются всѣ за одинъ разъ, что влечетъ за собой неравномѣрное давленіе маточныхъ стѣнокъ на плодъ и излишнее ихъ раздраженіе, скоро вызывающее спазмодическія и тетаническія потуги (см. § 217). При дальнѣйшемъ теченіи родовъ въ подобныхъ условіяхъ тѣло плода болѣе и болѣе вгоняется въ цервикальную часть матки, стѣнки которой сильно растягиваются и плотно обхватываютъ плодъ. При такомъ положеніи весьма легко происходитъ разрывъ матки, обыкновенно съ той или другой боковой стороны шейки, рѣже на задней или передней стѣнкѣ, что почти всегда ведетъ къ быстрому смертельному исходу. Но, не зависимо отъ разрыва, роженица можетъ погибнуть, не разрѣшившись отъ бремени, вслѣдствіе истощенія силъ, или отъ воспаленія матки и перитонита. Опасныя явленія обыкновенно наступаютъ на вторыя или третьи сутки отъ начала родовъ.

Поперечное положеніе, оставленное безъ акушерской помощи, не всегда, однакоже, оканчивается смертельнымъ исходомъ. Въ нѣкоторыхъ, правда рѣдкихъ, случаяхъ плодъ можетъ родиться на свѣтъ силами природы, путемъ механическихъ приспособленій, извѣстныхъ подъ именемъ *самоизворота* или самоизвлеченія (*Evolutio spontanea*), или *сонутый вдвое*. Это происходитъ слѣдующимъ образомъ. Предлежащее плечо прежде всего сильно вкола-

чивается въ полость малаго таза, опускаясь почти до выхода. Головка при этомъ устанавливается надъ одною изъ горизонтальныхъ вѣтвей лоннаго соединенія, а туловище сгибается вдвое. Послѣ этого нижняя половина туловища продвигается внизъ мимо верхней половины, скользя по задней стѣнкѣ таза; плечо выпавшей ручки упирается подъ лонною дугою, послѣ чего вставляется въ половую разщелину часть грудной кѣтки, затѣмъ прорѣзывается нижняя часть туловища вмѣстѣ съ ягодицами и ножками. По совершеніи этого процесса дальнѣйшій ходъ родовъ не представляетъ уже большихъ затрудненій. Второе плечико и послѣдующая головка выходятъ какъ при ягодичномъ положеніи.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ механизмъ произвольныхъ родовъ при поперечномъ положеніи совершается иначе, именно плодъ выходитъ съ *перенутымъ пополамъ тѣломъ*. При этомъ, послѣ вколачиванія плечика, туловище сгибается вдвое, головка не остается надъ лоннымъ соединеніемъ, какъ въ первомъ случаѣ, а глубоко втискивается въ грудь и проходитъ черезъ каналъ таза одновременно съ верхнею частию туловища, послѣ того выходятъ ягодицы съ ножками. Здѣсь для прохожденія вдвое согнутаго плода утилизируются преимущественно поперечные размѣры таза, тогда какъ въ первомъ случаѣ играютъ болѣе важную роль прямые размѣры. Вѣроятно этою причиною, т. е. преобладаніемъ въ данномъ случаѣ прямыхъ или поперечныхъ размѣровъ таза, обусловливается примѣненіе природою того или другаго способа саморожденія при поперечномъ положеніи. Во всякомъ случаѣ, однакоже, это возможно только при особенно благопріятныхъ условіяхъ, именно: при обширномъ тазѣ, хорошо подготовленныхъ и податливыхъ мягкихъ половыхъ частяхъ (у многорождавшихъ) при очень энергическихъ и правильныхъ потугахъ и при умѣренныхъ размѣрахъ плода. Къ этому слѣдуетъ присовокупить еще одно условіе, — отсутствіе заболѣванія половыхъ частей. При начавшихся воспалительныхъ процессахъ въ маточныхъ стѣнкахъ, а равно при поспуленіи въ кровь продуктовъ разложенія плода, жизнь роженицы подвергается большой опасности раньше, чѣмъ родовыя силы могутъ преодолѣть существующее препятствіе. Поэтому, при отсутствіи акушерской помощи, роженица обыкновенно умираетъ не разрѣшившись отъ бремени. *Evolutio spontanea* чаще совершается при мертвомъ плодѣ; но это происходитъ не отъ того, чтобы мертвый плодъ благопріятствовалъ этому процессу (вслѣдствіе большой дряблости и гибкости его тѣла), а потому, что для самоизворота требуется продолжительное время и большія усилія со стороны матки, вслѣдствіе которыхъ плодъ почти всегда погибаетъ. Бываютъ однако-

же случаи, когда такимъ способомъ рождается живой и даже вполне доношенный плодъ и жизнь его подвергается опасности не отъ естественнаго способа прохожденія чрезъ половые пути, а отъ сильнаго сжиманія маточными стѣнками (нарушеніе правильнаго кровообращенія). Поэтому шансы на сохраненіе жизни плода при *evolutio spontanea* будутъ больше въ томъ случаѣ, если при поперечномъ положеніи плечико вколачивается во входъ таза раньше разрыва пузыря, вслѣдствіе чего значительная часть водъ задерживается въ маткѣ. Это защищаетъ плодъ отъ чрезмѣрнаго сжатія маточными стѣнками, предотвращаетъ спазмодическія и тетаническія потуги и направляетъ экспульсирующую силу матки равномернѣе на весь изгоняемый плодъ, а не на отдѣльныя его части.

Примѣч. Въ своей практикѣ я наблюдалъ *evolutio spontanea* шесть разъ, исключительно у многорождавшихъ. Этотъ процессъ оканчивался не ранѣе 2—3 сутокъ отъ начала родовъ; плодъ всегда былъ мертвый, при томъ либо недоношенный, либо вообще менѣе среднихъ размѣровъ. Изъ этого числа пять роженицъ остались живы. По выхожденіи плода всегда оказывалась въ маткѣ часть околоплодныхъ водъ, что по всей вѣроятности имѣло вліяніе на облегченіе процесса *evolutionis spontaneae* и на отсутствіе заболѣванія маточныхъ стѣнокъ (*metritis, ruptura uteri*). *Evolutio spontanea* должно чаще встрѣчаться въ деревенской практикѣ, гдѣ у крестьянокъ поперечныя положенія образуются нерѣдко, а между тѣмъ правильной и своевременной акушерской помощи въ большинствѣ случаевъ не оказывается. Въ подобныхъ случаяхъ роженица должна или замучиться въ родахъ (умереть не разрѣшившись), или роды должны окончиться посредствомъ самоизворота. Просматривая метрическія книги о рождаемости и смертности въ деревенскомъ населеніи, я убѣдился, что число умирающихъ до окончанія родовъ крайне не велико. Изъ этого я позволяю себѣ сдѣлать предположеніе, что нѣкоторая, можетъ быть даже значительная, часть поперечныхъ положеній въ деревняхъ разрѣшаются силами природы. Подтвержденіемъ такого предположенія могутъ служить неоднократно слышанные мною рассказы деревенскихъ больныхъ, сообщавшихъ въ своемъ анамнезѣ о бывшемъ у нихъ поперечномъ положеніи съ выпавшею ручкой, которое оканчивалось безъ поворота.

§ 245. *Пособія при поперечномъ положеніи* должны состоять въ томъ, чтобы исправить испорченное положеніе плода, искусственно направляя его головку или ягодицы во входъ таза помощію наружныхъ или внутреннихъ манипуляцій, извѣстныхъ подъ именемъ *акушерскаго поворота*. Принимая во вниманіе, что поперечное положеніе во всякомъ случаѣ принадлежитъ къ случи

весьма тяжелыхъ патологическихъ осложненій родовъ, надобно стараться опредѣлить и исправить его заблаговременно. Въ самомъ началѣ родовъ, при цѣломъ плодномъ пузырьѣ, это большею частію достигается очень легко, помощію совершенно безопасныхъ и нетрудныхъ наружныхъ манипуляцій (наружный поворотъ); но послѣ излитія водъ, когда плечико плотно вставляется во входъ таза, требуется уже болѣе сложная и трудная операція внутренняго поворота. Въ случаяхъ запущенныхъ, когда роды при поперечномъ положеніи продолжаются уже болѣе сутокъ, воды всѣ изтекли и матка судорожно обхватываетъ плодъ, внутренний поворотъ дѣлается не только труднымъ, но и опаснымъ. Въ подобныхъ случаяхъ нерѣдко, вмѣсто поворота, приходится дѣлать эмбриотомію, или декапитацию, иначе при насильственномъ введеніи руки въ матку и при трудности захватыванія и поворачиванія ножки легко произвести разрывъ маточной стѣнки, особенно если плодъ лежитъ въ растянутой шейкѣ, потерявшей свою эластичность вслѣдствіе начавшагося жироваго перерожденія и воспаленія. Возлагать какія либо надежды на самоизворотъ, при возможности примѣнить прямую акушерскую помощь, не позволительно, потому что этотъ процессъ саморазрѣшенія требуетъ слишкомъ большихъ усилій со стороны матки и представляетъ, при продолжительномъ ожиданіи его, слишкомъ большія опасности. Этимъ указаніемъ природы мы можемъ пользоваться лишь въ томъ случаѣ, когда имѣемъ дѣло съ запущенымъ поперечнымъ положеніемъ, когда плечико выпавшей ручки стоитъ уже въ выходѣ таза, полость котораго наполнена опустившимся туловищемъ. При подобныхъ условіяхъ, вмѣсто введенія руки въ матку для отысканія ножекъ, гораздо выгоднѣе уменьшить размѣръ груди и живота (эвентрація) и послѣ того извлечь плодъ по способу самоизворота. Болѣе подробныя показанія относительно пособій при поперечномъ положеніи, а равно и описаніе способовъ наружнаго и внутренняго поворота будутъ изложены въ оперативной части акушерства.

§ 246. *Примѣчаніе.* Неправильности со стороны членорасположенія плода въ патологіи акушерства не имѣютъ большаго значенія. Сюда относится предлежаніе и выпаденіе ручки при предлежащей головкѣ и выпаденіе ножекъ при ягодичномъ положеніи. Чаше всего встрѣчаются случаи предлежанія ручной кисти рядомъ съ головкою, обыкновенно сбоку послѣдней. Это можетъ быть какъ при живомъ, такъ и при мертвомъ плодѣ, и на правильный ходъ родовъ не имѣетъ никакого вліянія. Значительно рѣже цѣлое предплечіе ручки опускается ниже головки (выпадаетъ) и въ такомъ положеніи можетъ выходить наружу прежде, чѣмъ головка вставляется въ половую разщелину. Такъ какъ руч-

ка въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно помѣщается въ боковой сторонѣ таза, то прохожденію головки она не препятствуетъ. Если же ручка закидывается между головкою и лоннымъ соединеніемъ, то она можетъ затруднять правильность внутренняго поворота и поступательное движеніе плода. Чаще это бываетъ при ягодичныхъ положеніяхъ, во время выхожденія послѣдующей головки. Предлежаніе или выпаденіе рядомъ съ головкою ручки и ножки, или даже всѣхъ конечностей наблюдается большею частію при мертвыхъ плодахъ и недоносахъ. Это можетъ затруднять роды развѣ при узкомъ тазѣ, въ обыкновенныхъ же случаяхъ не даетъ серьезныхъ препятствій. При значительномъ выпаденіи ножекъ впереди головки можетъ иногда потребоваться низведеніе ихъ съ цѣлю измѣнить черепное положеніе въ ягодичное, причемъ головка одновременно отталкивается вверхъ. Если же она плотно фиксирована и стоитъ глубоко, то извлекаютъ ее щипцами. При низведеніи ножекъ необходимо убѣдиться въ отсутствіи двойней, чтобы не втащить ягодицы втораго плода въ полость таза рядомъ съ головкою перваго.

Д) Опасныя осложненія родовъ.

1. Эклампсія.

§ 247. Именемъ эклампсіи называютъ рядъ судорожныхъ припадковъ, напоминающихъ падучую болѣзнь, сопровождающихся потерю сознанія во время приступовъ и коматознымъ состояніемъ по окончаніи ихъ. Появленіе этихъ припадковъ у беременныхъ женщинъ тѣсно связано съ беременнымъ состояніемъ, или съ процессомъ родовъ; потому акушерская или пуэрперальная эклампсія должна быть отличаема, какъ особая болѣзнь, отъ другихъ сходныхъ съ нею болѣзней, напръ эпилепсіи, уреміи внѣ беременности, судорожныхъ припадковъ центральнаго происхожденія и т. под.

Пуэрперальная эклампсія чаще всего появляется во время родовъ, но встрѣчается также во время беременности и въ послѣродовомъ состояніи. Во время беременности она чаще случается во второй половинѣ (послѣ пяти мѣсяцевъ), гораздо рѣже въ первой. Эклампсія беременныхъ большею частію является въ формѣ тяжелаго заболѣванія и чаще оканчивается смертію, нежели явившаяся во время родовъ. За нею часто слѣдуетъ выкидышь, или преждевременные роды; но если этого не бываетъ и первые приступы припадковъ оканчиваются благополучно, то чрезъ извѣстный срокъ времени они обыкновенно повторяются, а съ наступ-

леніемъ родовъ являються неизбѣжно. Припадки, появившіеся въ первый разъ во время родовъ, всегда продолжаются до полного опорожненія матки. По выхожденіи плода и послѣда они большею частью прекращаются, но могутъ снова появиться въ первые дни послѣродоваго періода. Припадки послѣродовой эклампсіи большею частью слабѣе, чѣмъ во время беременности и родовъ, повторяются рѣже и обыкновенно прекращаются въ теченіи первыхъ, много вторыхъ, сутокъ послѣродоваго періода. Въ это время они менѣе опасны. Послѣродовая эклампсія обыкновенно являється какъ продолженіе той же болѣзни во время родовъ. Весьма рѣдко она встрѣчается въ этомъ періодѣ безъ связи съ предшествовавшими припадками.

Форма припадковъ при эклампсіи беременныхъ, роженицъ и родильницъ одна и таже. Разница въ проявленіи болѣзни въ разные періоды интрегиті, равно какъ у разныхъ индивидуумовъ, можетъ быть только количественная (если возможно такъ выразиться), т. е. въ суммѣ припадковъ и въ степени ихъ напряженности. Въ этомъ смыслѣ встрѣчаются болѣе тяжелые и болѣе легкіе случаи. Чѣмъ ранѣе наступили припадки (во время беременности, или съ самаго начала родовъ), тѣмъ они угрожаютъ быть тяжелѣе и опаснѣе, тѣмъ больше будетъ число ихъ. Число и сила припадковъ стоятъ также въ связи съ продолжительностью родовъ; ибо они не прекращаются ранѣе полного родоразрѣшенія. Поэтому у многорождавшихъ женщинъ, разрѣшающихся въ болѣе короткій срокъ, число припадковъ бываетъ меньше, а равно въ тѣхъ случаяхъ, когда припадки появляются въ періодѣ изгнанія.

Конвульсіи большею частію появляются неожиданно, чаще всего во время родовой схватки. Всѣ явленія, которыя называютъ предвѣстниками, какъ то: головная боль, головокруженіе, чувство разбитости, уныніе, диспепсія, тошнота, рвота и пр. во многихъ случаяхъ совсѣмъ отсутствуютъ, въ другихъ же случаяхъ могутъ зависѣть отъ родовыхъ мукъ, какъ явленіе не связанное съ эклампсіею. По этимъ признакамъ едва ли можно предугадать появленіе конвульсій. Болѣе значенія, какъ предвѣстники, могутъ имѣть судорожныя подергиванія лица и конечностей и потемненіе въ глазахъ, но эти признаки рѣдко являються задолго до наступленія настоящаго припадка эклампсіи. Большею частію это есть начало самого припадка. Съ другой стороны подобныя явленія нерѣдко можно встрѣтить у нервныхъ роженицъ, страдающихъ сильными родовыми болями, безъ всякой связи съ эклампсіею. Отекъ лица и конечностей, а равно и присутствіе бѣлка въ мочѣ, тоже не могутъ служить указателемъ

готовящейся эклампсіи; ибо эти, довольно обычные, явленія у беременных весьма часто не бывают связаны съ конвульсіями.

Экламптический приступъ по внѣшнимъ проявленіямъ весьма сходенъ съ эпилепсіею. Разница между тѣмъ и другимъ состояніемъ заключается лишь въ томъ, что въ первомъ случаѣ больная въ началѣ припадка не испускаетъ крика и припадки, смѣняясь одинъ другимъ, продолжаются гораздо дольше и интенсивнѣе. Припадокъ обыкновенно начинается судорожнымъ подергиваніемъ вѣкъ и мышцъ лица. Послѣ короткаго періода судорожнаго миганья, глаза широко раскрываются, глазныя яблоки перекашиваются, или закатываются кверху, или останавливаются неподвижно, устремленные на одну точку, съ широкими и слабо реагирующими зрачками. Одновременно съ этимъ продолжается судорожная игра мышцъ лица. Ротъ перекошенъ, челюсти сжаты, больная скрежещетъ зубами, перебрасываетъ языкъ изъ стороны въ сторону, часто его прикусываетъ до крови. Въ скоромъ времени судороги распространяются на все тѣло: больная бьется руками и ногами, крѣпко сжавъ кулаки; голова тетанически сведена въ сторону, или закинута назадъ, туловище судорожно перегибается назадъ, или въ бокъ, ноги выпрямляются тетанически. Въ полномъ разгарѣ припадка въ судорогахъ принимаютъ участіе дыхательныя мышцы: дыханіе дѣлается рѣдкимъ, хриплымъ, свистящимъ, временами оно совсѣмъ останавливается; лицо опухаетъ и становится синебагровымъ, глаза наливаются кровью, вены шеи сильно напруживаются, искусанный, опухшій языкъ высовывается изъ рта въ видѣ толстаго лоскута. Въ это время больную корчитъ и подбрасываетъ на постели, иногда такъ сильно, что едва ее можно удержать отъ паденія. Съ самаго начала приступа она лишается сознанія. Пульсъ неправильный, часто съ перебоями, ускоренный; температура повышена, на кожѣ выступаетъ клейкій потъ; нерѣдко является непроизвольное отдѣленіе мочи и кала. Въ такомъ видѣ припадки продолжаются минуту или двѣ, послѣ чего они стихаютъ. Конвульсіи прекращаются, дыханіе становится болѣе покойнымъ, прерываясь иногда глубокими вздохами, пульсъ дѣлается рѣже, больная лежитъ въ сопорозномъ состояніи, большею частію съ закрытыми глазами. Если припадки были не очень сильны, а пауза довольно продолжительна, то сознаніе можетъ до извѣстной степени проясниться: больная открываетъ мутныя глаза, иногда даже отвѣчаетъ на вопросы, жалуясь на головную боль. Такое возвращеніе сознанія бываетъ, впрочемъ, только послѣ первыхъ приступовъ; при дальнѣйшемъ же ихъ повтореніи безпамятство не прерывается и во время паузъ.

Продолжительность паузъ бываетъ неодинакова. Въ легкихъ случаяхъ онѣ занимаютъ нѣсколько минутъ, даже полчаса и болѣе; въ случаяхъ трудныхъ припадки слѣдуютъ одинъ за другимъ, иногда съ самыми небольшими перерывами. Общее число припадковъ можетъ быть отъ нѣсколькихъ единицъ, до сотни и болѣе, смотря по продолжительности родовъ и сроку появленія первыхъ конвульсій. Послѣ рожденія плода и послѣда припадки, если не прекращаются совсѣмъ, то повторяются значительно рѣже, иногда съ паузами въ нѣсколько часовъ. Тѣмъ не менѣе больная еще долго остается въ безсознательномъ состояніи, погружаясь въ родъ спячки, которая иногда длится нѣсколько сутокъ.

§ 248. *Этіологія.* Вопросъ о причинахъ, вызывающихъ у беременныхъ женщинъ припадки эклампсіи долгое время оставался загадкою, да едвали и въ настоящее время онъ вполнѣ рѣшенъ. Принимая во вниманіе большое сходство припадковъ этой болѣзни съ конвульсіями, бывающими при обыкновенной уреміи (при нефритахъ), естественно явилась склонность искать причину родильной эклампсіи въ почкахъ. Подтверженіемъ такого предположенія послужило присутствіе бѣлка въ мочѣ экламптическихъ больныхъ и иногда находимыя при вскрытіи измѣненія въ почкахъ, свойственныя Брайтовой болѣзни. На основаніи этихъ данныхъ проф. *Фрерихсъ* въ концѣ пятидесятихъ годовъ высказалъ теорію происхожденія эклампсіи, какъ отравленія крови углекислымъ амміакомъ, происходящимъ отъ разложенія задержанной въ крови мочевины (аммоніеміи). Эта теорія, однакоже, на практикѣ не имѣла подтвержденія и потому скоро была оставлена; но вопросъ о связи эклампсіи съ уремическимъ отравленіемъ чрезъ это не потерялъ своего значенія, такъ какъ припадки уреміи происходятъ не отъ отравленія крови углекислымъ амміакомъ, а отъ задержанія въ крови всѣхъ тѣхъ веществъ, которыя должны быть удалены почками. Такимъ образомъ уремическая теорія эклампсіи продолжала существовать, хотя она и не всегда согласовалась съ акушерскою практикою. Практическіе акушеры на это возражали, что присутствіе Брайтовой болѣзни у беременныхъ далеко не всегда влечетъ за собою припадки эклампсіи; а часто бываетъ наоборотъ, что страдающія конвульсіями совсѣмъ не имѣютъ альбуминуриі. Чтобы помирить такія противорѣчія была составлена новая теорія (*Граубе, Розенштейнъ*), по которой эклампсія и нервныя припадки при обыкновенной уреміи объяснялись внезапнымъ повышеніемъ давленія въ аортной системѣ, при существующей гидреміи, и происходящимъ отъ этого отекомъ мозга и острой его анеміею. Эта гипотеза на практикѣ тоже встрѣчаетъ много противорѣчія и потому не можетъ считаться состоятельною. Противъ нея можно сдѣлать слѣдующія воз-

раженія: 1) повышенное давленіе въ системѣ аорты, соединенное съ гидреміею, у беременныхъ составляетъ обыкновенное явленіе, а между тѣмъ эклампсія является сравнительно рѣдко, слѣдовательно для произведенія ея должны существовать какія либо особыя причины. 2) Эклампсія часто наблюдается у больныхъ, вовсе не страдающихъ гидреміею, и наоборотъ, беременныя, страдающія значительными отеками (ногъ, лица) и водянистымъ составомъ крови часто совсѣмъ не имѣютъ судорожныхъ припадковъ. 3) Отекъ мозга далеко не всегда констатируется при вскрытіи больныхъ, умершихъ отъ эклампсіи, а въ случаяхъ, гдѣ онъ дѣйствительно оказывается, можетъ быть объясненъ какъ побочное явленіе, развившееся во время приступовъ эклампсіи отъ затрудненнаго кровообращенія. 4) По теоріи Розенштейна невозможно объяснить появленіе припадковъ эклампсіи въ послѣродовомъ періодѣ (когда давленіе въ аортѣ падаетъ) и во время беременности.

Не смотря на то, что въ послѣднее время теоріи *Фрерихса* и *Траубе* — *Розенштейна* большинствомъ акушеровъ признаются неудовлетворительными, ученіе объ эклампсіи все таки держится исключительно на уремической почвѣ. Уремію и эклампсію считаютъ синонимами, объясняя судорожныя припадки не чѣмъ инымъ, какъ отравленіемъ крови вслѣдствіе пріостановленной дѣятельности почекъ. Такой взглядъ, по моему мнѣнію, слѣдуетъ считать одностороннимъ.

Анализируя случаи эклампсіи (изъ собственной моей практики я основываюсь болѣе, чѣмъ на 30 случаяхъ), мы можемъ раздѣлить ихъ на три категоріи: 1) когда появленію припадковъ предшествуютъ измѣненія въ мочеотдѣленіи (весьма замѣтное уменьшеніе количества мочи, присутствіе бѣлка и пр.); 2) когда судороги появляются у женщинъ, до того времени совершенно не страдавшихъ разстройствомъ мочеотдѣленія, но у которыхъ такое разстройство является послѣ появленія припадковъ и 3) когда моча не заключаетъ въ себѣ бѣлка ни до появленія, ни послѣ появленія припадковъ. Случаи первой категоріи наблюдаются довольно рѣдко. Случаи второй категоріи встрѣчаются чаще всего и изслѣдованы болѣе внимательно, потому что первый приступъ эклампсіи обыкновенно заставляетъ строго анализировать мочу и собрать данныя относительно предшествовавшаго мочеотдѣленія. При этомъ болѣею частію оказывается, что до начала припадковъ моча выдѣлялась въ достаточномъ количествѣ и послѣ перваго припадка она заключала въ себѣ менѣе бѣлка, чѣмъ въ послѣдствіи. Количество мочи уменьшается пропорціонально возростанію приступовъ судорогъ. Случаи третьей категоріи не многочисленны, но тѣмъ не менѣе они встрѣчаются. Изъ этого я вывожу заключеніе, что эклампсія у беременныхъ, роженицъ и ро-

дильницъ можетъ быть двухъ родовъ: уремическая и эпилептическая. Первая, думаю, встрѣчается значительно рѣже, вторая чаще. Для произведенія уремической эклампсіи необходимо предположить значительное измѣненіе въ дѣятельности почекъ, предшествующее появленію припадковъ. Такое измѣненіе, гдѣ оно сущ ствуетъ, невозможно объяснить беременностью, т. е. давленіемъ на почки со стороны беременной матки, потому что подобнаго давленія не оказываютъ даже большей величины опухоли живота, напр. кисты яичниковъ. Потому надо думать, что настоящая уремическая эклампсія, происходящая отъ Брайтовой болѣзни, не имѣетъ тѣсной связи съ беременностію, какъ болѣзнь случайная и въ сущности очень рѣдкая. Въ этомъ случаѣ исподволь развивающееся нарушеніе функціи почекъ обнаруживается, ранѣе появленія судорогъ, припадками постепеннаго огравленія крови задержанными въ ней продуктами мочеотдѣленія, какъ бываетъ при обыкновенной уреміи. При такихъ условіяхъ эклампсія чаще обнаруживается во время беременности, рѣже при наступленіи родовъ и почти всегда оканчивается смертію. Несравненно чаще въ акушерской практикѣ встрѣчается эпилептическая или рефлекторная форма эклампсіи. Она почти всегда является неожиданно, безъ всякихъ предвѣстниковъ. Беременные и роженицы передъ появленіемъ припадковъ не жалуются ни на какія общія разстройства. При этомъ присутствіе бѣлка въ мочѣ не составляетъ обычнаго явленія и количество мочи до появленія припадковъ можетъ быть нормально. Съ развитіемъ судорогъ отправленіе почекъ рѣзко нарушается. На основаніи этого я думаю, что уменьшеніе отдѣленія мочи, даже полная анурія, а равно и появленіе громаднаго количества бѣлка въ мочѣ во время припадковъ эклампсіи, въ большинствѣ случаевъ должны быть разсматриваемы какъ послѣдствіе судорогъ, а не какъ причина ихъ. Дѣло представляется такимъ образомъ: исходною точкою судорогъ служатъ симпатическіе узлы и сплетенія, заложенные въ маточныхъ стѣнкахъ. Раздраженіе съ матки, путемъ рефлекса, передается на сосудодвигательные нервы мозга и почекъ, производя быструю анэмію того и другаго органа (вслѣдствіе судорожнаго сжатія сосудовъ). Такимъ образомъ можно объяснить происхожденіе судорогъ и вліяніе эклампсіи на уменьшеніе или пріостановку отдѣленія мочи. Если экламптические припадки продолжаютъ значительное время, то вслѣдствіе задержаннаго мочеотдѣленія развивается уремическое огравленіе, усугубляющее припадки эклампсіи и производящее то коматозное состояніе, въ которомъ больная остается въ промежуткахъ между приступами конвульсій и долгое время спустя послѣ ихъ прекращенія. Только такимъ способомъ происхожденія разстройства мочеотдѣленія (реф-

лекторною передачею раздраженія съ матки на вазомоторные нервы почекъ) можно объяснить то, обыкновенное при эклампсiи, явленіе, что послѣ прекращенія припадковъ функція почекъ возстановляется очень быстро безъ всякаго спеціальнаго лѣченія, а въ случаяхъ смерти въ почкахъ нерѣдко не находятъ никакихъ замѣтныхъ слѣдовъ ихъ страданія.

На основаніи вышеприведенныхъ объясненій я склоненъ считать эклампсію за особый видъ гистероэпилепсіи у беременныхъ. Что разнообразныя нервныя припадки, въ томъ числѣ судорожныя и эпилептическія, могутъ происходить рефлекторнымъ путемъ отъ раздраженія нервовъ половой сферы, въ этомъ едва ли кто будетъ сомнѣваться. Равнымъ образомъ не оспоримо и то, что беременность вообще даетъ много рефлекторныхъ припадковъ въ разныхъ сферахъ мозговой дѣятельности; слѣдов. нѣтъ ничего невѣроятнаго, что и экламптическія судороги имѣютъ тотъ же источникъ происхожденія. Въ подтвержденіе того, что гистеро-эпилепсія и эклампсія беременныхъ представляютъ видъ одной и той же болѣзни, я могу привести нѣсколько случаевъ, гдѣ женщины, страдавшія гистероэпилепсіею внѣ беременности (въ періодѣ регуль), во время родовъ получали эклампсію. Одинъ изъ такихъ фактовъ описанъ былъ мною въ 1870 г. (Введеніе въ гинекологию, вып. 2-й стр. 46), послѣ чего я имѣлъ еще нѣсколько подобныхъ наблюденій, которые описывать здѣсь въ подробности считаю излишнимъ.

Эклампсія принадлежитъ къ числу болѣзней не особенно рѣдкихъ. За послѣдніе пять лѣтъ моей практики въ Казани я встрѣтился съ этою болѣзнію 12 разъ. Въ здѣшней акушерской клиникѣ, не смотря на ея незначительный матеріалъ (100—120 родовъ въ годъ) не проходило года, чтобы не было одного, а иногда и двухъ случаевъ эклампсіи. Тоже самое я встрѣчалъ и въ частной практикѣ и въ Казанскомъ родильномъ домѣ, въ то время, когда я имъ завѣдывалъ. По отчету проф. *Гуенбергера* въ Петербургѣ, въ родильномъ домѣ В. Кн. Елены Павловны, на 8036 родовъ пришлось 33 случая эклампсіи (1: 243). Въ общемъ выводѣ современные писатели принимаютъ, что она встрѣчается приблизительно какъ 1: 500. Чаше всего эта болѣзнь наблюдается у женщинъ первородящихъ, при трудныхъ и болѣзненныхъ родахъ, при двойняхъ, но можетъ быть и у многорождавшихъ женщинъ. Иногда эклампсія повторяется у одной и той же женщины при нѣсколькихъ родахъ, слѣдующихъ одни за другими, но это нельзя считать правиломъ, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ повторенія не замѣчается. Изъ моихъ больныхъ рецидивы были только у двухъ. Точно также въ этой болѣзни не усматривается никакихъ признаковъ наслѣдственности. Истерическія женщины рѣдко подвергаются эклампсіи, но страдающія гистеро-

эпилепсією почти постоянно получают эклампсію при каждомъ родахъ.

§ 249. *Распознаваніе.* Принимая во вниманіе вышеописанныя припадки болѣзни, распознаваніе эклампсіи не представляетъ затрудненія. Неопытный врачъ могъ бы смѣшать ее съ истерическими судорогами, но онѣ представляютъ то существенное отличіе, что не сопровождаются полною потерей сознанія и не даютъ въ общемъ ходѣ припадковъ той типической картины, какая свойственна эклампсіи. Истерическія судороги могутъ быть только у тѣхъ беременныхъ, которыя равнѣ того страдали истерикою. Судороги отъ острой анеміи мозга имѣютъ совсѣмъ другой характеръ, чѣмъ экламптическія: онѣ обыкновенно появляются, какъ предвѣстникъ смерти, послѣ сильныхъ кровотеченій, чаще въ послѣродовомъ періодѣ. Настоящая падучая болѣзнь отличается отъ родовой эклампсіи по анамнезу. Гистеро-эпилепсія, свойственная не беременнымъ женщинамъ, отличается отъ эклампсіи тѣмъ, что судорожныя припадки ея не бывають такъ продолжительны и не повторяются такъ часто, съ такими короткими паузами, какъ во время родовъ.

Предсказаніе. Эклампсія считается очень опасною болѣзнію: отъ нея умираетъ среднимъ числомъ 1 изъ 3—4 заболѣвшихъ. Смерть можетъ наступить или во время судорожныхъ припадковъ (апоплексія, задушеніе), или въ послѣродовомъ періодѣ, отъ пурперальныхъ болѣзней. Смертельный исходъ во время родоразрѣшенія встрѣчается не такъ часто, какъ можно было бы ожидать, глядя на угрожающіе приступы общихъ конвульсій. Въ собственной моей практикѣ я не помню ни одного случая смерти во время припадковъ, не смотря на то, что многія изъ моихъ больныхъ подвергались экламптическимъ судорогамъ, съ очень короткими паузами, въ теченіи 5—10 часовъ и даже дольше. Изъ 30 больныхъ я потерялъ 6. Изъ нихъ только одна умерла не разрѣшившись отъ бремени (при настоящей уремиической формѣ эклампсіи, на 7-мъ мѣс. берем.) послѣ нѣсколькихъ часовъ продолжавшагося сопорознаго состоянія. Остальные пять умерли отъ послѣдствій уремическаго зараженія крови, по истеченіи многихъ дней послѣ родовъ.

Примѣчаніе 1. Съ 1 нояб. 1878 по 1 мая 1882 г. было наблюдаемо мною въ Казанской акуш. клиникѣ и въ Казанск. земскомъ родильномъ домѣ больныхъ эклампсією 7 и въ частной казанской практикѣ за тоже время 5, всѣ первородящія. Изъ клиническихъ больныхъ умерло двѣ. Одна изъ нихъ разрѣшилась 6 марта 1881 г., умерла 26 марта отъ parametritis purulenta съ переходомъ въ общій гнойный перитонитъ. Вторая больная разрѣшилась 4 февраля 1882 г., умерла 23 февр. отъ открывшагося на 19 день послѣ

родовъ чрезмѣрнаго кровотеченія изъ матки, вслѣдствіе разрушенія плацентарныхъ тромбовъ при *endometritis gangrenosa*. Изъ остальныхъ десяти больныхъ у одной послѣ продолжавшагося трое сутокъ послѣ родовъ коматознаго состоянія развилась *mania puerperalis* (въ земскомъ род. домѣ); у одной клинической больной (1878 г.) на восьмой день послѣ родовъ образовалось помертвеніе кожи въ крестцовой области, величиною въ ладонь, и экзематозная сыпь по всему тѣлу. Больная выписалась здоровою черезъ два мѣсяца. У клинической больной 1880 г. развился *parametritis*, окончившійся черезъ мѣсяць выздоровленіемъ. У всѣхъ этихъ больныхъ съ появленіемъ припадковъ эклампсіи развилось сильное расстройство мочеотдѣленія (сначала очень много бѣлка въ мочѣ, потомъ почти полная анурія); коматозное состояніе по прекращеніи судорожныхъ припадковъ продолжалось отъ 2 до 3 сутокъ и проходило только съ возстановленіемъ дѣятельности почекъ. Прочія больныя поправлялись въ болѣе короткій срокъ (на 10—15 день послѣ родовъ); расстройство мочеотдѣленія у нихъ было меньше. Изъ 18-ти больныхъ, бывшихъ въ моей петербургской практикѣ, было 4 многорождавшихъ и 14 первородящихъ. У первыхъ при небольшой продолжительности родовъ припадки эклампсіи продолжались не долго, большого расстройства мочеотдѣленія не было, потому пуэрперальный періодъ у всѣхъ этихъ больныхъ протекалъ совершенно правильно. Изъ 14 первородящихъ умерло 3 отъ послѣродовыхъ болѣзней (*peri et parametritis*), 5 страдали разными осложненіями послѣродоваго состоянія, окончившимися благополучно, и 6 оставили постель здоровыми на 5—10 день. Изъ этихъ наблюденій видно, что главная опасность эклампсіи заключается не въ судорожныхъ припадкахъ, а въ слѣдующемъ за ними уремическомъ отравленіи крови. Это послѣднее, развиваясь быстро по причинѣ распространенія судорогъ на почечные сосуды, вызываетъ коматозное состояніе больной и служитъ источникомъ пуэрперальныхъ заболѣваній. Если отравленіе было очень сильно и функція почекъ долго не возстановляется, то больная можетъ умереть, не пробуждаясь, отъ коматознаго состоянія. При быстромъ возобновленіи нормальной дѣятельности почекъ, послѣ прекращенія припадковъ, накопившіеся въ крови продукты мочеотдѣленія скоро удаляются изъ организма почками и потовыми желѣзами кожи. Чѣмъ скорѣе происходитъ такое очищеніе крови, тѣмъ скорѣе больная приходитъ въ сознаніе и быстрѣ поправляется. Въ противномъ случаѣ уремія вызываетъ рядъ послѣродовыхъ заболѣваній. Въ вышеприведенныхъ случаяхъ помертвеніе кожи, накожные сыпи, гнойные периметриты и *endometritis putrida* съ послѣдовательнымъ маточнымъ кровотеченіемъ не могутъ быть иначе объяснены, какъ послѣдствіемъ уремическаго отравленія.

Примѣч. II. Во время беременности иногда наблюдается *уремія безъ эклампсiи*. Въ моей практикѣ было два такихъ случая, оба окончившіяся смертію, Первый случай относился къ первобеременной, на 7-мъ мѣсяцѣ. Вслѣдствіе катанья зимою на тройкахъ (въ Петербургѣ) она сильно простудилась и почувствовала боль въ области почекъ. Въ скоромъ времени послѣ того больная стала жаловаться на головную боль, вялость и сонливость, безъ всякихъ лихорадочныхъ явленій, на что окружающіе не обратили особаго вниманія. Черезъ недѣлю сонливость усилилась до того, что больная по цѣлымъ суткамъ спала, или оставалась въ забытіи. Я приглашенъ былъ къ ней по случаю трехдневнаго непробуднаго сна, который началъ беспокоить родныхъ. При изслѣдованіи больной оказалось, что она находится въ полномъ коматозномъ состояніи. При распросѣ о мочеотдѣленіи я узналъ, что больная трое сутокъ совсѣмъ не мочилась. Помощію катетера было выведено мною изъ мочеваго пузыря не болѣе рюмки густой урины, содержавшей громадное количество бѣлка. Не смотря на всѣ принятыя мѣры, при консультаціи съ проф. С. П. Боткинымъ, больная не приходила въ сознаніе. Къ вечеру она разрѣшилась мертвымъ недоноскомъ. При родахъ, явившихся совершенно неожиданно и окончившихся очень быстро, не было ни одного экламптического припадка. Только утромъ на другой день, передъ самой смертію, явилось перекошивание лица съ кратковременными судорогами конечностей. Больная умерла, не выходя изъ коматознаго состоянія.

Во второмъ случаѣ уремiи, при беременности на 6-мъ мѣсяцѣ, коматозному состоянію предшествовало перекошивание глазъ и искривленіе лица, безъ общихъ судорогъ. Затѣмъ больная погрузилась въ спячку, подобную той, каковая наблюдается послѣ эклампсiи. На третій день она умерла, не разрѣшившись отъ бремени. Подробный анамнезъ этой больной мнѣ не извѣстенъ. Во все время коматознаго состоянія у ней была полная анурия.

§ 250. *Вліяніе эклампсiи на продолжительность родовъ и на жизнь плода.* Вліяніе экламптического состоянія на ходъ родоваго процесса не во всѣхъ случаяхъ одинаково: иногда оно замедляетъ роды, иногда ускоряетъ. Факты послѣдняго рода я наблюдалъ неоднократно, именно быстрое раскрытіе маточнаго рыльца и изгнаніе плода въ продолженіи нѣсколькихъ потугъ. Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, періодъ раскрытія совершается очень медленно и для окончанія родовъ требуется оперативная помощь. Впрочемъ, искусственное извлеченіе плода большею частію обусловливается не замедленіемъ родовъ, а желаніемъ болѣе быстраго опорожненія матки съ цѣлю прекращенія припадковъ. Если взять во вниманіе среднюю продолжительность родовъ

у первородящихъ женщинъ, то при эклампсiи она едва ли будетъ болѣе нормальной. Судороги и коматозное состояніе, повидимому, не оказываютъ никакого задерживающаго вліянія на родовыя сокращенія матки. Эти послѣднія повторяются своимъ порядкомъ, не измѣняя нормальнаго типа. Наблюдаемое иногда быстрое и неожиданное изгнаніе младенца, по моему мнѣнію, слѣдуетъ приписать не тетаническому сокращенію матки, какъ нѣкоторые думаютъ, а вліянію брюшнаго пресса.

Изъ рождающихся дѣтей не менѣе половины оказываются мертвыми. Причину этого слѣдуетъ искать не въ судорожныхъ сокращеніяхъ матки, а въ переполненіи крови матери углекислотой и продуктами мочеотдѣленія, дѣлающими невозможнымъ правильное окисленіе зародышевой крови. По этой причинѣ дѣти умираютъ во время родовъ отъ асфиксiи, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда эклампсiя продолжается очень долго.

§ 251. *Льченіе.* Въ рѣдкихъ случаяхъ акушеру приходится употреблять мѣры, предотвращающія эклампсiю. Это можетъ имѣть мѣсто именно въ тѣхъ случаяхъ, когда у беременной оказывается разстройство мочеотдѣленія при Брайтовой болѣзни почекъ. Во избѣжаніе уремическаго отравленія и могущей послѣдовать затѣмъ эклампсiи, необходимо въ такихъ случаяхъ возбуждать дѣятельность почекъ щелочными мочегонными, или растительными кислотами, компенсируя въ тоже время недостаточную работу почекъ отвлеченіемъ на кожу (горячія ванны) и на кишечники (проносныя средства). При появленіи головныхъ болей, сонливости, а тѣмъ болѣе коматознаго состоянія, связанныхъ съ недостаточнымъ отдѣленіемъ мочи и указывающихъ на уремическое отравленіе, необходимо возбужденіе сильнаго пота. Всѣ эти мѣры, направленные противъ уреміи, гораздо чаще приходятся примѣнять послѣ прекращенія припадковъ эклампсiи, такъ какъ первичная уремическая форма этой болѣзни встрѣчается рѣдко.

Во время экламптическихъ судорогъ болѣе частію приходится пользоваться наркотическими средствами. Болѣе всего я видѣлъ пользы отъ хлороформа, именно въ томъ отношеніи, что при глубокой наркотизаціи больной его парами интензивность судорожныхъ припадковъ уменьшается и паузы между ними увеличиваются. Кромѣ того наркотизація хлороформомъ содѣйствуетъ, какъ и при нормальныхъ родахъ, правильной мышечной работѣ матки (см. § 111, стр. 143), что ускоряетъ роды, стало бытъ, уменьшаетъ число припадковъ и опасность эклампсiи. Я постоянно примѣняю это средство съ 1860 года и ни разу не видалъ отъ него дурныхъ послѣдствій. Затрудненіе дыханія, при участіи въ судорогахъ дыхательныхъ мышцъ, не служитъ противупоказаніемъ къ употребленію хлороформа, ибо при начинаю-

щейся наркотизации дыхание обыкновенно дѣлается правильнѣе и самый припадокъ сокращается. Для усиленія дѣйствія хлороформа полезно предпослать ему подкожное впрыскиваніе раствора морфія въ нижнюю часть живота. вмѣсто хлороформа можно иногда употреблять хлоралъ, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда больная можетъ свободно глотать. Это средство дѣйствуетъ слабѣе хлороформа. Я примѣнялъ его преимущественно въ легкихъ случаяхъ эклампсіи (у многоорождавшихъ). Въ прежнее время эклампсію обыкновенно лѣчили общимъ кровепусканіемъ. Этотъ методъ, оставшійся намъ въ наслѣдство отъ врачей прошлаго столѣтія, былъ во всеобщемъ употребленіи до конца пятидесятихъ годовъ и даже въ настоящее время рекомендуется многими, очень хорошими, акушерами (*Шнелльбергъ*). Во время моего студентства и въ первые годы медицинской практики я имѣлъ случай нѣсколько разъ наблюдать этотъ способъ лѣченія и вынести убѣжденіе не въ его пользу. Припадки эклампсіи послѣ кровепусканія не ослабѣваютъ и роды не ускоряются, а между тѣмъ смертельныя исходы при этомъ способѣ лѣченія встрѣчаются чаще. Можетъ быть этимъ обстоятельствомъ можно объяснить громадную смертность отъ эклампсіи, отмѣченную въ отчетахъ прежнихъ врачей (прежде умирали одна изъ двухъ, или изъ трехъ больныхъ). Если справедливо то предположеніе, что припадки эклампсіи происходятъ вслѣдствіе острой анэміи мозга (происходящей вслѣдствіе судорожнаго сжатія сосудовъ мозга путемъ рефлекса съ матки на сосудодвигательные нервы), то общее кровепусканіе должно еще болѣе усиливать такую анэмію. Такое же вредное вліяніе и по той же причинѣ оно должно оказывать и на дѣятельность почекъ. Прикладываніе льда на голову экламптическимъ больнымъ во время припадка, примѣняемое многими акушерами, также приноситъ болѣе вреда, чѣмъ пользы. Это усиливаетъ анэмію мозга и вѣроятно производитъ сильную головную боль, если судить по тому беспокойству, какое больныя обнаруживаютъ послѣ прикладыванія льда, стараясь, не смотря на безпамятство, всѣми мѣрами сбросить его съ головы.

Кромѣ хлороформированія и употребленія противусудорожныхъ и наркотическихъ средствъ, во время припадковъ эклампсіи слѣдуетъ внимательно наблюдать за больной, чтобы она не причинила себѣ какихъ либо поврежденій (паденіе съ кровати, прикусываніе языка). Противъ прикусыванія языка вкладываютъ между челюстями гладкую деревянную палочку, или черенокъ вилки или ложки, обвернутый въ платокъ или компрессъ. Удерживая больную, потрясаемую корчами и судорогами, отъ паденія съ кровати, не слѣдуетъ употреблять слишкомъ большаго напора (насильственное распрямленіе членовъ, сильное нажиманіе

на туловище), которое само по себѣ могло бы причинить травматическое поврежденіе.

Искусственнымъ окончаніемъ родовъ при эклампсіи, по моему мнѣнію, часто злоупотребляютъ. Нѣтъ сомнѣнія, что чѣмъ скорѣе будетъ опорожнена матка, тѣмъ скорѣе прекратятся припадки, но искусственное ускореніе родовъ въ этомъ отношеніи только тогда принесетъ пользу, когда оно можетъ быть совершенно безъ большаго насилія. Это можетъ имѣть мѣсто при черепныхъ положеніяхъ только при полномъ раскрытіи матки и при совершившемся внутреннемъ поворотѣ головки, когда наложеніе щипцовъ не представляетъ никакого затрудненія. Въ противномъ случаѣ неудачная попытка операціи, а тѣмъ болѣе насильственное растяженіе рыльца могутъ вызвать гораздо болѣе опасныя послѣдствія, чѣмъ выжиданіе естественныхъ родовъ. Даже при вполне раскрытой маткѣ и опустившейся головкѣ не слѣдуетъ слишкомъ спѣшить съ операціей, имѣя въ виду, что при подготовленныхъ половыхъ путяхъ роды часто оканчиваются въ короткій срокъ силами природы. При естественныхъ родахъ и при извлеченіи щипцами слѣдуетъ внимательнѣе наблюдать за промежностію, такъ какъ при эклампсіи у первородящихъ разрывъ ея случается весьма часто, вслѣдствіе стремительнаго выходженія головки, или быстро ея извлеченія. При ягодичныхъ положеніяхъ я предпочитаю выжидать естественныхъ родовъ, имѣя въ виду, что при искусственномъ извлеченіи ягодицъ и туловища легко можетъ произойти закидываніе ручекъ за головку, что затрудняетъ извлеченіе послѣдней. При узкихъ тазахъ и неправильныхъ положеніяхъ плода искусственное родоразрѣшеніе имѣетъ свои спеціальныя показанія. Если есть опасность большаго замедленія родовъ при узкомъ тазѣ, а тѣмъ болѣе когда нельзя разсчитывать на извлеченіе нераздробленнаго ребенка, то при появившейся эклампсіи слѣдуетъ скорѣе рѣшиться на кесарское сѣченіе. Существующіе припадки не только не служатъ къ тому противупоказаніемъ, а напротивъ заставляютъ торопиться съ этою операціей, въ расчетѣ быстрого опорожненія матки, спасенія ребенка и прекращенія эклампсіи.

Изъ мѣстныхъ средствъ при обыкновенномъ теченіи родовъ, осложненныхъ эклампсіею, я охотно назначаю теплые маточные души и общія теплыя ванны. Это уменьшаетъ раздраженіе половыхъ частей и содѣйствуетъ болѣе легкому ихъ открытію. Послѣ выходженія плода, послѣдъ обыкновенно выдѣляется вслѣдъ за нимъ силою маточныхъ сокращеній. Если этого не происходитъ въ теченіи 10—15 мин., а между тѣмъ припадки продолжаютъ, то послѣдъ можно удалить искусственно.

Послѣ опорожненія матки припадки большею частію либо совершенно прекращаются, либо повторяются еще нѣсколько разъ, но уже значительно рѣже и легче. Больная остается въ коматозномъ состояніи, которое поддерживается образовавшимся во время припадковъ уремическимъ отравленіемъ, иногда въ теченіи нѣсколькихъ дней, пока не возстановится нормальная дѣятельность почекъ и не будетъ очищена кровь отъ накопившихся въ ней продуктовъ мочеотдѣленія. Этотъ періодъ болѣзни, по моему мнѣнію, наиболѣе опасенъ и требуетъ болѣе дѣятельнаго лѣченія. Такъ какъ главный источникъ опасности здѣсь составляетъ испорченная кровь, то необходимо назначать средства, возбуждающія дѣятельность кожи и почекъ. Съ цѣлію возбужденія пота удобнѣе всего употреблять паровыя или воздушныя ванны, которыя можно дѣлать не снимая больной въ постели, а лишь образуя кругомъ ея особую клѣтку, закрытую со всѣхъ сторонъ сукномъ, или войлокомъ, такъ чтобы голова находилась внѣ этого закрытаго пространства. Воздухъ внутри клѣтки нагрѣвается поставленными подъ кроватью раскаленными камнями, или спирговою лампою. Когда желаютъ сдѣлать паровую ванну, то на раскаленные камни подливаютъ воду, или надъ лампой укрѣпляютъ металлическое блюдечко, куда наливается вода. Такія ванны обыкновенно возбуждаютъ сильную испарину, которая компенсируетъ недостаточную работу почекъ. Обертыванія въ мокрыя простыни по методѣ Приствица въ родильномъ періодѣ менѣе умѣстны и требуютъ болѣе основательнаго расчета на реакцію кожи, потому я ихъ употреблялъ рѣдко. Независимо отъ ваннъ въ первый же день послѣ родовъ слѣдуетъ назначить слабительное, повторяя его нѣсколько дней сряду, съ тѣмъ расчетомъ, чтобы не только вполне очистить кишечникъ отъ скопленія старыхъ экскрементовъ, но и сдѣлать отвлеченіе отъ почекъ и понизить давленіе въ сосудахъ при обильномъ выдѣленіи жидкости чрезъ кишечныя стѣнки. Послѣ слабительныхъ, или одновременно съ ними, внутрь назначаются мочегонныя средства, (валійныя соли и растительныя кислоты). За отдѣленіемъ мочи необходимо тщательно наблюдать, ежедневно опредѣляя ея суточное количество и производя анализъ ея состава. Для этого слѣдуетъ выводить мочу катетеромъ. Такъ какъ больная долго остается въ безсознательномъ состояніи, или въ спячкѣ, то слѣдуетъ, не дожидаясь ея пробужденія, предлагать ей жидкую пищу и питье. Въ случаѣ появленія болей внизу живота, опредѣляемыхъ при нажиманіи рукой на брюшныя покровы въ сторонѣ матки и ея придатковъ, при чемъ на лицѣ коматозной больной появляется болѣзненная гримаса,—слѣдуетъ на животъ положить лѣзвѣрь со льдомъ. При появленіи воспаленія въ половыхъ орга-

нах повышается температура тѣла, которая при отсутствіи такого осложненія обыкновенно остается нормальной во все время коматознаго періода. Выздоровливающая послѣ эклампсіи не должна покидать постели ранѣе двухъ недѣль, такъ какъ послѣдствіе уреміи (маточныя кровотеченія, mania puerperalis, para et perimetritis) нерѣдко обнаруживаются по истеченіи многихъ дней послѣ родовъ, особенно если дѣятельность почекъ восстанавливается не быстро.

2) Разрывы и прободенія родового канала.

а) Разрывъ матки.

§ 252. Разрывомъ матки въ строгомъ смыслѣ называютъ такое нарушеніе цѣлости маточныхъ стѣнокъ, при которомъ образуется болѣе или менѣе значительная разорванная рана, чаще всего въ области маточной шейки и на мѣстѣ прикрѣпленія свода въ рукава, проникающая чрезъ весь мышечный слой до брюшины, или проходящая насквозь въ брюшную полость. Слѣдовательно сюда не причисляются тѣ, сравнительно незначительныя, поврежденія, которыя нерѣдко случаются во влагалищной части маточной шейки (надрывы губъ маточнаго рыльца), не представляя такого опаснаго осложненія родовъ.

Стѣнки беременной матки, не смотря на незначительную свою толщину, обладаютъ такую прочностію и эластичностію, что при нормальномъ ихъ сокращеніи разорваться не могутъ. Какъ бы ни было сильно ихъ напряженіе во время потуги, оно само по себѣ не можетъ причинить разрыва, даже при существующемъ препятствіи для выхожденія младенца, потому что сила напряженія нормальной мышцы пропорціональна ея крѣпости. Слѣдовательно для происхожденія, такъ называемаго, самопроизвольнаго разрыва матки должны существовать особыя патологическія условія, ослабляющія противодѣйствіе въ томъ или другомъ участкѣ маточной стѣнки. Такія условія являются, либо въ чрезмѣрномъ растяженіи мышечной ткани, послѣ котораго ткань теряетъ свою сократительную способность и эластичность и легко уступаетъ подъ напоромъ дѣйствующей на нее силы; либо въ патологическомъ измѣненіи мышцы (воспаленіе, жировое перерожденіе), вслѣдствіе котораго она дѣлается хрупкою и неспособною къ активному противодѣйствію. То и другое можетъ имѣть мѣсто при трудныхъ родахъ съ механическимъ препятствіемъ для выхожденія плода, именно при неправильныхъ его положеніяхъ и узкихъ тазахъ. Изъ неправильныхъ положеній чаще всего служатъ поводомъ къ разрыву матки запущенныя поперечныя (рѣже лобныя) положенія.

Въ статьѣ объ узкихъ тазахъ и поперечныхъ положеніяхъ мы уже говорили о тѣхъ патологическихъ отклоненіяхъ, какія замѣчаются при этомъ въ мышечной работѣ матки. Разстройство механизма маточныхъ сокращеній здѣсь выражается главнымъ образомъ въ томъ, что 1) изъ матки выливается вся околоплодная жидкость, вслѣдствіе чего изгоняющая сила сосредоточивается на отдѣльныхъ частяхъ плода и потому дѣйствуетъ неравномѣрно; 2) при невозможности поступательнаго движенія младенца въ полость таза, онъ (плодъ) вгоняется въ растянутую маточную шейку, тогда какъ дно и верхній отдѣлъ полости матки, при отсутствіи водъ, остаются пустыми; 3) при такихъ условіяхъ мышечная сила верхняго отдѣла матки при каждой потугѣ болѣе и болѣе вытягиваетъ цервикальную часть въ длину и ширину. Здѣсь является въ нѣкоторомъ родѣ физиологической обманъ: дно и тѣло матки опорожняется, но не вслѣдствіе продвиганія плода къ выходу таза, а вслѣдствіе перемѣщенія его изъ верхняго отдѣла матки въ нижній. Изгоняющая сила верхняго участка матки, по мѣрѣ его опорожненія, возрастаетъ болѣе и болѣе и совершенно подавляетъ всякое противодѣйствіе со стороны стѣнокъ нижняго участка. Шейка, растянутая до чрезмѣрной степени, теряетъ всякую способность къ сокращенію и пассивно уступаетъ подъ напоромъ силы дна матки, точно также, какъ при нормальныхъ родахъ уступаетъ промежность и половая щель. Результатомъ такого неравномѣрнаго распределенія изгоняющей силы, при невозможности естественнаго выхода младенца, неизбѣжно долженъ образоваться разрывъ въ области истонченной и потерявшей сократительную способность шейки.

Вслѣдствіе вышеизложенныхъ причинъ разрывъ матки встрѣчается почти исключительно въ области маточной шейки. Направленіе его бываетъ либо продольное и косвенное, либо поперечное. Разрывъ перваго рода почти всегда образуется на той или другой боковой стѣнкѣ шейки, чаще на лѣвой; поперечные разрывы обыкновенно происходятъ на передней (рѣже на задней) стѣнкѣ, на границѣ прикрѣпленія рукава. Образованіе той или другой формы разрыва зависитъ отъ формы растяженія шейки. При поперечныхъ положеніяхъ плода, распирающаго шейку въ поперечномъ направленіи, изгоняющая сила дна матки, дѣйствующая черезъ плодъ, болѣе всего сосредоточивается на полюсахъ плода, преимущественно на головкѣ. Поэтому шейка болѣе всего растягивается въ поперечномъ направленіи и сильнѣе всего истончается та ея часть, которая соотвѣтствуетъ головкѣ. На этомъ мѣстѣ обыкновенно и образуется разрывъ. При вертикальныхъ положеніяхъ плода чаще образуются поперечные

разрывы, именно потому, что здѣсь шейка растягивается преимущественно въ длину. Такъ какъ при механическомъ препятствіи для прохожденія плода въ полость таза плодъ мало по малу вгоняется въ шейку, то эта послѣдняя, дабы помѣстить въ себѣ значительную часть его тѣла, должна сильно вытянуться въ продольномъ размѣрѣ. Сначала при этомъ вытягиваніи она увлекаетъ за собою рукавъ и маточныя связки, представляющіе извѣстную долю уступчивости, но подъ конецъ такое растяженіе достигаетъ крайнихъ предѣловъ. Какъ только рукавъ и связки перестаютъ подаваться вверхъ, или нижній отрѣзокъ шейки плотно фиксируется нажимающей на него головкою, тогда дальнѣйшее увеличеніе вмѣстимости шейки должно уже происходить исключительно на счетъ истонченія (вытягиванія въ длину) ея стѣнокъ. Если при этомъ верхній отрѣзокъ матки продолжаетъ сильно работать, стягиваясь надъ плодомъ, болѣе и болѣе прогоняя его въ шейку, то эта послѣдняя, наконецъ, отрывается отъ мѣста своего прикрѣпленія въ нижнемъ отрѣзкѣ. Такимъ образомъ происходятъ кольцеобразныя или поперечныя разрывы, чаще на границѣ прикрѣпленія шейки къ рукаву. Въ этомъ заключаются механическія условія разрыва матки.

§ 253. Второй рядъ условій можно назвать органическими. Сюда относятся: неправильное строеніе маточныхъ стѣнокъ (пороки развитія), присутствіе въ нихъ опухолей (фибро-миомы, ракъ) и вообще новообразованій и нарушенія питанія тканей (воспаленіе, омертвѣніе). Эти причины разрыва встрѣчаются гораздо рѣже и могутъ имѣть мѣсто не только при трудныхъ родахъ, съ механическимъ препятствіемъ, но и при родахъ сравнительно легкихъ. Мѣсто и форма разрыва въ этомъ случаѣ обуславливаются пунктомъ органическаго страданія. Поэтому разрывъ можетъ быть не только въ области маточной шейки, но также въ днѣ и въ тѣлѣ матки.

Кромѣ, такъ называемыхъ, произвольныхъ разрывовъ (*ruptura uteri spontanea*) могутъ быть разрывы насильственные, производимые рукою или инструментомъ акушера. Здѣсь необходимо отличать два рода условій: въ одномъ случаѣ разрывъ, хотя бы и обнаружившійся во время операціи, могъ быть заранѣе подготовленъ вышеописанными механическими условіями, слѣдовательно не можетъ быть поставленъ въ вину акушеру; въ другомъ случаѣ онъ производится вслѣдствіе только неумѣлыхъ или слишкомъ грубыхъ оперативныхъ приемовъ. Отличить то и другое состояніе, что имѣетъ большую важность для репутаціи акушера, возможно только при подробномъ анализѣ хода родовъ и патологическихъ поврежденій. Разрывы невмѣняемые обыкновенно обнаруживаются на тѣхъ же пунктахъ и при тѣхъ же усло-

віяхъ (запущенные роды при поперечныхъ положеніяхъ и узкихъ тазахъ) какъ и произвольные. Большею частію они образуются ранѣ операціи, но будучи неполными, нерѣдко трудно діагностируются ранѣ введенія руки въ полость матки. Въ другихъ случаяхъ стѣнки матки хотя и остаются цѣлыми до операціи, но настолько бываютъ измѣнены, что достаточно самаго незначительнаго насилія, чтобы произвести разрывъ въ тканяхъ, совершенно къ этому подготовленныхъ. Это имѣетъ мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, когда при существующемъ механическомъ препятствіи для выхода младенца роды продолжались очень долго (1—2 сутокъ и болѣе), плодъ уже помѣщается въ маточной шейкѣ, и дно опорожняющейся матки прощупывается во время сокращенія въ видѣ придаточнаго шара надъ растянutoй и очень объемистой шейкой. Настоящіе насильственные разрывы чаще производятся въ сводахъ (при неловкомъ наложеніи щипцовъ), или на мѣстѣ прикрѣпленія рукава (при неосторожномъ и слишкомъ насильственномъ проведеніи руки въ матку для поворота, или извлеченія послѣда).

Полный разрывъ матки обыкновенно представляетъ большую рану, чрезъ которую плодъ можетъ пройти въ полость живота. На трупѣ, при вскрытіи, рана оказывается меньше, по причинѣ сокращенія маточныхъ стѣнокъ. Болѣе всего уменьшаются продольные разрывы, такъ какъ шейка послѣ родовъ легче укорачивается въ длину, поперечные же разрывы большею частію остаются почти въ томъ же видѣ, какъ были въ моментъ своего образованія. Края раны всегда бываютъ неровны, болѣе или менѣе зубчаты, нерѣдко пропитаны кровью. Концы разорванныхъ крупныхъ сосудовъ обыкновенно завернуты внутрь и закрыты кровяными тромбами. Стѣнки разорванной шейки всегда представляются, сравнительно съ тѣломъ матки, очень тонкими и вялыми какъ тряпка. Это зависитъ отъ того, что тѣло матки плотно сокращается, а шейка остается парализованною и дряблою. Рана брюшины почти всегда оказывается нѣсколько больше мышечной раны, что тоже зависитъ отъ неравномѣрности сокращенія этихъ тканей. Опорожненная матка, послѣ сокращенія, обыкновенно наклоняется въ сторону, противоположную разрыву.

§ 254. *Признаки и распознаваніе.* Совершившейся полный разрывъ матки сопровождается слѣдующими признаками 1) Прежде всего *быстро прекращаются потуги*. Этотъ признакъ особенно рѣзко выступаетъ потому, что передъ моментомъ происхожденія разрыва почти всегда потуги бываютъ очень сильны и часты, потому быстро наступающее спокойствіе невольно обращаетъ на себя вниманіе. Съ разрывомъ матки потужная дѣятельность

обыкновенно сразу останавливается на моментъ сокращенія, независимо отъ того, прогоняется ли плодъ въ полость живота, или остается въ растянутой шейкѣ. Верхній отрѣзокъ матки, не заключающій въ себѣ плода, послѣ разрыва большею частію остается въ тетанически сокращенномъ состояніи, тогда какъ шейка оказывается вялою и расслабленною. Прекращеніе потугъ является не только при полномъ разрывѣ, но и при поврежденіи одной только мышечной стѣнки, безъ включенія брюшиннаго покрова.

2) Одновременно съ прекращеніемъ потугъ происходитъ *смѣщеніе плода*. Въ однихъ случаяхъ предлежащая часть совершенно скрывается, плодъ уходитъ чрезъ рану въ брюшную полость, въ другихъ случаяхъ она только отодвигается кверху и дѣлается болѣе подвижною. Последнее обстоятельство можетъ быть и при полныхъ разрывахъ, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда передъ наступленіемъ поврежденія плодъ былъ сильно вколоченъ во входъ таза. Изгнаніе плода въ полость живота чаще бываетъ при поперечныхъ положеніяхъ и при боковыхъ продольныхъ разрывахъ, тогда какъ при черепныхъ положеніяхъ и поперечныхъ разрывахъ плодъ чаще остается въ маткѣ. Во всякомъ случаѣ смѣщеніе и большая подвижность предлежащей части, въ ряду съ другими признаками, служатъ весьма вѣскимъ указаніемъ на совершившійся разрывъ.

3) Послѣ разрыва происходитъ рѣзкая пере мѣна въ общемъ состояніи роженицы. Быстро обнаруживается упадокъ силъ, искажаются черты лица, пульсъ дѣлается чрезвычайно частымъ (140—160 въ мин.), нитевиднымъ, на губахъ и ногтяхъ появляется цианотическая синева, кожа холодѣетъ, нерѣдко пропадаетъ голосъ, являются рвота и обмороки. Описанные признаки глубокаго потрясенія и наступающаго коллапса зависятъ частію отъ самаго разрыва, частію отъ внутренняго кровотеченія. Если потеря крови не была слишкомъ велика, то явленія коллапса выступаютъ не такъ рѣзко, но цианозъ, учащеніе пульса и быстрый упадокъ силъ суть постоянные спутники разрыва матки. Что касается до боли, ощущаемой въ животѣ, вслѣдствіе нарушенія цѣлости тканей и раздраженія брюшины, то этотъ признакъ, на который указываютъ авторы, по моему наблюденію, не постояненъ и не надеженъ. Самъ по себѣ разрывъ матки, равно какъ и разрывъ промежности, большой боли не причиняетъ, потому что крайніе растянутыя передъ этимъ ткани не обладаютъ большою чувствительностію. Сверхъ того, такъ какъ разрывъ происходитъ во время сильной потуги, то сопровождающая его боль заглушается родовою болью.

4) *Кровотеченіе* изъ половыхъ органовъ, какъ признакъ разрыва матки, точно также не имѣетъ большаго значенія. Во всѣхъ

наблюдаемых мною (восьми) случаях этот признак совершенно отсутствовал. Разорванные раны вообще не обладают большою кровоточивостию (вслѣдствіе закрыванія внутрь концов разорванныхъ сосудовъ и быстрого образованія тромба). При условіяхъ разрыва матки сильное кровотеченіе устраняется еще и тѣмъ, что здѣсь, прежде нарушенія цѣлости маточной стѣнки, она подвергается сильному и продолжительному растяженію, при чемъ ткань ранѣ разрыва дѣлается уже безкровною. Тоже самое бываетъ при разрывѣ промежности. По этой причинѣ часто случается, что при разрывѣ матки, даже въ случаяхъ выходненія плода въ брюшную полость, наружнаго кровотеченія совершенно не бываетъ. Что же касается до скопленія крови въ полости брюшины, или между листками широкихъ маточныхъ связокъ, то эти кровяные свертки, иногда находимые въ очень большомъ количествѣ, происходятъ частію изъ наружныхъ сосудовъ матки, не принимавшихъ участія въ растяженіи и разрывающихся въ моментъ выходненія плода при распространеніи мышечной раны,—или же кровь попадаетъ въ брюшину изъ матки послѣ отдѣленія послѣда, происходя изъ плацентарныхъ сосудовъ.

5) Не маловажнымъ признакомъ разрыва матки служитъ сморщенное состояніе *рукава*. При сильномъ растяженіи шейки, особенно въ длину, предшествующемъ разрыву, рукавъ обыкновенно увлекается кверху и стѣнки его сильно напрягаются. Послѣ разрыва такое состояніе сразу измѣняется: стѣнки рукава, лишенные точки верхняго укрѣпленія, опадаютъ внизъ и образуютъ родъ мѣшка или крупной складки. Этотъ признакъ появляется въ болѣе рѣзкой формѣ при поперечныхъ и циркулярныхъ разрывахъ, но онъ болѣею частію замѣтенъ и при разрывахъ продольныхъ, обнаруживаясь въ этомъ случаѣ на сторонѣ рукава, соотвѣтствующей разрыву. Значеніе этого признака важно потому, что онъ легко констатируется при внутреннемъ изслѣдованіи, не только при смѣщеніи предлежащей части, но и въ томъ случаѣ, когда послѣдняя плотно закрываетъ входъ таза, затрудняя непосредственное ощупываніе раны.

6) *Ощупываніе плода* въ полости живота представляетъ признакъ не постоянный, такъ какъ плодъ не всегда выходитъ чрезъ рану, а нерѣдко остается въ маткѣ, покрайней мѣрѣ въ первое время послѣ разрыва. Въ тѣхъ случаяхъ, когда плодъ находится въ полости живота, прощупываніе его нерѣдко затрудняется сильнымъ метеоризмомъ и большою чувствительностию брюшныхъ стѣнокъ. Слишкомъ поверхностное прощупываніе частей младенца подъ кожей живота имѣетъ діагностическое значеніе въ томъ только случаѣ, когда плодъ ясно ощущается внѣ матки, при точномъ опредѣленіи контуровъ послѣдней; при этомъ тѣло плода

оказывается болѣе развернутымъ, безъ правильнаго членорасположенія, потому занимающимъ больше пространства, чѣмъ въ полости матки. Во входѣ таза подлежащей части не ощупывается. Если же въ полость брюшины вышла только часть младенца, а остальная часть остается въ маткѣ, то эта послѣдняя (часть) оказывается весьма подвижною и высоколежащею. Движеніе плода, выпедшаго въ брюшную полость, наблюдается весьма рѣдко. Такъ какъ разрывъ матки обыкновенно случается при очень трудныхъ и продолжительныхъ родахъ, то ребенокъ большею частію погибаетъ ранѣе разрыва, или вскорѣ послѣ выхожденія въ полость живота.

7) *Выхожденіе петли кишокъ* чрезъ рану въ полость матки или рукава могло бы считаться весьма точнымъ признакомъ полнаго разрыва, но этотъ симптомъ встрѣчается рѣдко. Во всѣхъ случаяхъ, бывшихъ въ моей практикѣ, я не наблюдалъ его ни разу. По всей вѣроятности это зависитъ отъ того, что послѣ разрыва матки сила брюшнаго пресса значительно ослабляется. Съ другой стороны этому препятствуетъ и закрытіе раны тѣй или другою частію плода, или сокращеніемъ мышцъ.

§ 255. *Предсказаніе* при полномъ разрывѣ матки весьма неблагоприятно. За немногими исключеніями (5—6%) больныя ноги баютъ очень быстро, либо отъ коляпса и кровотеченія, либо отъ воспаленія брюшины. Большею частію смерть наступаетъ чрезъ нѣсколько часовъ (ранѣе сутокъ); рѣже больныя переживаютъ 2—3 дня и въ этомъ случаѣ обыкновенно умираютъ отъ перитонита. Рѣдкіе случаи выздоровленія наблюдались послѣ сохраненія плода въ маткѣ и извлеченія его нормальнымъ путемъ, когда разрывъ не былъ слишкомъ великъ и въ полость брюшины не попало слишкомъ много крови. При такихъ условіяхъ рана матки можетъ зарости, при ретракціи шейки и образованіи воспалительной склейки съ сосѣдними внутренностями.

Лѣченіе. Если разрывъ матки происходитъ на глазахъ у акушера, или вообще когда плодъ остается еще въ маткѣ, необходимо немедленно его извлечь. Выборъ операціи для этой цѣли обусловливается положеніемъ плода. Чаще всего приходится дѣлать поворотъ (при поперечномъ положеніи и при очень высококомъ стояніи головки), или краниоклазію; гораздо рѣже наложеніе щипцовъ (при черепныхъ положеніяхъ). Въ томъ и другомъ случаѣ необходима величайшая осторожность, чтобы при насильственномъ проведеніи руки или инструмента не причинить чрезмѣрнаго растяженія шейки и не увеличить уже существующаго разрыва. Съ этою цѣлію при черепныхъ положеніяхъ надо стараться прежде извлеченія уменьшить размѣръ головки. Это

удобнѣ всего достигается перфорациею и краіюклясомъ. При производствѣ поворота надо тщательно нажимать дно матки сверху внизъ, чрезъ брюшныя стѣпки, дабы уменьшить напряженіе шейки въ моментъ проведенія руки къ ножкамъ и при извлеченіи этихъ послѣднихъ. Если плечико оказывается сильно вколоченнымъ во входъ таза, такъ что проведеніе руки въ матку не можетъ быть произведено безъ большого насилія, то лучше повороту предпослать эвентрацію плода. Послѣ извлеченія младенца необходимо тотчасъ же удалить и послѣдъ. Въ противномъ случаѣ онъ обыкновенно вытѣсняется изъ матки въ брюшную полость, при чемъ туда попадаетъ много крови. Удаленіе послѣда слѣдуетъ производить введенной въ полость матки рукой, а не паружнымъ выжиманіемъ. При этомъ слѣдуетъ наблюдать, чтобы матка, вслѣдъ за извлекаемой рукой, плотно сократилась.

Въ случаѣ выходженія значительной части плода чрезъ рану въ брюшную полость, лучше совершенно отказаться отъ поворота и обратнаго извлеченія младенца чрезъ рукавъ. Этою манипуляціею очень легко увеличить рану, вызвать болѣе сильное кроветеченіе и такъ образомъ сдѣлать положеніе больной еще болѣе опаснымъ. Въ подобныхъ случаяхъ, а равно и при полномъ выходженіи плода въ брюшную полость, лучше сдѣлать *ляпоротомию*. Эта послѣдняя выгоднѣе въ томъ отношеніи, что даетъ возможность не только безопаснѣе удалить плодъ, но и очистить брюшную полость отъ попавшихъ туда свертковъ крови и околоплодной жидкости, что можетъ предотвратить смертельный перитонитъ. Кромѣ того при ляпоротоміи возможно тщательно осмотрѣть рану матки и въ случаѣ надобности перевязать болѣе крупныя сосуды, угрожающіе послѣдовательнымъ кроветеченіемъ, удалить помертвѣвшіе лоскуты твани и зашить тѣ части раны, которыя по анатомическому своему положенію не представляютъ данныхъ для самопроизвольнаго зарощенія (раны мочевого пузыря, прямой кишки, и свода влагалища). Сама по себѣ ляпоротомія (разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ) при подобныхъ условіяхъ не представляетъ ни большой опасности, ни технической трудности. Она здѣсь можетъ дать гораздо лучше результаты, чѣмъ при выматочной беремености. Поэтому можно надѣяться, что при разрывахъ матки ляпоротомія будетъ примѣняться гораздо чаще, нежели въ настоящее время, и можетъ быть это существенно повліяетъ на болѣе благопріятный исходъ описываемаго страданія, нынѣ представляющаго самое опасное осложненіе родовъ.

Послѣдовательное лѣченіе при разрывахъ матки состоитъ: въ предотвращеніи, или по крайней мѣрѣ въ ограниченіи, пери-

тонита, въ поддержаніи силъ больной и въ уходѣ за ранюю. Этимъ цѣлямъ соотвѣтствуютъ: возбуждающія средства (противъ коллапса), ледъ на животъ и промыванія половыхъ частей. Эти послѣднія дѣлаются съ большою осторожностію, дабы жидкость черезъ рану не попадала въ брюшную полость. Поэтому для полости матки обыкновенныя сиринцеванія или ирригаціи здѣсь не умѣстны, по крайней мѣрѣ въ первые дни, а взамѣнъ ихъ дѣлаются смазыванія канала шейки противугниlostными или слегка возбуждающими растворами (карболовая кислота).

§ 256. *Примѣчаніе.* Неполнымъ разрывомъ матки называется такое поврежденіе, при которомъ не образуется проникающей раны, а происходитъ нарушеніе цѣлости либо одного мышечнаго слоя, либо одного брюшиннаго покрова (*Ruptura incompleta interna et externa*). Неполный внутренній разрывъ обыкновенно появляется на тѣхъ же мѣстахъ маточной шейки (чаще всего въ лѣвой боковой сторонѣ) и при тѣхъ же условіяхъ, какъ и полный разрывъ; поэтому онъ можетъ быть рассматриваемъ какъ начало послѣдняго. Въ большей части случаевъ онъ дѣйствительно переходитъ въ проникающую рану, или при дальнѣйшемъ продолженіи родовъ, или во время операціи искусственнаго извлеченія младенца. Поэтому неполные разрывы въ нуэрпериальномъ періодѣ наблюдаются рѣдко. Опредѣленіе ихъ во время родовъ довольно трудно, потому что здѣсь не появляется тѣхъ характерныхъ признаковъ внутренняго поврежденія, по которымъ узнается полный разрывъ. Появленіе подбрюшинной гематомы, иногда образующей удобо-прощупываемую опухоль возлѣ передней стѣнки шейки и ругава, между мочевымъ пузыремъ и маткой, можетъ служить признакомъ неполнаго разрыва; но этотъ симптомъ встрѣчается далеко не во всѣхъ случаяхъ. Тоже можно сказать относительно подбрюшинной эмфиземы на передней поверхности матки, распространяющейся на одну изъ подвздошныхъ областей, преимущественно на лѣвую. Этотъ признакъ встрѣчается очень рѣдко, именно при разложеніи плода и скопленія въ маткѣ газовъ, проникающихъ чрезъ рану въ клѣтчатку около матки и подъ брюшинный ея покровъ. Болѣе постояннымъ признакомъ неполнаго разрыва бываютъ: чрезмѣрное учащеніе пульса, упадокъ силъ, боль внизу живота противъ пораженной части и являющееся иногда кровотеченіе. Эти припадки, впрочемъ, не могутъ давать достаточныхъ данныхъ для распознаванія, такъ какъ они могутъ зависѣть отъ другихъ причинъ, напр. отъ слишкомъ большаго утомленія роженицы и отъ присоединившагося воспаленія матки. Поэтому точное опредѣленіе неполнаго разрыва возможно только при непосредственномъ его ощупываніи рукой во время извлеченія плода, или послѣ его удаленія изъ матки. Пред-

сказаніе при неполныхъ разрывахъ большею частію также опасно, какъ и при сквозныхъ ранахъ. Разрывъ брюшиннаго покрова матки, при цѣлости мышечнаго слоя, встрѣчается весьма рѣдко. Это можетъ происходить при особыхъ патологическихъ измѣненіяхъ брюшины, именно когда она не въ состояніи перемѣщаться и растягиваться соотвѣтственно измѣненію формы и величины матки. Такіе разрывы могутъ быть какъ во время родовъ, такъ и во время беременности. Распознаваніе ихъ еще труднѣе, чѣмъ распознаваніе неполныхъ внутреннихъ разрывовъ.

б) *Протиранія и разрывы влагалищной части матки и рукава.*

§ 257. *Протираніемъ* или *узурою* называется ограниченное разрушеніе ткани, происходящее отъ продолжительнаго и сильнаго давленія на нее вколотившеюся головкою, или вообще плотною предлежащею частію. Мѣстомъ такого прижатія мягкихъ половыхъ частей обыкновенно бываетъ входъ таза, гдѣ, во время продолжительнаго стоянія плотно вколоченной головки, ущемляются между нею и лоннымъ соединеніемъ, или между *promontorium*, либо передней стѣнка свода рукава или передней губа маточнаго зѣва, либо нижній отдѣлъ задней стѣнки цервикальнаго канала. Въ этомъ случаѣ продыравливаніе происходитъ не вслѣдствіе недостаточнаго сопротивленія растянutoй ткани, а отъ недостаточнаго питанія и помертвѣнія прижатыхъ частей. Поэтому нарушеніе цѣлости органа здѣсь образуется не вдругъ, а медленно, въ продолженіи нѣсколькихъ часовъ, и обнаруживается не во время родовъ, а по окончаніи ихъ, нерѣдко спустя сутки и болѣе. Протиранію много способствуютъ неровности (выдающіяся ребра, ости и бугорки), существующія на костяхъ таза, преимущественно возлѣ симфиза, которыя врѣзываются въ прижатую къ нимъ ткань, сильно истончаютъ и ущемляютъ ее; но ущемленіе можетъ быть и на плоской кости, если давленіе было очень продолжительно и сильно. Результатомъ этого является сначала небольшая воронкообразная ранка, отъ которой потомъ, въ пуэрпериальномъ періодѣ, помертвѣніе распространяется на всю ущемленную ткань.

Ограниченное помертвѣніе на передней стѣнкѣ весьма часто влечетъ за собою мочевою фистулу (*fistula vesico-vaginalis*). Наибольшая часть случаевъ этой, крайне непріятной и тяжелой болѣзни обязана своимъ происхожденіемъ труднымъ родамъ. Открытіе фистулы обыкновенно происходитъ не во время самыхъ родовъ, а на второй или третій день послѣ родоразрѣшенія, когда на границѣ помертвѣлой части образуется демаркаціонная

линія, послѣ чего разрушенная ткань вываливается. Чаще всего такія фистулы образуются на переднемъ сводѣ рукава, рѣже при выходѣ таза, между рукавомъ и мочеиспускательнымъ каналомъ.

Помертвѣнія на задней стѣнкѣ полового канала такимъ же способомъ могутъ образовать кишечно-рукавную фистулу (*fistula recto vaginalis*), или еще чаще сквозную ранку на задней стѣнкѣ шейки (прижатой къ *promontorium*). Послѣдствіемъ этого можетъ быть либо полный разрывъ шейки во время родовъ, либо образование рубцовой атрезіи или стеноза въ пуэрперальномъ періодѣ, послѣ отдѣленія помертвѣлыхъ частей.

Протиранія и помертвѣнія обыкновенно образуются отъ слишкомъ долгаго стоянія головки на одномъ и томъ же мѣстѣ плоскости таза (напр. болѣе 8—10 часовъ); но это поврежденіе можетъ быть иногда произведено также неловкостію оператора. Случаи послѣдняго рода могутъ быть: при слишкомъ насильственномъ извлеченіи головки чрезъ суженное мѣсто таза, при неловкомъ наложеніи щипцовъ, при протираніи рукава концами или ребрами щипцовъ и кафолатриба, при раненіи стѣнокъ рукава перфораторомъ.

§ 258. *Разрывы влагалищной части* встрѣчаются не рѣдко, но они не представляютъ тяжелаго поврежденія. Они бываютъ продольные и циркулярные. Первые преимущественно встрѣчаются на боковыхъ частяхъ рыльца, вторые выше губъ маточнаго зѣва. Продольные разрывы рѣдко бываютъ полные. Большею частію они представляютъ родъ глубокихъ трещинъ на мышечной стѣнкѣ, идущихъ вдоль шейки до мѣста прикрѣпленія рукава, рѣдко распространяясь на стѣнку послѣдняго, или въ направленіи къ внутреннему зѣву. Эти разрывы большею частію обязаны своимъ происхожденіемъ насильственному родоразрѣшенію, образуясь во время извлеченія плода чрезъ не вполне подготовленную шейку (наложеніе щипцовъ, извлеченіе за ножки). Прежде за глубокіе надрывы влагалищной части нерѣдко принимали углубленія и борозды, образующіяся между складками спавшейся, въ видѣ стянутаго кисета, шейки въ первые дни послѣ родовъ, а за слѣды этихъ разрывовъ, будто бы закрывающихся рубцовой тканью,—неровности и углубленія, остающіяся на влагалищной части рождавшей женщины. О неправильности такого взгляда было сказано въ § 122 (стр. 165). Глубокіе разрывы влагалищной части встрѣчаются, сравнительно, очень рѣдко. Не представляя опаснаго для жизни поврежденія, они, тѣмъ не менѣе, часто влекутъ за собой рубцовый стенозъ шейки, сильно затрудняющій ея открытіе при послѣдующихъ родахъ (см. § 227, стр. 315).

Поперечные или круговые разрывы влагалищной части образуются в томъ случаѣ, когда губы наружнаго рыльца оказываются крайне неуступчивыми. Вслѣдствіе этого, при растяженіи вышележащихъ стѣнокъ цервикальнаго канала, наружное кольцо маточнаго рыльца сильно отгѣсняется внизъ напиряющею на него головкою и отрывается отъ матки на болѣе или менѣе значительномъ пространствѣ. При подобныхъ условіяхъ можетъ случиться, что плодъ прокладываетъ себѣ путь изъ матки въ рукавъ не чрезъ рыльце, а мимо его чрезъ разорванную рану. Такія поврежденія, впрочемъ, встрѣчаются очень рѣдко. Гораздо чаще отрывается одна передняя губа маточнаго рыльца, прижатая къ лонному соединенію и увлеченная головкою внизъ, къ выходу таза. Иногда подобное отрываніе, или раздробленіе губы можетъ произойти отъ прищемленія ея къ головкѣ щипцами при неаккуратномъ ихъ положеніи и неосторожныхъ тракціяхъ. Для устранения этихъ разрывовъ дѣлаютъ заблаговременно разрѣзы на неуступчивыхъ губахъ рыльца, или, при ущемленіи передней губы, стараются продвинуть ее пальцемъ черезъ головку. Послѣдовательное лѣченіе образовавшихся надрывовъ влагалищной части состоитъ въ аккуратномъ промываніи ихъ (лучше всего постоянная ирригація) въ теченіи первыхъ 5—6 дней послѣродоваго періода. При образованіи рубца необходимо принять мѣры противъ угрожающаго стеноза наружнаго рыльца.

§ 259. *Разрывы рукава* могутъ быть полные и неполные, въ верхнемъ и нижнемъ его концѣ, равно и въ среднемъ его отдѣлѣ. Полные разрывы сводовъ обыкновенно встрѣчаются вмѣстѣ съ разрывами матки, вслѣдствіе тѣхъ же причинъ, и служатъ ихъ продолженіемъ. Въ этомъ случаѣ они всегда бываютъ продольные или косвенные, какъ распространеніе боковаго разрыва матки. Гораздо рѣже встрѣчаются самостоятельные разрывы верхней части рукава, обыкновенно идущіе поперегъ передней или задней стѣнки, или циркулярно, иногда совершенно отрывая матку отъ влагалища. Такія поврежденія могутъ случиться отъ тѣхъ же причинъ, какъ и разрывъ шейки, т. е. отъ сильнаго вытягиванія (ретракціи) верхней части рукава при механическомъ препятствіи для прохожденія плода, когда ниже лежащая часть влагалища плотно фиксирована ущемившей ее головкою. При такихъ условіяхъ рукавъ потужною дѣятельностію матки увлекается вверхъ черезъ головку, также какъ и маточная шейка, и растягивается до тѣхъ поръ, пока не лопнетъ, или не оторвется отъ матки. Послѣдствія такого разрыва будутъ тѣже самыя, что и при полномъ разрывѣ матки.

Разрывы (прободеніе) сводовъ могутъ быть причинены во время грубаго производства акушерскихъ операцій, напр. при

насильственномъ и неловкомъ продвиганіи ложекъ щипцовъ или кефалотриба, при неожиданномъ соскользваніи этихъ инструментовъ въ моментъ сильной тракціи, при насильственномъ втискиваніи руки въ матку при поворотѣ, безъ соотвѣтствующаго фиксированія дна матки снаружи и т. под.

Разрывы средняго отдѣла рукава большею частію бываютъ неполные, въ видѣ болѣе или менѣе глубокихъ трещинъ, захватывающихъ слизистую оболочку и часть мышечной стѣнки. Они встрѣчаются довольно часто, преимущественно у первородящихъ, при узкости и неподатливости стѣнокъ рукава, а также вслѣдствіе раненія щипцами. Эти трещины обыкновенно идутъ вдоль рукава, преимущественно по задней стѣнкѣ. Они легко распознаются послѣ родовъ при осмотрѣ зеркаломъ. Въ пуэрперальномъ періодѣ эти ранки легко загнаиваются и при нечистомъ содержаніи могутъ дать поводъ къ обширнымъ изъязвленіямъ, съ потерей ткани и съ образованіемъ рубцовъ. Поэтому, послѣ трудныхъ родовъ, особенно оканчиваемыхъ искусственнымъ извлеченіемъ младенца, необходимо тщательно осматривать рукавъ зеркаломъ, такъ какъ помощью осязанія весьма трудно опредѣлить описываемыя поврежденія. Для лѣченія ихъ всего цѣлесообразнѣе употреблять постоянную ирригацію рукава, подъ которою ранки заживаютъ очень скоро. При неимѣннй ирригаціоннаго аппарата можно ограничиться спринцеваніями (нѣсколько разъ въ день) и смазываніями ранокъ растворомъ ляписа или карболовой кислоты.

Глубокіе разрывы стѣнокъ средняго отдѣла рукава могутъ образоваться либо при органическихъ недостаткахъ (врожденный или рубцовый стенозъ), либо при неосторожныхъ акушерскихъ операціяхъ (прищемленіе складокъ рукава щипцами, прободеніе перфораторомъ и т. под.). Въ этомъ случаѣ разрывъ можетъ распространяться не только чрезъ всю толщю рукавной стѣнки, но даже на сосѣдніе органы (мочевой пузырь, прямая кишка) и составлять, такимъ образомъ, очень опасное поврежденіе. Въ пуэрперальномъ періодѣ такіе разрывы даютъ обширное нагноеніе, съ затеками гноя по клѣтчаткѣ таза и съ помертвѣніемъ тканей. Поэтому они (даже безъ поврежденія мочевого пузыря) часто оканчиваются смертію, и въ самомъ лучшемъ случаѣ оставляютъ послѣ себя большія рубцовыя суженія влагалища. Тоже самое можетъ быть при помертвѣннй стѣнокъ рукава вслѣдствіе слишкомъ продолжительнаго стоянія головки. Въ пуэрперальномъ періодѣ на помертвѣлыхъ мѣстахъ образуются обширныя гонгренозныя язвы съ обильнымъ нагноеніемъ, нерѣдко оставляющія послѣ себя полную отрезію рукава, или рубцовый стенозъ (см. § 227). При лѣченнй такихъ поврежденій надо стараться предот-

вратить атрезію, которая у молодыхъ женщинъ даетъ тяжелыя послѣдствія по невозможности истеченія менструальной крови (гематометра). Съ этою цѣлю при заживленіи раны вкладываютъ въ гранулирующее и постепенно суживающееся мѣсто металлическую трубку. Для предупрежденія обширныхъ изъязвленій при развившемся эндоколпитѣ дѣлають тщательныя промыванія рукава дезинфицирующими жидкостями (двухпроцентный растворъ карболовой кислоты), или постоянную ирригацію. На разорванную рану, если она произошла не отъ помертвѣнія тканей, лучше наложить шовъ. Разрывы въ нижнемъ концѣ рукава почти всегда происходятъ вмѣстѣ съ разрывами промежности, потому объ нихъ будетъ сказано при описаніи послѣднихъ.

в) *Разрывы промежности и половой расщелины.*

§ 260. Разрывъ промежности бываетъ двухъ родовъ: или онъ идетъ вдоль по гарне, отъ уздечки въ направленіи къ заднему проходу, или разрывается самая середина промежности, при цѣлости уздечки и сжимающей мышцы входа рукава. Послѣдній, такъ называемый, центральный разрывъ встрѣчается очень рѣдко. Продольные разрывы (*ruptura vulvo-perinaealis*), смотря по степени поврежденія мягкихъ частей выхода таза, бываютъ неполные (поверхностные) и полные (глубокіе). Подъ первыми мы разумѣемъ такіе разрывы, при которыхъ повреждается не вся толща промежности, а только слизистая оболочка съ частію мышечнаго слоя, или только одна кожа, съ сохраненіемъ мышцъ и апоневрозовъ. При полныхъ или глубокихъ разрывахъ нарушается цѣлость всѣхъ тканей промежности, начиная съ слизистой оболочки рукава и включая наружную кожу. По величинѣ ихъ можно раздѣлить на двѣ степени: 1) когда разрывъ простирается не далѣе половины промежности, 2) когда онъ занимаетъ всю промежность до задняго прохода. Болѣе тяжелыя формы поврежденія, при которыхъ разрывается не только вся промежность, но и сфинктеръ задняго прохода съ частію прямой кишки и задней стѣнки рукава, мы будемъ называть полными осложненными разрывами промежности.

Неполные разрывы у первородящихъ женщинъ встрѣчаются весьма часто. Въ самыхъ легкихъ формахъ, когда напр. разрывается уздечка задней спайки губъ, или слизистая оболочка нижней части рукава или преддверія, эти поврежденія не имѣютъ патологическаго значенія, потому мы на нихъ останавливаться не будемъ. Болѣе значенія имѣютъ разрывы слизистой оболочки и мышцъ рукава съ внутренней стороны промежности. Они бы-

ваютъ различной длины и глубины, нерѣдко образуя подъ кожею родъ мѣшка, гдѣ застаиваются послѣродовыя очищенія и образуются нарывы, иногда распространяющіеся глубоко по клѣтчаткѣ выхода таза. Разрывъ одной кожи промежности, съ сохраненіемъ прочихъ тканей, встрѣчается рѣдко, такъ какъ кожа, обладая значительною степенью эластичности, можетъ растягиваться долѣ другихъ тканей. Поврежденія этого рода обыкновенно представляются въ слѣдующемъ видѣ: уздечка разорвана совершенно, а отъ нея разъединеніе кожи идетъ въ формѣ продольной борозды, которая, чѣмъ дальше, тѣмъ становится мельче и уже, оканчиваясь тонкимъ язычкомъ. Такія ранки не имѣютъ большаго значенія, заростая сами собой въ короткое время. Къ этой же категоріи разрывовъ слѣдуетъ отнести поврежденія кожи на большихъ губахъ, идущія обыкновенно въ поперечномъ направленіи. При обратномъ сокращеніи наружныхъ половыхъ частей, эти ранки скоро закрываются.

Полные разрывы по *garne* обыкновенно начинаются съ слизистой оболочки рукава, или съ уздечки и распространяясь далѣ разъединяютъ всю толщу промежности на двѣ половины. Въ этомъ видѣ, сливаясь съ пологою разщелиною, рана представляется какъ бы продолженіемъ послѣдней. Поверхность ея обыкновенно бываетъ ровная, безъ крупныхъ клочковъ и лоскутковъ, темно-краснаго цвѣта. Отъ слизистой оболочки вульвы она отличается отсутствіемъ глянцежитости и легкой зернистостью. Граница между раною и пологою разщелиною опредѣляется, кромѣ свойства поверхности тканей, небольшими сосочками или лоскутками, остающимися на мѣстѣ разорванной уздечки. Задній край раны, постепенно суживаясь, оканчивается въ видѣ остраго угла. Въ этомъ мѣстѣ разрывъ не проникаетъ чрезъ всю толщу промежности, а занимаетъ только кожу и подкожную клѣтчатку. Доходя до задняго прохода, разрывъ кожи иногда раздѣляется на двѣ вѣтви и продолжается въ видѣ полукруга по ту и другую сторону сфинктера.

Такъ какъ разрывъ промежности происходитъ во время сильнаго ея растяженія, при прорѣзываніи головки, то значительнаго кровотеченія и боли при этомъ не бываетъ. По этой причинѣ разрывъ безъ осмотра половыхъ частей можетъ остаться незамѣченнымъ. Спустя нѣсколько часовъ послѣ родовъ края раны немного опухаютъ и воспаляются, иногда отекаютъ. Отекъ нерѣдко распространяется на большія губы, образуя значительную опухоль. Общею лихорадочною реакціею разрывъ обыкновенно не сопровождается.

Въ теченіи послѣдующихъ дней пуэрперальнаго періода мало по малу промежность сокращается и принимаетъ прежніе раз-

мѣры; вслѣдствіе этого и рана значительно уменьшается. Это, однакоже, не указываетъ на восстановленіе промежности. Рана сама собою почти никогда не срастается, по той причинѣ, что края ея, имѣя неподвижную точку на костяхъ таза, при сокращеніи тканей болѣе и болѣе удаляются другъ отъ друга. Кромѣ того, сращенію препятствуютъ затекающія въ рану послѣродовыя очищенія. Поэтому на поверхности разрыва вскорѣ появляются обильныя грануляціи, которыя отчасти закрываютъ задній уголъ раны рубцовой тканью, въ передней же части края остаются не-сросшимися. Отъ этого половая разщелина увеличивается и остается полуоткрытою. При разрывахъ, не простиравшихся далѣе половины промежности это не причиняетъ особенно дурныхъ послѣдствій, но при болѣе значительныхъ поврежденіяхъ, когда уничтожается вся промежность, слѣдовательно нарушается главная точка опоры для органовъ таза, это влечетъ за собою послѣдовательное опущеніе и выпаденіе рукава и матки. При зарубцеваніи такой обширной раны губы половой разщелины сильно оттягиваются назадъ, образуя круто изогнутую дугу, а входъ въ рукавъ представляетъ широкую, зияющую щель. Послѣдствіемъ такого измѣненія половой разщелины является хроническій катарръ рукава и матки и опущеніе этихъ органовъ внизъ. Бѣли здѣсь происходятъ отъ доступа въ рукавъ внѣшняго воздуха и пыли. Этимъ же поддерживается хроническое воспаленіе матки. Опущеніе стѣнокъ рукава зависитъ отъ недостатка опоры на днѣ таза, вслѣдствіе чего задняя стѣнка влагалища, образуя крупную складку, выпячивается чрезъ задній уголъ половой щели. Со временемъ рукавъ увлекаетъ за собой и матку, которая сначала наклоняется назадъ, потомъ опускается внизъ до полного выпаденія. Къ этому нужно еще прибавить, что женщина съ застарѣлымъ разрывомъ промежности страдаетъ и морально. Неестественная ширина половой разщелины и постоянныя бѣли нерѣдко роняютъ ее въ мѣшніи мужа, который начинаетъ избѣгать супружескихъ сношеній и подрываетъ семейное счастье. Такія послѣдствія разрыва обязываютъ врача и акушерку относиться къ этому поврежденію съ полнымъ вниманіемъ, принимая свое-временно мѣры къ сохраненію, или восстановленію промежности. Сшиваніе раны должно быть производимо тотчасъ послѣ выхожденія послѣда.

§ 261. *Центральнымъ разрывомъ* называется такое поврежденіе, при которомъ растянутая промежность разрывается въ своей срединѣ, съ сохраненіемъ задней спайки половой разщелины и сжимательной мышцы задняго прохода. При этомъ ребенокъ и послѣдъ обыкновенно выходятъ не чрезъ половую разщелину, а чрезъ рану. Тотчасъ послѣ родовъ рана обыкновенно представ-

ляетъ зіяющее отверстіе, величиною въ кулакъ, неправильно округлой формы, съ вывороченными впередъ, зубчатыми и припухшими краями. Половая разщелина при этомъ сильно отодвинута впередъ къ лонному соединенію. Задній проходъ не поврежденъ, отстоитъ отъ раны на нѣсколько линій. Задняя стѣнка рукава прорвана или только на мѣстѣ, соответствующемъ разорванной промежности, или разрывъ ея распространяется выше по рукаву.

Центральный разрывъ тотчасъ послѣ родовъ представляетъ такое обширное поврежденіе, при которомъ можно было бы ожидать тяжелыхъ припадковъ. На самомъ же дѣлѣ эта рана не имѣетъ серьезнаго значенія. При ея образованіи боль бываетъ весьма незначительна, такъ какъ промежность растягивается постепенно и въ моментъ разрыва почти совершенно теряетъ чувствительность. По той же причинѣ здѣсь не бываетъ большаго кровотеченія. Заживленіе центральной раны происходитъ гораздо легче, чѣмъ при полныхъ разрывахъ, идущихъ отъ уздечки къ заднему проходу. Этому главнымъ образомъ помогаетъ оставшійся неповрежденнымъ *constrictor cunni*. При его участіи ретракція промежности совершается послѣ родовъ нормальнымъ порядкомъ, вслѣдствіе чего рана чрезъ нѣсколько дней значительно уменьшается въ объемѣ, края ея сближаются, покрываются обильными грануляціями и недѣли черезъ двѣ прорванное отверстіе зарастаетъ рубцовой тканью. Такъ какъ половая разщелина при этомъ не измѣняетъ своего положенія и не остается открытою, органы таза не теряютъ своей точки опоры, то зажившій центральный разрывъ не влечетъ за собою тѣхъ неблагоприятныхъ послѣдствій, о которыхъ было сказано выше, при полныхъ разрывахъ. Имѣя случай наблюдать это поврежденіе два раза въ своей практикѣ, я вынесъ убѣжденіе, что рана центрального разрыва не требуетъ искусственнаго зашиванія: она заживаетъ сама собою при соблюденіи чистоты.

Осложненія разрыва промежности поврежденіемъ прямой кишки встрѣчаются сравнительно рѣдко. Здѣсь разрывъ большею частию начинается съ центральной части промежности и, при неблагоприятныхъ условіяхъ, распространяется впередъ и назадъ, разрушая какъ слайку губъ, такъ и сжимательную мышцу задняго прохода. Рѣдко онъ распространяется еще вверхъ по передней стѣнкѣ прямой кишки и по задней стѣнкѣ рукава. Младенецъ въ этомъ случаѣ выходитъ чрезъ рану, какъ бы изъ задняго прохода. Это тяжелое поврежденіе оставляетъ за собою обширное разрушеніе тканей. Непосредственно послѣ родовъ рукавъ и задній проходъ, сливаясь между собою, образуютъ обширную, зіяющую kloaku, наполненную свертками крови. Сильное

расхождение краевъ раны здѣсь происходитъ отъ разрушенія сфинктеровъ рукава и задняго прохода. Такой разрывъ, безъ хирургической помощи, можетъ представлять большія опасности, не столько отъ кровотеченія, сколько отъ помертвѣнія тканей и обширныхъ воспаленій, распространяющихся по тазовой клѣтчаткѣ. При относительно благополучномъ исходѣ, когда рана обрѣтается рубцомъ, промежность совершенно уничтожается, прямая кишка срастается съ соответствующими половинками задней стѣнки рукава, образуя общую клоаку, чрезъ которую не произвольно вытекаютъ жидкія экскременты. Въ виду такихъ послѣдствій, разрывы промежности, осложненные поврежденіемъ прямой кишки и рукава, необходимо сшивать тотчасъ послѣ родовъ.

§ 262. Разрывъ промежности происходитъ почти исключительно во время первыхъ родовъ. У многорождавшихъ женщинъ онъ можетъ образоваться въ видѣ рѣдкаго исключенія, при особыхъ, располагающихъ къ тому, измѣненіяхъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ. Наболѣе всего располагаютъ къ разрыву первые роды въ пожиломъ возрастѣ (послѣ 25 — 30 лѣтъ), преимущественно у субъектовъ полныхъ, имѣющихъ подъ кожей значительный слой жирной клѣтчатки. Къ этому располагаетъ также неожиданное и слишкомъ быстрое прорѣзываніе головки, особенно при неудобномъ положеніи роженицы, слишкомъ объемистая головка, очень широкая, неуступчивая, или неправильно развитая промежность, слишкомъ узкая половая расщелина и незначительное поклоненіе таза. Разрывъ чаще всего происходитъ во время прорѣзыванія головки, особенно въ лицевомъ положеніи, но онъ можетъ образоваться и во время прохожденія плечиковъ. Изъ случайныхъ причинъ къ разрыву располагаютъ существующіе на промежности язвы, опухоли и старые рубцы.

О предохранительныхъ мѣрахъ противъ разрыва промежности было сказано въ § 112—114 (стр. 146—153), а техническія правила сшиванія разрывовъ подробно излагаются въ оперативной хирургіи.

г) Кровяная опухоль рукава и наружныхъ половыхъ частей [ГЕМАТОМА].

§ 263. Кровяная опухоль рукава, или наружныхъ половыхъ частей образуется вслѣдствіе разрыва глубоко лежащихъ сосудовъ, преимущественно венъ, безъ прободенія наружныхъ тканей. При этомъ изливающаяся кровь задерживается либо въ перивагинальной клѣтчаткѣ, либо въ толщѣ мышечныхъ стѣнокъ, между раздвинутыми ихъ пучками, и выпячиваетъ слизистую оболочку въ видѣ объемистой опухоли, достигающей иногда величины дѣт-

ской головки. Такое кровоизлияніе чаще всего наблюдается въ толщѣ большихъ губъ, рѣже въ вышележащей стѣнкѣ рукава. Обыкновенно оно бываетъ съ одной которой либо стороны. Смотря по мѣсту кровоизліянія (по отношенію разорваннаго сосуда къ фасціямъ таза), кровь образуетъ либо рѣзко ограниченную, эластическую опухоль, либо расплывается по смежнымъ тканямъ, иногда на значительное пространство, образуя разлитую опухоль.

Гематома рукава и вульвы встрѣчается довольно рѣдко. Въ теченіи всей своей практики первую я наблюдалъ всего одинъ разъ (въ Петербургской акушерской клиникѣ), вторую четыре раза. Обыкновенно опухоль образуется во второмъ періодѣ родовъ, при прохожденіи головки чрезъ каналъ таза. Чаще она наблюдалась у первородящихъ. Причина кровоизліянія до сихъ поръ не вполне разъяснена. Обыкновенно ставятъ ее въ связи съ переполненіемъ кавернозныхъ сосудовъ въ нижнемъ отдѣлѣ рукава, при затрудненіи оттока крови вслѣдствіе сильнаго нажиманія выше стоящей головки. При такомъ положеніи вены сильно напруживаются и стѣнки ихъ истончаются. Если во время дальнѣйшаго движенія головки оттокъ крови не будетъ восстановленъ, то при нажиманіи этою послѣднею на напряженные сосуды стѣнки ихъ могутъ лопнуть. Подобное напряженіе венъ я неоднократно наблюдалъ при варикозномъ расширеніи ихъ на большихъ губахъ, въ моментъ наружнаго прорѣзыванія головки. Бывали случаи, гдѣ при этомъ варикозный узелъ разрывался и служилъ источникомъ значительнаго кровотеченія. Тоже самое можетъ быть съ глубоко лежащими венами и кавернозными сосудами, независимо отъ варикознаго ихъ растяженія. Разрывъ наружныхъ венъ даетъ открытое кровотеченіе, а при разрывѣ глубокихъ образуется тромбъ или гематома.

Въ большей части случаевъ кровяная опухоль появляется вдругъ, тотчасъ послѣ родовъ, или даже ранѣе выхожденія младенца. Гораздо рѣже она образуется спустя нѣкоторое время въ послѣродовомъ періодѣ. Это можетъ быть именно тогда, когда стѣнка сосуда при прохожденіи младенца не была вполне разорвана, а только измята или некротизирована, или надрывъ былъ слишкомъ малъ. Въ первомъ случаѣ кровотеченіе является послѣ отдѣленія помертвѣлаго куска стѣнокъ сосуда, во второмъ кровь изливается небольшою струею и лишь мало помалу образуетъ большую опухоль.

Образованіе гематомы всегда сопровождается значительною болью въ пораженныхъ частяхъ. При большой потерѣ крови являются признаки общей анеміи. Если гематома образовалась ранѣе выхожденія ребенка, то во время родовъ она большею частію разрывается, кровь вытекаетъ наружу и опухоль спадается;

но въ такихъ случаяхъ кроветеченіе послѣ родовъ обыкновенно возобновляется. Вскрытіе опухоли можетъ послѣдовать и послѣ родовъ, если кровяная полость находится непосредственно подъ истонченною слизистою оболочкою. Такіе случаи болѣе опасны по причинѣ могущихъ повторяться обильныхъ кроветеченій, но они и болѣе рѣдки. Чаще гематома остается въ видѣ напряженной синеватаго цвѣта опухоли, закрывающей просвѣтъ рукава, плотной, или флюктуирующей, смотря потому содержитъ ли она свернувшуюся, или жидкую кровь. Если опухоль очень велика, то она, кромѣ боли и анеміи, вызываетъ припадки затрудненнаго мочеиспусканія и испражненія нанизъ. Дальнѣйшій исходъ болѣзни зависитъ отъ того, произойдетъ ли всасываніе излившейся крови, при умѣренномъ реактивномъ воспаленіи окружающихъ тканей, или образуется нарывъ. Всасываніе обыкновенно происходитъ въ томъ случаѣ, когда гематома не особенно велика, нѣтъ большаго разрушенія и отслойки тканей, когда въ полость кровянаго мѣшка не проникаетъ воздухъ. Въ противномъ случаѣ измятыя и прижатыя ткани омертвѣваютъ, кровь разлагается, въ окружающей кѣлтчаткѣ образуются нарывы съ гнойными затеками и фистулезными ходами. Такіе нарывы особенно опасны въ глубинѣ таза (при внутренней гематомѣ); при кровезилианіи же въ наружныхъ половыхъ частяхъ они вскрываются наружу безъ дурныхъ послѣдствій.

§ 264. *Личеніе.* Тотчасъ по образованіи кровяной опухоли слѣдуетъ заботиться о томъ, чтобы она не увеличивалась отъ вновь изливающейся крови. Этой цѣли всего болѣе удовлетворяетъ прикладываніе льда, снѣга, или холодныхъ компрессовъ. Если гематома образовалась ранѣе выхожденія младенца, то слѣдуетъ скорѣе окончить роды искусственно. Въ случаѣ стѣсненія родоваго канала опухолью, ее предварительно вскрываютъ и опорожняютъ. Если вскрытая или произвольно лопнувшая опухоль послѣ родовъ начинаетъ сильно кровоточить, кроветеченіе останавливаютъ посредствомъ прижатія пальцами, или наложеніемъ тампона, намоченнаго растворомъ полуторнохлористаго желѣза. При этомъ нажиманіе слѣдуетъ дѣлать снаружи кровянаго мѣшка, чрезъ его стѣнки, а не вкладывать шарики тампона въ его полость, что можетъ вызвать сильное раздраженіе и послѣдующее обильное нагноеніе. При закрытой гематомѣ, если опухоль не увеличивается, ее предоставляютъ самой себѣ, ожидая всасыванія и заботясь лишь о томъ, чтобы въ рукавѣ не застаивались послѣродовыя очищенія. Въ случаяхъ не особенно трудныхъ опухоль исчезаетъ въ теченіи 1—2 недѣль, безъ большой реакціи. Если же по ходу болѣзни на это рассчитывать нельзя (при очень большой гематомѣ и начинающемся помертвѣніи ея

покрововъ, при сильной воспалительной реакціи), то опухоль вскрываютъ большимъ разрѣзомъ и на очищенную отъ свертковъ полость накладываютъ антисептическую перевязку. Со вскрытіемъ гематомы никогда не слѣдуетъ спѣшить, потому что раннее вскрытіе часто даетъ повтореніе кровотеченія, а по истеченіи нѣсколькихъ дней кровотоочивнѣй сосудъ закрывается тромбомъ и зарастаетъ.

3) осложненія со стороны послѣда.

а) *Выпаденіе пуповины.*

§ 265. Выпаденіемъ пуповины называется такое ея расположеніе, при которомъ она во время родовъ помѣщается сбоку или впереди предлежащей части, а послѣ разрыва плоднаго пузыря выходитъ въ рукавъ или наружу ранѣ рожденія ребенка. Эта неправильность получаетъ серьезное значенія только послѣ излитія водъ, поэтому выпаденіемъ пуповины въ строгомъ смыслѣ называютъ открытое ея положеніе впереди младенца, а до разрыва пузыря это называется предлежаніемъ пуповины. При опущеніи петли пупочнаго канатика она большею частію выскользываетъ по боковой или крестцовоподвздошной выемкѣ таза, очень рѣдко со стороны передней стѣнки. Выпаденіе пуповины происходитъ вслѣдствіе того, что предлежащая часть въ концѣ беременности, или во время родовъ, не плотно обхватывается стѣнками нижняго отрѣзка матки. Если при этомъ между стѣнками матки и тѣломъ плода помѣщаются околоплодные воды, а пупочный канатикъ имѣетъ значительную длину, то свободно лежащая петля его легко опускается по удѣльному вѣсу въ самую глубокую часть плоднаго пузыря. Такимъ образомъ можетъ произойти предлежаніе пуповины сбоку головки или ягодицъ, ранѣ наступленія родовъ. Но чаще это образуется во время родовъ, при формированіи плоднаго пузыря. Здѣсь выпаденію пуповины содѣйствуютъ: 1) слишкомъ большое количество околоплодныхъ водъ, при слабой резистенціи стѣнокъ нижняго отрѣзка матки. Если во время потуги мышцы этого отдѣла матки надлежащимъ образомъ не сокращаются, то воды прогоняются сверху внизъ, между предлежащею частію и маточными стѣнками, широкою струей, которая можетъ увлечь вмѣстѣ съ собой и пуповину. Такимъ образомъ пуповина можетъ выпадать даже при нормальномъ количествѣ водъ, вслѣдствіе недостаточной сократительной дѣятельности мышцъ маточной шейки. 2) Косое или поперечное положеніе плода. При этомъ

положеніи входъ таза не бываетъ закрытъ подлежащею частью вслѣдствіе чего воды при каждой потугѣ вытѣсняются изъ верхняго отдѣла матки въ нижній, ненормально растягиваютъ шейку и часто увлекаютъ за собою пуповину. Тоже самое происходитъ при узкомъ тазѣ и при ягодичномъ положеніи, когда подлежащая часть долго стоитъ надъ входомъ въ тазъ, оставаясь подвижною. При этомъ, вслѣдствіе растяженія шейки плоднымъ пузыремъ, стѣнки ея не обхватываютъ подлежащей части, которая во время потуги нерѣдко приподнимается вверхъ силою обратнаго давленія со стороны нижняго отрѣзка плоднаго пузыря. 3) Случайными причинами выпаденія пуповины могутъ быть: слишкомъ большая ея длина, низкое прикрѣпленіе плаценты, быстрое и преждевременное излитіе водъ при столчемъ положеніи роженицы, неправильное членорасположеніе плода. Эти причины имѣютъ второстепенное значеніе. Описываемая неправильность чаще встрѣчается у многорождавшихъ женщинъ, рѣже у первородящихъ. У послѣднихъ это бываетъ почти исключительно при узкихъ тазахъ, при поперечныхъ и ягодичныхъ положеніяхъ. Многорождавшія женщины болѣе расположены къ выпаденію пуповины потому, что у нихъ стѣнки маточной шейки болѣе вилы и уступчивы, слѣдовательно не такъ плотно обхватываютъ плодъ. Кромѣ того у нихъ чаще встрѣчаются поперечныя положенія, чѣмъ у первородящихъ.

§ 266. *Распознать* выпаденіе пуповины очень легко, не только послѣ излитія водъ, когда пуповина опускается въ рукавъ, или даже между наружными половыми частями, но и во время ея предлежанія. Въ послѣднемъ случаѣ она ощупывается чрезъ оболочки пузыря пальцемъ, сбоку или впереди подлежащей части, и отличается отъ мелкихъ частей младенца по своей характерной мягкости и подвижности. При жизни плода распознаваніе дѣлается еще легче по пульсаціи сосудовъ пуповины. На присутствіе или отсутствіе этого признака необходимо всегда обращать вниманіе, не столько въ видахъ пополненія діагностики, сколько для опредѣленія жизни или смерти плода. потому что въ связи съ этимъ будетъ находиться дальнѣйшій планъ акушерскаго пособія. До разрыва пузыря жизнь плода удобнѣе опредѣлять по выслушиванію сердцебиенія и по движенію, такъ какъ въ это время пульсацію пуповины не всегда можно опредѣлить безошибочно. Если же петля пуповины находится уже въ рукавѣ, гдѣ ее легко ощупать пальцами со всѣхъ сторонъ, то по отсутствію пульсаціи, по вялости и охлажденію выпавшей петли можно съ увѣренностію заключить о прекращеніи жизни плода.

Выпаденіе пуповины опасно только для ребенка, на ходъ же родовъ и на здоровье матери оно не имѣетъ почти никакого вліянія. Поэтому всѣ оперативныя пособія при этой неправильности имѣютъ показаніе только при жизни плода. Опасность для младенца при выпаденіи пуповины зависитъ главнымъ образомъ отъ прижатія ея предлежащею частию къ стѣнкамъ таза, а частию также отъ охлаждения, въ томъ случаѣ, когда петля выпадаетъ наружу. Въ томъ и другомъ случаѣ, при остановкѣ кровообращенія въ сосудахъ пуповины, прекращается газообмѣнъ въ плацентѣ и ребенокъ быстро погибаетъ отъ асфиксіи. Такая опасность быстрѣе наступаетъ при черешныхъ и ягодичныхъ положеніяхъ, медленнѣе при поперечныхъ и неполныхъ тазовыхъ (колѣнками и ножками), что зависитъ отъ условій, въ первомъ случаѣ болѣе благопріятствующихъ, во второмъ менѣе благопріятствующихъ прижатію. Во всякомъ случаѣ выпаденіе пуповины всегда угрожаетъ ребенку большою опасностію, если это случается при неподготовленныхъ родовыхъ путяхъ, когда нельзя быстро окончить роды. Мертворожденныхъ дѣтей при этомъ осложненіи бываетъ не менѣе 50%, даже при своевременной акушерской помощи, а при отсутствіи послѣдней дѣти почти всѣ погибають. Опасность прижатія преимущественно является послѣ излитія воды, когда предлежащая часть плотнѣе втѣдряется во входъ таза, но давленіе на пуповину можетъ произойти въ иныхъ случаяхъ и ранѣе разрыва пузыря, если предлежащая часть плотно устанавливается во входѣ.

§ 267. *Лѣченіе.* Пособія при выпаденіи пуповины показываются исключительно въ видахъ спасенія ребенка; поэтому они имѣютъ мѣсто только при живомъ плодѣ. Цѣль пособія состоитъ либо въ удаленіи пуповины съ того мѣста, гдѣ она можетъ быть прижата (вправленіе въ полость матки), либо въ извлеченіи младенца. Вправленіе дѣлается въ тѣхъ случаяхъ, когда половые пути не подготовлены, слѣдовательно когда нельзя рассчитывать на быстрое искусственное окончаніе родовъ безъ вреда для матери.

При предлежаніи пуповины, до разрыва пузыря, ограничиваются выжидательнымъ лѣченіемъ, наблюдая лишь за тѣмъ, чтобы оболочки не разорвались раньше времени, при маломъ раскрытіи зѣва (осторожное изслѣдованіе, запрещеніе выработывать потуги). Роженицу въ это время удобнѣе положить на бокъ, противуположный той сторонѣ, съ которой опускается петля пуповины, и съ нѣсколькими приподнятымъ тазомъ. При этомъ иногда можно рассчитывать, что, по мѣрѣ опусканія предлежащей части, пуповина отойдетъ вверхъ. Попытки вправлять ее черезъ оболочки не могутъ дать удовлетворительныхъ результатовъ, а скорѣе могутъ

повредить дѣлу, въ случаѣ неосторожнаго прорыванія пузыря. Точно также не можетъ принести пользы тампонація рукава: вправленію она не содѣйствуетъ, а скорѣе располагаетъ къ большому опущенію и прижатію выпавшей петли и къ преждевременному разрыву пузыря.

Если пуповина выпадаетъ въ рукавъ, послѣ излітія водъ, когда половые пути недостаточно еще подготовлены, подлежащая часть стоитъ высоко и рыльце открыто не болѣе, какъ на два или на три пальца, тогда немедленно приступаютъ къ ея вправленію. Это дѣлается либо рукой, либо инструментами. Ручное вправленіе надежнѣе, потому что при немъ всѣ выпавшія петли вводятся въ матку заразъ и сосуды пуповины не подвергаются такому давленію, какъ при захватываніи инструментомъ. Ручное вправленіе должно быть производимо *при коленно-локтевомъ положеніи роженицы*. Выгода этого положенія заключается въ томъ, что при немъ дно матки опускается ниже остальныхъ участковъ этого органа и сильно ослабляется давленіе брюшинаго пресса. Поэтому, вправленная пуповина при этомъ положеніи легко опускается сама собою въ глубокую часть верхняго маточнаго отрѣзка, чѣмъ предотвращается повтореніе выпаденія, почти всегда являющееся при спинномъ положеніи. Кромѣ того, при коленно-локтевомъ положеніи подлежащая часть, отходя вверху, дѣлается болѣе подвижною, потому легче пропускаетъ руку въ полость матки. Наконецъ, при этомъ положеніи легче удержать въ маткѣ часть околоплодныхъ водъ. Вправленіе производится полною рукой. Весь выпавшій свертокъ пуповины захватывается между пальцами и проводится выше головки. Операция дѣлается во время родовой паузы. Во время проведенія руки черезъ шейку дно матки фиксируется снаружи другою рукой, чтобы избѣжать сильнаго отодвиганія матки вверхъ и большаго напряженія или поврежденія ея связокъ. По окончаніи операціи руку слѣдуетъ выводить медленно и, если можно, инымъ путемъ, чѣмъ она была введена, а на прежнее мѣсто отодвинуть головку. Послѣ вправленія роженица остается въ коленно-локтевомъ положеніи въ продолженіи нѣсколькихъ потугъ, при чемъ рука оператора не выводится изъ рукава, а остается близъ маточной шейки съ цѣлю контролировать вставленіе головки и вторичное опущеніе пуповины, если бы это оказалось. Когда головка плотно фиксируется во входѣ таза, роженицу осторожно кладутъ на бокъ, противоположный сторонѣ выпаденія, съ приподнятымъ крестцомъ и съ полуоборотомъ въ сторону живота. Рука послѣ этого вынимается.

Если бы оказалось, что при вышеописанныхъ манипуляціяхъ пуповина не удерживается въ маткѣ, а головка, при сла-

быхъ потугахъ, не вставляется во входъ таза, то во избѣжаніе излишняго раздраженія матки при повторныхъ попыткахъ вправленія, лучше сдѣлать поворотъ на ножки. Послѣ поворота и извлеченія ножки въ рукавъ, когда ягодицы фиксируются во входѣ таза, пуповина выпадать не можетъ. Поэтому дѣльнѣйшій ходъ родовъ можно предоставить силамъ природы, если только нѣтъ угрожающихъ признаковъ со стороны сердцебиенія младенца. Въ противномъ случаѣ, а равно при большой медленности родовъ, по причинѣ слабыхъ потугъ, можно извлечь младенца искусственно. При узкомъ тазѣ, вслучаѣ неудачи вправленія пуповины, выгоднѣе совсѣмъ отказаться отъ поворота и предоставить ребенка своей участи, такъ какъ при этомъ плодъ погибаетъ независимо отъ выпаденія пуповины, а для матери положеніе его нижнимъ концомъ даетъ больше затрудненій и опасностей.

Если пуповина выпадаетъ въ началѣ родовъ, при преждевременномъ истеченіи околоплодныхъ водъ, когда рыльце открыто не болѣе какъ на одинъ, или на два пальца, тогда вправленіе дѣлаютъ помощію инструментовъ. Такихъ инструментовъ предложено было нѣсколько, но всѣ они оказались мало пригодными. Болѣе другихъ пользуются практическимъ примѣненіемъ палочка *Брауна* и репозиторій *Морфи*; но и эти инструменты не достигаютъ цѣли. Не-выгоды ихъ состоятъ въ томъ, что они не могутъ захватить всего выпавшаго свертка пуповины, а только одну каторую либо петлю. Поэтому, во время проведенія въ матку захваченной части, остальные участки пуповины свободно снова выскальзываютъ внизъ. Кромѣ того, репозиторій, захватывая пуповину, самъ по себѣ можетъ причинить ея прижатіе. Поэтому, при неоткрытомъ рыльцѣ, указанные инструменты не могутъ оказать больше услугъ, чѣмъ ручное вправленіе двумя пальцами. Если же это не удастся, а роды при неподготовленности половыхъ путей не могутъ быть окончены искусственнымъ извлеченіемъ младенца, то на сохраненіе его жизни нельзя разсчитывать. Тогда на выпаденіе пуповины уже не обращаютъ вниманія (къ тому же плодъ при такихъ условіяхъ обыкновенно скоро умираетъ), а ведутъ роды такъ, какъ будто бы этого осложненія не существовало.

Если пуповина выпадаетъ при поперечномъ положеніи, то при первой возможности дѣлаютъ поворотъ на ножки. При высоко стоящихъ ягодицахъ, послѣ вправленія пуповины, стараются вывести въ рукавъ одну ножку и фиксировать ягодицы во входѣ таза.

б) Задержаніе послѣда.

§ 268. Задержаніе послѣда происходитъ: 1) отъ спазмодической стриктуры матки, 2) отъ слишкомъ большого объема дѣтс-

каго мѣста и отклоненія матки отъ оси тазоваго входа и 3) отъ патологическаго приращенія плаценты къ маткѣ. Первая изъ этихъ причинъ встрѣчается чаще всего и зависитъ главнымъ образомъ отъ неумѣлаго примѣненія пособій въ послѣднемъ періодѣ родовъ. Чаще всего въ этомъ отношеніи вредятъ: растиранія матки, потягиванія за пуповину, частое изслѣдованіе и вообще раздраженіе нижняго отрѣзка матки, а также употребленіе спорыши. Отъ этихъ причинъ легко вызывается спазмодическое сжатіе внутренняго маточнаго устья, такъ какъ здѣсь циркулярныя мышечныя пучки бываютъ значительно развиты. Спазмъ можетъ произойти также отъ раздраженія и воспаленія внутренней поверхности матки, вслѣдствіе преждевременнаго излітія водъ и большой продолжительности родовъ, а также отъ общихъ причинъ, напр. простуды тѣла, нервной раздражительности роженицы и т. д. Въ этихъ случаяхъ спазмодическія погуги иногда появляются еще до выходженія плода, а въ періодѣ послѣда таже причина вызываетъ судорожное стягиваніе зѣва. Растиранія матки вызываютъ судорожную стриктуру въ томъ случаѣ, когда они дѣлаются неосторожно и неумѣло, не противъ дна, а въ области внутренняго рыльца. *Secale cornutum* нерѣдко бываетъ причиною спазма, потому что оно вызываетъ тетаническое стягиваніе матки, а не правильную поугу. Благодаря указаннымъ причинамъ, спазмодическое ущемленіе послѣда чаще встрѣчается у торопливыхъ акушеровъ, желающихъ поскорѣе удалить плаценту, а также въ клиникахъ, при очень частомъ изслѣдованіи рожениць, или при дурныхъ гигиеническихъ условіяхъ обстановки роженицы (простуда).

При стриктурѣ внутренняго зѣва матка оказывается перехваченной въ видѣ песочныхъ часовъ. Тѣло ея вытянуто въ длину, или колбообразно расширено, дно стоитъ очень высоко, а лежащій ниже перетяжки цервикальный каналъ представляется вѣлымъ и расширеннымъ. Отъ этого онъ нерѣдко оказывается длиннѣе верхняго отдѣла матки, такъ что при проведеніи руки кажется, что стриктура занимаетъ не внутренній зѣвъ, а средину тѣла. Стриктура обыкновенно бываетъ на столько велика, что почти совершенно закрываетъ сообщеніе съ вышележащимъ участкомъ матки и нерѣдко настолько сильна, что съ трудомъ уступаетъ постепенному напору пальцевъ при проведеніи руки. Плацента иногда помѣщается вся выше стриктуры, иногда тоже перехватывается на двое: одна часть ея остается въ верхнемъ отрѣзкѣ, другая лежитъ въ расслабленной шейкѣ, а мѣсто перехвата бываетъ на столько сжато, что нижній участокъ плаценты представляется какъ бы висящимъ на пожкѣ. Это обстоятельство иногда неопытнымъ акушерамъ даетъ поводъ къ ошибочному предположенію о приращеніи плаценты, принимая растянутую шейку

за полость матки, мѣсто стриктуры за дно матки, а плацентарный перехватъ за приращеніе. Я помню одинъ случай произведеннаго мною судебно-акушерскаго изслѣдованія, гдѣ смерть роженицы произошла именно отъ этой ошибки, такъ какъ оставшійся выше перехвата кусокъ плаценты, незамѣченный акушеромъ во время операціи, послужилъ поводомъ къ смертельному кровотеченію.

Слишкомъ большая плацента часто задерживается въ нижнемъ отрѣзкѣ матки, выше или ниже внутренняго рыльца. Это происходитъ либо вслѣдствіе недостаточнаго сокращенія шейки, либо отъ искривленія пуэрперальной матки. Это послѣднее не рѣдко бываетъ у многорождавшихъ женщинъ съ обвислымъ животомъ, когда матка, при отсутствіи фиксаціи со стороны брюшныхъ стѣнокъ, легко склоняется по тяжести своей впередъ или въ сторону. Такое искривленіе часто вызывается перемѣною положенія роженицы, или неправильнымъ наружнымъ давленіемъ. При измѣненіи оси матки отдѣлившаяся плацента задерживается на мѣстѣ перегиба, чаще всего за верхнимъ краемъ лонныхъ костей. При этомъ дно и тѣло матки обыкновенно находятся въ сокращенномъ состояніи, большая часть плаценты помѣщается въ шейкѣ, а верхняя доля ея ущемляется во внутреннемъ рыльцѣ.

Приращеніе плаценты наблюдается весьма рѣдко. Если въ акушерской практикѣ часто діагностировали эту неправильность, особенно въ прежнее время, то въ наибольшемъ числѣ случаевъ такая діагностика основывалась на ошибкахъ. Ошибка происходила либо отъ того, что за приращеніе принимали мѣсто ущемленія, особенно въ верхнемъ углу матки, около фоллопиевой трубы, либо отъ неловкаго введенія руки во время операціи, именно, когда рука вводилась по пупочному канатику въ полость плоднаго пузыря, при чемъ для отдѣленія плаценты необходимо было прорывать плевы, чтобы захватить дѣтское мѣсто съ маточной стороны въ полную ладонь. Такимъ образомъ разрывъ плевъ около края плаценты могъ быть принимаемъ за отлущеніе приращеннаго мѣста.

Дѣйствительное приращеніе можетъ образоваться вслѣдствіе бывшаго во время беременности воспаленія запоздалой оболочки, сопровождающагося разрастаніемъ плацентарной соединительной ткани, или вслѣдствіе недостаточнаго развитія желѣзистаго слоя отпадающей оболочки. Въ послѣднемъ случаѣ отпадающая оболочка остается плотною, не разрыхленною, связь ея съ мышечнымъ слоемъ до конца беременности не измѣняется, вслѣдствіе чего произвольное отдѣленіе плаценты во время родовъ дѣлается на этихъ мѣстахъ невозможнымъ. Такой дефектъ развитія большею частію связанъ своимъ происхожденіемъ тоже бывшему вос-

паленію отпадающей оболочки. Срощенія подобнаго рода никогда не бывають слишкомъ обширны, иначе это повлекло бы за собой раннее умираніе плода, отъ разстройства плацентарнаго кровообращенія, и выкидышъ или несрочные роды. Поэтому при срочныхъ родахъ срощенія обыкновенно оказываются на поверхности не болѣе серебряннаго рубля, и то въ сравнительно рѣдкихъ случаяхъ.

§ 269. Задержаніе плаценты вызываетъ два опасныхъ симптома: 1) маточное кровотеченіе и 2) гнилостное воспаленіе матки, если плацента не будетъ въ свое время удалена. Кровотеченіе здѣсь происходитъ вслѣдствіе неполнаго сокращенія матки. Если плацента отдѣлилась только частію, а другая часть остается въ связи съ маточными стѣнками, то кровь идетъ изъ маточныхъ сосудовъ обнаженной части, какъ при *placenta praevia*. Если же плацента совершенно отдѣлена, но не выходитъ изъ матки вслѣдствіе ущемленія, или, напротивъ, вслѣдствіе атоніи маточныхъ стѣнокъ, то количество истекающей крови будетъ зависѣть отъ степени сокращенія верхняго отръзка матки. При спазмодическомъ ущемленіи плаценты кровотеченіе можетъ быть умѣреннѣе, потому что здѣсь матка выше стриктуры обыкновенно бываетъ плотно сокращена, полость ея наполнена дѣтскимъ мѣстомъ и свертками крови, которые частію закрываютъ просвѣты обнаженныхъ плацентарныхъ сосудовъ. Обильное, даже смертельное внутреннее кровотеченіе въ этихъ случаяхъ можетъ происходить только при ослабленіи матки, при чемъ полость ея можетъ сильно растягиваться и вмѣщать огромное количество крови. Вообще, чѣмъ слабѣе сократительная дѣятельность матки, тѣмъ опаснѣе кровотеченіе. Задержаніе плаценты въ этомъ отношеніи содѣйствуетъ кровотеченію именно потому, что оно препятствуетъ полному и равномерному сокращенію маточныхъ стѣнокъ. Поэтому тѣ виды задержанія, при которыхъ нѣтъ ущемленія дѣтскаго мѣста, слѣдовательно нѣтъ стягиванія матки, принадлежатъ къ числу самыхъ опасныхъ. Опасность кровотеченія болѣе всего бываетъ въ первые часы послѣ рожденія ребенка, но больная не гарантирована отъ этого и въ послѣдующее время, пока въ маткѣ остается хотя одинъ кусокъ плаценты. Я встрѣчалъ при такихъ условіяхъ весьма опасныя кровотеченія на второй, на третій день послѣ родовъ и позднеѣ.

Если кровотеченіе было не очень сильно и внутренній маточный зѣвъ плотно сокращенъ, то плацента можетъ оставаться въ маткѣ иногда очень продолжительное время. Дальнѣйшій исходъ такого состоянія будетъ зависѣть отъ того, проникаетъ ли въ матку воздухъ, или нѣтъ. При доступѣ воздуха (при неполномъ сокращеніи внутренняго зѣва) плацента быстро начина-

еть разлагаться (на второй или третій день), изъ матки появляется истеченіе грязной, вонючей жидкости, вмѣстѣ съ тѣмъ развивается лихорадка, нерѣдко съ потрясающими ознобами (*endometritis putrida, septicemia, peritonitis*). Отъ этого больная часто погибаетъ. Но такой исходъ нельзя считать постояннымъ. Случается нерѣдко, что плацента, оставшаяся въ маткѣ, не подвергается гніенію, если маточный зѣвъ остается все время закрытымъ. Въ этомъ случаѣ кровотеченіе можетъ остановиться отъ плотнаго закупориванія плацентарныхъ сосудовъ тромбами, а самая плацента, сильно сжатая маткою, дѣлается безкровною, блѣдною, сухою. Въ такомъ видѣ она можетъ оставаться въ маткѣ въ продолженіи нѣсколькихъ недѣль и потомъ выдѣляется послѣ полной инволюціи матки. Такие случаи я встрѣчалъ нѣсколько разъ. Эти исключительные примѣры, однакоже, не даютъ права примѣнять при задержаніи послѣда выжидательный способъ леченія, такъ какъ при этомъ гораздо чаще можно разсчитывать на опасныя послѣдствія (кровотеченіе, или разложеніе плаценты).

§ 270. *Льченіе.* О мѣрахъ, предупреждающихъ задержаніе плаценты было сказано въ § 116 (стр. 155). Если же задержаніе произошло, то здѣсь является уже вопросъ объ операціи удаленія послѣда введенною въ матку рукой. При этомъ нужно имѣть въ виду, что эта операція нерѣдко оказывается весьма серьезною; поэтому слѣдуетъ прибѣгать къ ней только въ крайнемъ случаѣ, когда другія мѣры не помогаютъ, а дольше оставлять роженицу въ такомъ положеніи невозможно. Время для операціи опредѣляется главнымъ образомъ степенью существующаго кровотеченія. Если оно очень сильно, то послѣдъ иногда приходится удалять тотчасъ послѣ рожденія младенца; при умѣренномъ же кровотеченіи можно ждать часъ и болѣе, ограничиваясь наружными пособіями. Выжиданіе преимущественно умѣстно при спазмодическомъ ущемленіи плаценты, съ одной стороны потому, что стриктура матки можетъ быть иногда устранена другими средствами (теплыми припарки на животъ, подкожное впрыскиваніе морфія), съ другой стороны потому, что при ущемленіи самая операція труднѣе и опаснѣе. Вмѣстѣ съ тѣмъ нельзя упускать изъ вниманія и то обстоятельство, что чѣмъ больше пройдетъ времени послѣ родовъ, тѣмъ труднѣе провести руку въ сокращенную матку. Самые трудные и опасные случаи удаленія плаценты именно тѣ, когда операцію приходится дѣлать на второй, или на третій день послѣ родовъ, или еще позднѣе. Здѣсь является не только механическое препятствіе для проведенія руки со стороны плотно сокращенной матки, но и опасность разрыва маточныхъ стѣнокъ, въ которыхъ къ этому времени начинается уже жировое перерожденіе (процессъ инволюціи). Поэтому жела-

тельно, чтобы въ случаяхъ, гдѣ ручное извлеченіе плаценты необходимо, производить эту операцію не позже нѣсколькихъ часовъ послѣ родовъ.

Неблагоприятными случайностями операціи можетъ быть: слишкомъ большое растяженіе, или даже разрывъ связокъ матки во время проведенія руки чрезъ сокращенную шейку, поврежденіе маточныхъ стѣнокъ во время отдѣленія прирощенной плаценты и возможность занесенія въ матку на рукѣ инфекціонныхъ ферментовъ. Противъ этихъ случайностей необходимо своевременно принимать соотвѣтствующія мѣры.

Операція извлеченія послѣда производится слѣдующимъ образомъ⁽¹⁾. Больная остается въ лежачемъ положеніи на спинѣ, съ согнутыми и слегка разведенными колѣнами. Операторъ садится сбоку кровати, обвиваетъ свободный конецъ пуповины около двухъ пальцевъ лѣвой руки, а правую руку съ конусообразно сложенными пальцами, предварительно смазанную до половины предплечья масломъ или глицерриномъ, вводитъ въ рукавъ, до наружнаго маточнаго рыльца. При введеніи руки первое препятствіе обыкновенно встрѣчается во входѣ рукава, особенно у первородящихъ. Потому кисть руки здѣсь продвигается осторожно и медленно, слѣдуя проводной линіи таза, чтобы не причинить лишней боли. Въ самомъ влагалищѣ рука всегда проходитъ свободно. Доведя концы пальцевъ до наружнаго маточнаго рыльца, необходимо здѣсь ориентироваться, чтобы не запутаться въ сводахъ и въ складкахъ растянутой шейки. Для этой цѣли лучше всего руководствоваться направленіемъ пуповины, слѣдуя которой легко попасть въ средину рыльца и провести руку въ шейку. Во все это время тыльная поверхность руки должна быть обращена къ задней сторонѣ таза, или точнѣе къ лѣвому крестцово-подвздошному сочлененію. Самый важный моментъ операціи наступаетъ при проведеніи руки чрезъ стриктуру. Въ это время слѣдуетъ имѣть въ виду двѣ опасности: слишкомъ большое отодвиганіе матки вверхъ (растяженіе и разрывъ связокъ) и возможность прорыванія маточной стѣнки. Для устраненія перваго обстоятельства необходимо проводить руку не иначе, какъ придер-

(1) Хлороформированіе передъ операціею я считаю излишнимъ. Стриктуры оно не уничтожаетъ, а между тѣмъ у лицъ, потерявшихъ много крови глубокая наркотизація не безопасна. Сама по себѣ операція не особенно болезненна, если производить ее осторожно. Кромѣ того, при глубокомъ наркозѣ операторъ болѣе склоненъ къ форсированнымъ движеніямъ руки, чего слѣдуетъ болѣе всего избѣгать. Поэтому я хлороформирую только въ исключительныхъ случаяхъ, когда больная не очень малокровна и слишкомъ раздражительна.

живая дно матки снаружи, т. е. производя сверху вниз такое же давление на матку, какому она подвергается со стороны шейки. Это долженъ дѣлать самъ операторъ, свободною рукой, а не помощники, чтобы можно было соразмѣрять силу внутренняго и наружнаго давления. Если стриктура внутренняго рыльца очень сильна, то никогда не слѣдуетъ растягивать ее быстро и насильственно, а нужно проводить кисть руки чрезъ суженное мѣсто постепенно, сначала вкладывая два или три пальца и потомъ, по мѣрѣ ослабленія спазма, исподволь продвигая всю руку ротаторными движеніями. Послѣ проведенія руки въ полость матки, выше стриктуры, операторъ отыскиваетъ плаценту и проходитъ плоской ладонью между ея наружной поверхностью и маточной стѣнкой такимъ образомъ, чтобы вся плацента, съ одного края до другаго, помѣщалась въ ладони. Послѣ этого, захватывая концами согнутыхъ пальцевъ верхній край дѣтскаго мѣста, опускаютъ руку внизъ, при чемъ плацента выворачивается или скатывается по рукѣ. Никогда не слѣдуетъ захватывать дѣтское мѣсто за первый попавшійся край и тащить его ранѣе, чѣмъ концы пальцевъ дойдутъ до противоположнаго края. Отъ этого всегда происходятъ нежелательные разрывы плаценты, при чемъ рѣдко удается низвести этотъ органъ цѣльнымъ, а большею частію приходится снова вводить руку для захватыванія верхней ущемленной доли. Если бы при введеніи руки оказалось, что плацента отдѣлена отъ матки только частію, а другая часть остается въ связи съ маточною стѣнкою, то отдѣленіе этой части удобнѣе всего производить не концами пальцевъ, а лучевымъ краемъ ладони. При существованіи плотныхъ сращеній, имѣющихъ видъ шнурковъ или перемычекъ, они отщипываются ногтями ближе къ плацентарной ткани. При ущемленіи одной дольки въ верхнемъ углу матки, чтобы не принять мѣсто ущемленія за приращеніе, слѣдуетъ контролировать мѣсто положенія введенной руки рукою, лежащею на днѣ матки снаружи, при чемъ по ощупываемому между ними разстоянію можно убѣдиться, находимся ли мы у дна матки, или на границѣ стриктуры. Кроме того стриктура можетъ быть всегда опредѣлена непосредственнымъ ея ощупываніемъ пальцами введенной руки. Если бы по мѣсту положенія плаценты оказалось, что между нею и маткою неудобно провести руку, напр. когда плацента лежитъ на передней маточной стѣнкѣ, то для большаго удобства операціи, можно повернуть болвную, не вынимая руки, на бокъ, или даже поставить въ колѣно-локтевое положеніе, по соображенію оперирующаго. При извлеченіи плаценты изъ рукава необходимо наблюдать, чтобы не оборвались оболочки (см. стр. 158). Из-

влеченный послѣдъ тотчасъ же внимательно осматривается, чтобы убѣдиться всѣ ли его части удалены.

Опасность прорыванія маточныхъ стѣнокъ при операціи извлеченія плаценты можетъ быть особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда матка очень плотно сокращена, слѣдовательно, когда для проведенія руки употребляется слишкомъ большое насиліе и когда въ мышечныхъ стѣнкахъ существуетъ уже жировое перерожденіе (запущенные случаи). Въ такихъ случаяхъ передъ операціею можно назначить теплую ванну и сдѣлать подкожное вприскиваніе морфія. Отъ слишкомъ насильственного проталкиванія руки въ суженное мѣсто всегда слѣдуетъ воздерживаться. Если матка совсѣмъ не пропускаетъ руку (напр. послѣ незрѣлыхъ родовъ), или мы опасаемся за ломкость маточныхъ стѣнокъ (на 3-й или 4-й день послѣ родовъ), то лучше совсѣмъ отказаться отъ насильственного растяженія и оставить плаценту въ маткѣ въ томъ разчетѣ, что она чрезъ нѣсколько дней опустится въ нижній отрѣзокъ, по мѣрѣ инволюціоннаго уменьшенія маточной полости. Если при этомъ внутренній зѣвъ будетъ все время плотно закрытъ, то большой опасности разложенія плаценты не предстоитъ. Въ противномъ случаѣ можно примѣнить постоянную ирригацію полости матки слабымъ растворомъ какой либо дезинфицирующей жидкости.

Если извлеченіе послѣда дѣлается у больной, передъ тѣмъ потерявшей слишкомъ много крови, то передъ операціею нужно имѣть въ запасѣ всѣ средства противъ могущаго послѣдовать коляпса и смерти отъ анэміи мозга.

4) Маточныя кровотеченія послѣ рожденія ребенка.

§ 271. Болѣе или менѣе сильное и опасное кровотеченіе изъ матки можетъ быть какъ до выхожденія послѣда, такъ и послѣ выхожденія. Источникомъ его всегда служитъ плацентарный участокъ матки, именно тѣ сосуды, чрезъ которые происходило во время беременности сообщеніе маточнаго кровообращенія съ плацентарнымъ. Послѣ отдѣленія плаценты отверстія этихъ сосудовъ остаются открытыми. Они закрываются только послѣ сокращенія матки, когда наружные концы этихъ сосудовъ плотно сжимаются окружающими ихъ мышечными пучками маточныхъ стѣнокъ. Послѣ такого сжатія въ плацентарныхъ сосудахъ, выше мѣста ущемленія, образуются тромбы, которыми наружные концы сосудовъ плотно закупориваются. Такимъ образомъ предотвращается послѣродовое маточное кровотеченіе при нормальномъ теченіи родовъ. Въ патологическихъ случаяхъ причиною

кроветеченій, стало быть, служить недостаточное сокращеніе матки въ періодъ отдѣленія послѣда, или въ первые часы послѣ удаленія его изъ матки. Слабое сокращеніе матки можетъ зависѣть отъ разныхъ причинъ. Чаще всего это происходитъ отъ неполнаго отдѣленія плаценты, или отъ задержанія ея въ маткѣ, при чемъ оставшіяся послѣдъ механически препятствуетъ плотному стягиванію матки. Въ другихъ случаяхъ причиною кроветеченія бываетъ *атонія матки*, т. е. слишкомъ вялая сократительность ея стѣнокъ (слабья потуги), или ненормальное сокращеніе ихъ (спазмодическія потуги). Последняя аномалія чаще всего выражается въ формѣ стриктуры внутренняго рыльца, при отсутствіи сокращенія въ днѣ и тѣлѣ матки.

Послѣродовыя маточныя кроветеченія вообще бываютъ очень сильны и часто опасны для жизни. Это объясняется большимъ числомъ и размѣрами калибра кровотокащихъ плацентарныхъ сосудовъ. Всего опаснѣе кроветеченія при атоніи. Они появляются либо тотчасъ послѣ выхожденія младенца, либо послѣ выхожденія послѣда, если матка вслѣдъ за этимъ не сокращается. Можетъ случиться и такъ, что послѣ родовъ матка сокращается хорошо, но спустя нѣкоторое время она снова расслабляется прежде образованія плацентарныхъ тромбовъ. Опасность такого кроветеченія болѣе всего бываетъ въ теченіи первыхъ двухъ часовъ послѣ родовъ. Причины послѣродовой атоніи матки ставятъ въ связи: съ чрезмѣрнымъ растяженіемъ маточныхъ стѣнокъ во время беременности (двойни, *hydramnion*), съ очень быстрыми родами, съ истощеніемъ энергіи мышцъ матки во время слишкомъ продолжительныхъ родовъ, съ психическимъ угнетеніемъ (сильнымъ испугомъ, неумѣренной радостью и т. под.). Вліаніе последней причины, впрочемъ, требуетъ еще дальнѣйшей провѣрки. Послѣродовыя кроветеченія чаще наблюдаются у многорождавшихъ женщинъ, съ вялыми брюшными стѣнками, съ слабою мускулатурою и гидремическою кровью. Я не разъ наблюдалъ какъ бы врожденную наклонность къ этимъ кроветеченіямъ, являющуюся при каждомъ родѣхъ и передававшуюся иногда отъ матери. Случай этого рода можно объяснить какими либо аномаліями въ расположеніи мышечныхъ пучковъ матки и въ ихъ отношеніи къ сосудамъ. Точно также я помню нѣсколько примѣровъ сильнаго маточнаго кроветеченія (разъ даже смертельнаго), являвшагося вслѣдствіе переѣзда родильницы тотчасъ послѣ родовъ изъ квартиры акушерки въ свою собственную квартиру. Это было у особъ, скрывавшихъ свою беременность. Поэтому причина атоніи матки здѣсь могла быть и вслѣдствіе физическаго безпокойства при передвиженіи, и отъ психическаго возбужденія.

§ 272. *Признаки и распознаваніе.* Послѣродовое кровотеченіе не всегда бываетъ наружное. Нерѣдко кровь изливается только въ полость матки, но при сжатомъ внутреннемъ рыльцѣ наружу не выходитъ. Такое внутреннее кровотеченіе можетъ быть очень обильнымъ, можетъ даже убить больную; потому что послѣродовая матка въ состояніи растягиваться до большихъ размѣровъ, слѣдовательно можетъ вмѣщать въ себя большую массу крови. Распознаваніе такихъ случаевъ требуетъ со стороны акушера или акушерки полного вниманія, такъ какъ потеря крови сама по себѣ не вызываетъ болѣзненныхъ ощущеній, слѣдовательно больная можетъ истечь кровью на глазахъ у врача, совершенно не замѣчая того. Даже на наружное кровотеченіе больная можетъ не обратить вниманія, потому что вытекающую кровь она можетъ принять за остатки околоплодной жидкости, или вообще считать такое истеченіе изъ матки, если не нормальнымъ, то по крайней мѣрѣ не опаснымъ. Къ тому же послѣ значительной потери крови обыкновенно появляется склонность ко сну; утомленная предшествовавшими муками роженица охотно поддается этому чувству, изъ дремоты незамѣтно впадаетъ въ обморокъ и такъ можетъ умереть, не испустивъ ни одного стога, не выразивъ никакого чувства страха. Иногда, впрочемъ, ранѣе обморока появляется рвота и припадки судорогъ, что указываетъ на острую анемію мозга и на угрожающую опасность.

Принимая во вниманіе вышеизложенныя обстоятельства, необходимо внимательно наблюдать за каждой роженицей, неотлучно находясь при ней, по крайней мѣрѣ, въ продолженіи одного или двухъ часовъ послѣ родовъ (см. § 133, стр. 178). При этомъ необходимо слѣдить за маткою, ощупывая рукой ея контуры и положеніе дна. При нормальномъ сокращеніи дно матки обыкновенно находится, послѣ выхожденія послѣда, на уровнѣ съ пупкомъ, либо пальца на два выше, или ниже пупка. При внутреннемъ кровотеченіи матка поднимается значительно выше, иногда доходить до ложныхъ реберъ, стѣнки ея дѣлаются дряблыми, контуры неясными. Лице больной дѣлается блѣднымъ, губы бѣлѣютъ, пульсъ едва ощущается, появляются обмороки, иногда рвота. При наружномъ кровотеченіи о количествѣ потерянной крови мы судимъ по массѣ кровяныхъ свертковъ и жидкой крови, скопляющихся на простынѣ.

Предсказаніе. Послѣродовыя кровотеченія могутъ быть опасными только при отсутствіи врачебной помощи. Самое появленіе ихъ въ большинствѣ случаевъ можно приписать только невнимательности акушера или акушерки, потому что при правильномъ наблюденіи за роженицею кровотеченіе, если не всегда можно предупредить, то можно вовремя остановить. Поэтому

тѣ печальные случаи, къ сожалѣнію, до сихъ поръ еще иногда повторяющіеся, когда роженица истекаетъ кровью въ присутствіи врача, должны лежать на его совести. Они объясняются не чѣмъ инымъ, какъ слишкомъ позднимъ распознаваніемъ кровотеченія, стало быть недосмотромъ. Самымъ опаснымъ симптомомъ кровотеченія слѣдуетъ считать судороги. Они указываютъ на сильную анемію мозга, послѣ которой восстановление жизненныхъ силъ не всегда оказывается возможнымъ. Другіе припадки: потеря пульса, рвота, головокруженіе и обмороки не имѣютъ такого угрожающаго значенія. Если только кровотеченіе будетъ быстро остановлено, то больная, не смотря на очень большую потерю крови, оправляется довольно скоро.

§ 273. *Личіе.* При послѣродовомъ кровотеченіи первую и главнѣйшею заботою должно быть возбужденіе сокращенія матки. Только этимъ физиологическимъ путемъ можно достигнуть вѣрнаго и быстраго результата, т. е. закрытія кровотокащихъ концовъ плацентарныхъ сосудовъ и образованія въ нихъ тромбовъ. А такъ какъ полное сокращеніе матки можетъ быть достигнуто только послѣ ея опорожненія, то при кровотеченіи всегда нужно имѣть въ виду: выдѣлился послѣдъ, или нѣтъ. Если онъ остается еще въ маткѣ, то первымъ дѣломъ нужно его удалить. Въ противномъ случаѣ, возбуждая маточныя сокращенія, мы осложнимъ дѣло еще хуже, произведя ущемленіе послѣда. О способахъ извлеченія плаценты было говорено въ предъидущей главѣ. Поэтому здѣсь мы будемъ имѣть въ виду только послѣродовыя кровотеченія послѣ выхожденія послѣда.

Вызвать энергическое сокращеніе опорожненной матки въ большей части случаевъ удается безъ большаго труда. Это достигается наружными и внутренними средствами. Прежде всего обыкновенно начинаютъ съ наружныхъ растираній дна и тѣла матки, сначала сухой, лучше холодной, рукой, а если это не помогаетъ, то эфиромъ или гофманскими каплями. При растираніяхъ матка тотъ часъ же начинаетъ стягиваться и плотнѣть. При этомъ часто изъ ея полости выдѣляется большое количество кровяныхъ свертковъ. Растиранія матки продолжаютъ до тѣхъ поръ, пока сокращенный органъ не будетъ снова распускаться, какъ при родовой паузѣ. При безуспѣшности этой мѣры прибѣгаютъ къ болѣе энергическому средству, — вприскиванію въ полость матки холодной воды. Это дѣлается изъ ирригатора или клизопомпы, наконечникъ котораго (лучше не съ однимъ, а съ нѣсколькими отверстіями) вводится за внутреннее рыльце, такъ чтобы орошающая струя не проникала до дна матки. При сильныхъ кровотеченіяхъ къ холодной водѣ можно прибавить уксуса (1 — 2 столовыхъ ложки на стаканъ). Въ рѣдкихъ случаяхъ

этих средств оказывается недостаточно. Тогда мы вводимъ въ полость матки руку, удаляемъ кровяные свертки и механически прижимаемъ кровоточащее мѣсто, либо къ позвоночнику, если плацента находилась на задней стѣнкѣ, либо къ брюшнымъ покровамъ и къ нажимающей на нихъ снаружи другой рукѣ, если кровоточить передняя стѣнка матки. Эта манипуляція дѣйствуетъ съ одной стороны какъ тампонъ, съ другой она энергически возбуждаетъ маточныя сокращенія. вмѣстѣ съ вышеописанными приемами даютъ больной одинъ или два полныхъ приема спорыни, или *extr. secal. cogn. aquos. съ tinct. cinnamomi*. При большой потерѣ крови съ этимъ средствомъ надо быть осторожнымъ, потому что большіе приемы эрготина могутъ усиливать анемию мозга.

Противъ послѣродовыхъ кровотеченій было рекомендовано еще нѣсколько средствъ, но я ни разу не имѣлъ подобности прибѣгать къ нимъ и не вижу въ нихъ никакой особой выгоды. Сюда относятся: а) фарадизація матки. Въ частной практикѣ она рѣдко примѣнима, потому что при послѣродовыхъ кровотеченияхъ, обыкновенно являющихся неожиданно, требуется немедленная помощь, а готовый электрическій приборъ рѣдко бываетъ подъ руками. б) Прижатіе аорты чрезъ брюшныя покровы, или введенію въ матку рукой чрезъ заднюю маточную стѣнку. Эффектъ этого способа вѣроятно обязанъ не столько прижатію, сколько раздраженію маточныхъ стѣнокъ, такъ какъ прижатіе аорты въ поясничной области, т. е. ниже выходенія *art. spermaticae*, едвали можетъ помогать остановкѣ кровотеченія. в) Спринцеваніе въ полость матки растворомъ полуторно-хлористаго желѣза, перѣдко употреблявшееся прежде, а въ послѣднее время особенно рекомендованное *Барнесомъ*, по моему мнѣнію не только не имѣетъ преимуществъ предъ другими средствами, а скорѣе вредно. Эта жидкость быстро образуетъ въ полости матки очень твердые и объемистыя свертки крови, которые мѣшаютъ плотному соприкосновенію маточныхъ стѣнокъ, а послѣ остановки кровотеченія вызываютъ своимъ присутствіемъ эндометритъ. Я помню одинъ случай, гдѣ такой свертокъ, плотный какъ кирпичъ, величиною не много менѣе дѣтской головки, вышелъ изъ матки съ сильными потужными болями чрезъ нѣсколько дней послѣ родовъ. Тоже самое неудобство представляютъ впрыскиванія и другихъ вязущихъ жидкостей, напр. квасцовъ, танина. При остановленіи маточныхъ кровотеченій нужно рассчитывать не на искусственное образованіе тромба, а на сокращеніе матки; поэтому вязущія средства здѣсь не примѣнимы. Впрыскиваніе алкоголя и раствора іода дѣйствуютъ путемъ раздраженія маточныхъ стѣнокъ, слѣдов. также, какъ холодная во-

да и укусъ, но они менѣ удобны потому, что, всасываясь внутреннею поверхностію матки, отравляютъ кровь. г) Тампонація рукава совершенно неумѣстна, потому что она, предотвращая наружное кровотеченіе, нисколько не защищаетъ отъ болѣе опаснаго внутренняго.

Остановивъ кровотеченіе, переходятъ къ мѣрамъ противъ его возобновленія и къ возбужденію силъ больной. Чтобы предупредить могущее повторяться расслабленіе матки, на животъ кладутъ какую либо тяжесть, напр. завернутую въ простыню толстую книгу, или пустую оловянную грѣлку. Если можно достать сухаго и чистаго песку, то лучше всего насыпать его въ мѣшокъ, длиною въ поперечный размѣръ живота, и плоско положить на дно матки. Давленіе въ этомъ случаѣ дѣйствуетъ какъ стимуль для поддержанія маточныхъ сокращеній. Кромѣ того оно фиксируетъ матку и вытѣсняетъ кровь изъ брюшной полости въ верхнюю половину тѣла. Это особенно необходимо у женщинъ многорождавшихъ, съ растянутыми и вялыми брюшными стѣнками. Чтобы слѣдить за дальнѣйшею потерей крови, подъ половыя части кладутъ чистую теплую простыню и время отъ времени освѣдомляются о положеніи дна матки и о степени ея сокращенія, оцупывая животъ рукой. Послѣ остановки кровотечения, врачъ не долженъ оставлять больной по крайней мѣрѣ въ продолженіи часа.

Въ случаяхъ большой потери крови, для предотвращения коллапса даютъ въ умѣренномъ количествѣ возбуждающія средства, напр. рюмку столоваго вина, чашку крѣпкаго бульона, теплый чай. При охлажденіи тѣла и весьма слабомъ пульсѣ прикладываютъ горячія бутылки къ ногамъ, рукамъ и къ боковымъ сторонамъ груди, голову обмываютъ теплымъ уксусомъ съ виномъ. При головокруженіяхъ и рвотѣ (отъ анэміи мозга) даютъ внутрь опій. Если при чрезмѣрной потерѣ крови больной угрожаетъ опасность паралича сердца (потеря пульса, охлажденіе тѣла, частыя обмороки, *конвульси*), то ранѣе примѣненія вышеуказанныхъ средствъ слѣдуетъ дѣлать подкожныя впрыскиванія сѣрнаго эфира съ камфорой, а внутрь давать мускусъ. Крѣпкая перевязка конечностей, рекомендуемая съ цѣлю отвести кровь къ туловищу (сердцу и мозгу), по моему мнѣнію не имѣетъ той цѣны, какую ей приписываютъ. Кромѣ того, эта мѣра не безопасна, по случаю могущихъ образоваться тромбовъ въ сосудахъ перетянутыхъ членовъ. Тоже самое можно сказать относительно переливанія крови. До сихъ поръ эта операція далеко не безопасна и едва ли можетъ быть примѣняема къ акушерской практикѣ. Если кровотеченіе остановилось и въ теченіи получаса послѣ того жизнь больной не угасла, то всегда можно разсчи-

тывать на поднятіе пульса и слѣдов. на спасеніе жизни, не имѣя надобности прибѣгать къ такому героическому средству, какъ переливаніе крови. Въ случаяхъ же отчаянныхъ смерть наступаетъ такъ быстро, что нѣтъ времени приготовить и примѣнить аппаратъ для переливанія.

5) Выворотъ матки (*inversio*).

§ 274. Выворотомъ матки называютъ такое перемѣщеніе ея стѣнокъ, при которомъ внутренняя поверхность органа выпячивается въ полость его и выворачивается наружу; вмѣсто выпуклаго дна образуется коническое углубленіе, высланное серозной оболочкой, а вывернутая матка получаетъ форму округлопродолговатой опухоли, торчащей изъ маточной шейки. Различаютъ три степени выворота: 1) *depressio*, когда на днѣ матки образуется углубленіе въ видѣ чаши; 2) *неполный выворотъ*, когда дно матки выпячивается до внутренняго зѣва и частію вступаетъ въ него, подобно фиброзному полипу; 3) *полный выворотъ*, когда дно и тѣло проходятъ чрезъ растянутую шейку и помѣщаются въ рукавѣ, или даже между наружными половыми частями. Последнее состояніе называется *выворотомъ съ выпаденіемъ*.

Причины. Выворотъ считается весьма рѣдкою болѣзнію. Въ теченіи всей своей акушерской практики я имѣлъ случай встрѣтить его послѣ родовъ, въ острой формѣ, всего одинъ разъ, и то неполную степень. Тоже самое подтверждаютъ отчеты всѣхъ родильныхъ домовъ. Условіемъ, благоприятствующимъ развитію болѣзни, служитъ расслабленіе дна и тѣла матки при расширеніи ея полости. При этомъ маточныя стѣнки бываютъ тонкими и вялыми какъ тряпка, слѣдовательно легко поддаются внѣшнему давленію. При такомъ состояніи толчекъ къ вывороту можетъ дать всякое давленіе сверху, со стороны дна, или потягиваніе снизу за пуповину. Давленіе сверху можетъ происходить при неумѣломъ выжиманіи послѣда, но чаще, вѣроятно, толчекъ къ вывороту даетъ брюшной прессъ. Это видно изъ того, что случаи выворота чаще наблюдались при родахъ, протекавшихъ безъ всякаго надзора и пособія, особенно при стоячемъ положеніи, или на корточкахъ. Потягиваніе за пуповину можетъ послужить поводомъ къ вывороту въ томъ случаѣ, когда плацента прикрѣпляется ко дну матки. При этомъ условіи и при очень короткой пуповинѣ начало выворота можетъ образоваться во время наружнаго прорѣзыванія плода. Полный выворотъ, по всей вѣроятности, образуется при участіи сокращенія мышцъ матки, при чемъ вы-

вернутая часть всегда бывает разслаблена, играет пассивную роль, а мышечные слои нижняго отрѣзка активнымъ сокращеніемъ прогоняють дно чрезъ отверстіе шейки наружу. Процессъ образованія болѣзни здѣсь долженъ имѣть нѣкоторое сходство съ заворотомъ кишекъ (*intussusceptio*).

Большую частію выворотъ образуется тотчасъ послѣ выхожденія младенца, иногда же только послѣ выхожденія послѣда. Онъ можетъ развиваться или постепенно, переходя изъ одной степени въ другую, или вдругъ, въ очень короткое время. При быстромъ развитіи полнаго выворота появляются грозныя припадки сильнаго маточнаго кровотеченія и *Shock'a*. Кровотеченіе, впрочемъ, бываетъ и при неполномъ выворотѣ, если плацента отдѣлена. Причина его понятна, такъ какъ неизбѣжнымъ условіемъ выворота служитъ разслабленіе маточныхъ стѣнокъ, слѣдовательно открытое состояніе плацентарныхъ сосудовъ. Кровотеченіе иногда бываетъ такъ сильно, что въ состояніи быстро убить больную. Оно опаснѣе при медленномъ образованіи выворота; когда же матка быстро прогоняется чрезъ шейку и помѣщается въ рукавъ, то тѣло и дно ея здѣсь могутъ хорошо сократиться и этимъ кровотеченіе останавливается. *Shock* появляется только при ущемленіи матки, именно когда вывороченное дно и тѣло сильно сжимаются циркулярными мышцами внутренняго рыльца. При этомъ является рвота, слабый и частый пульсъ, охлажденіе конечностей, искаженіе чертъ лица. При *depressio uteri* и при полномъ выворотѣ шока можетъ не быть, потому что здѣсь вывороченная часть матки не находится въ условіяхъ, благоприятствующихъ ущемленію.

Выворотъ матки представляетъ болѣзнь очень опасную. Большая половина больныхъ умирають отъ кровотеченія, либо отъ ущемленія матки, но нерѣдки и случаи выздоровленія. Объ этомъ можно судить по числу случаевъ хроническаго выворота, встрѣчающихся во врачебной практикѣ. Я наблюдалъ такихъ случаевъ болѣе шести. Всѣ они, по анамнезу, произошли послѣ родовъ, у деревенскихъ женщинъ. Наиболѣе опасны при выворотѣ первые моменты, пока не остановится кровотеченіе и когда можетъ образоваться ущемленіе. Но какъ скоро вывороченная матка совращается и вся свободно помѣщается въ рукавъ или снаружи, тогда припадки могутъ ограничиться мѣстнымъ воспаленіемъ. Инволюція матки при этомъ можетъ совершаться правильно, и по мѣрѣ уменьшенія объема органа, ненормальное его положеніе начинаетъ причинять менѣе и менѣе безпокойства. Выворотъ переходитъ въ хроническую форму, описаніе которой принадлежитъ къ области собственно женскихъ болѣзней, а не акушерства.

Распознать выворотъ не трудно. Кромѣ вышеупомянутыхъ симптомовъ, на это указываютъ признаки внутренняго изслѣдованія, именно: прощупываемое чрезъ брюшныя стѣнки углубленіе на днѣ матки, или полное отсутствіе этого органа на своемъ мѣстѣ, прощупываніе круглой опухоли въ рукавѣ, или въ шейкѣ, опредѣленіе кольца маточнаго рыльца, чрезъ которое выходитъ суживающаяся кверху опухоль. При полномъ наружномъ выворотѣ распознаваніе еще легче. Отмѣченные въ акушерской литературѣ ошибки, гдѣ вывороченную матку принимали за головку втораго плода, или за плаценту и отрывали ее, можно объяснить только слишкомъ большою торопливостію растерявшагося врача, при видѣ страшнаго кровотеченія. О подобномъ случаѣ я слышалъ въ Петербургѣ: акушерка, бывшая на родахъ въ Галерной гавани у одной бѣдной чиновницы, при видѣ наружнаго выворота матки такъ растерялась, что сочла за лучшее отрѣзать опухоль бритвой, лежавшей на столѣ отсутствующаго мужа больной.

§ 275. *Личіе*. Первою задачею врача при свѣжемъ выворотѣ матки должно быть немедленное вправленіе. Тотчасъ послѣ родовъ, пока матка не успѣла плотно сократиться, это большею частію удается безъ труда. Вправленіе производится слѣдующимъ образомъ: къ самому глубокому мѣсту опухоли прикладываютъ конически сложенные пальцы или сжатый кулакъ и отгѣсняютъ дно матки вверхъ по проводной линіи таза. При этомъ кольцо шейки необходимо фиксировать снаружи рукой (чрезъ брюшныя стѣнки, выше лоннаго соединенія), чтобы предотвратить слишкомъ большое растяженіе связокъ. При проведеніи опухоли чрезъ входъ таза нужно держаться крестцовоподвздошнаго углубленія, чтобы не встрѣтить препятствія со стороны promontorium. При сильномъ ущемленіи въ области шейки и при плотно сокращенной маткѣ вправленіе лучше дѣлать по способу *Киліана* и *Клинтока*, захватывая опухоль въ горсть такъ, чтобы дно лежало на ладони, а вытянутые пальцы въ одно и тоже время сжимали бы матку въ поперечныхъ размѣрахъ, а концами расширяли маточный зѣвъ. При этомъ матка продвигается начиная съ верхнихъ частей, лежащихъ ближе къ рыльцу, нажимая въ тоже время ладонью на дно. Способы вправленія могутъ быть видоизмѣняемы, смотря по обстоятельствамъ и потому, при какомъ приѣмѣ стѣнки матки будутъ легче подаваться. Нерѣдко послѣ перваго успѣха въ продвиганіи опухоли, матка быстро проскользаетъ чрезъ внутренній зѣвъ и выправляется сама, какъ резиновый мячъ. Если же вправленіе совершенно не удается, а кровотеченіе остановилось и ущемленія (*Shock'a*) нѣтъ, то лучше не употреблять слишкомъ большаго насилія и лѣчить выворотъ, какъ хро-

нической (продолжительное и постоянное давление на дно матки при помощи эластических пузырей). Если при полномъ выворотѣ плацента оказывается не отдѣленною, то вправление лучше производить вмѣстѣ съ плацентой. Это защищаетъ матку отъ раздраженія при ручныхъ манипуляціяхъ и предохраняетъ отъ кровотеченія при расслабленныхъ маточныхъ стѣнкахъ. Если же при выворотѣ часть плаценты оказывается уже отдѣленною, тогда нужно удалить и остальную часть, потомъ производить вправление. При введеніи руки въ полость матки (при неполномъ выворотѣ, или послѣ вправления) не слѣдуетъ извлекать ее ранѣе того времени, пока маточныя стѣнки плотно и правильно сократятся вслѣдъ за извлекаемой рукой. Если бы ретракція матки происходила слабо и медленно, то сокращенія вызываютъ впрыскиваніями холодной воды съ уксусомъ и приѣмами спорыни. Противъ остающейся анеміи примѣняютъ всѣ тѣ средства, о которыхъ было сказано въ предыдущей главѣ.

ОГЛАВЛЕНІЕ

ПЕРВАГО ТОМА КУРСА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
ИЗДАННАГО ВЪ 1869—70 г. ПОДЪ ЗАГЛАВІЕМЪ

ВВЕДЕНІЕ ВЪ ГИНЕКОЛОГІЮ

ПРЕДИСЛОВІЕ	Стр. I—VIII.
-----------------------	-----------------

ОТДѢЛЪ ПЕРВЫЙ (историческій).

A) Историческій обзоръ гинекологической литературы. 1-150.

Современные представители гинекологіи въ европейскихъ университетахъ	151.
--	------

B) Очеркъ истории акушерства въ Россіи. . 160.

I. Первые русскія акушерскія школы	
II. Воспитательные дома	176.
III Акушерскія кафедры въ академіяхъ и университетахъ	183.

ОТДѢЛЪ ВТОРОЙ (анатомо-физиологическій).

A) АНАТОМІЯ ЖЕНСКАГО ТАЗА И ПОЛОВЫХЪ ЧАСТЕЙ.

I. Женскій тазъ	206.
II. Анатомія женскихъ половыхъ частей; общая топографія, укрѣпленіе рукава и матки.	231.
1) Наружныя половыя части:	240.
2) Маточный рукавъ или влагалище	256.
3) Матка	266.
4) Яйцепроводы или фаллопиевы трубы.	296.
5) Яичники	304.
6) Круглыя связки матки	323.
7) Женскія груди	328.

B) ФИЗИОЛОГІЯ ЖЕНСКИХЪ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ.

I. Наступленіе половой зрѣлости женщины и мѣсячное очищеніе	348.
II. Теорія оплодотворенія	377.

ХІІ

ОТДѢЛЪ ТРЕТІЙ

Общая діагностика и терапия женскихъ болѣзней.

(Выпускъ второй, съ особою нумерацію страницъ.)

А) ОБЩІЯ ПРАВИЛА ДЛЯ РАСПОЗНАВАНІЯ ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

- I. *Распросъ больныхъ.* Разборъ анамнестическихъ данныхъ по отношенію къ возрасту, замужеству, беременности, менструаціи и проч. 1.
- II. *Общая симптоматологія женскихъ болѣзней.* Разборъ значенія мѣстныхъ субъективныхъ припадковъ, отраженныхъ и объективныхъ припадковъ, характеризующихъ женскія болѣзни. Отдаленные или послѣдовательные припадки 13.
- III. *Способы изслѣдованія женскихъ половыхъ органовъ* 79.
 - Внутреннее и наружное ручное изслѣдованіе
 - Изслѣдованіе помощью маточнаго зеркала 93.
 - Изслѣдованіе помощью маточнаго зонда. 107.
 - Расширеніе канала маточной шейки 122.
 - Акушерское изслѣдованіе въ первыхъ мѣсяцахъ беременности. 131.
 - Изслѣдованіе женскаго таза. 140.

В) ОБЩІЯ ПРАВИЛА И СПОСОБЫ ЛѢЧЕНІЯ ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ. 153.

- I. *Способы, примѣняемые въ рукавъ.*
 - 1) Соринцеваніе и маточные души 156.
 - 2) Тампонація рукава 173.
 - 3) Употребленіе маточныхъ колець и подпоръ 180.
- II. *Мѣстное лѣченіе внутренней поверхности матки.*
 - 1) Впрыскиванія въ полость матки 199.
 - 2) Прижиганіе полости матки плотными веществами 207.
 - 3) Вдуваніе въ полость матки порошкообразныхъ тѣлъ 209.
- III. *Мѣстное лѣченіе маточной шейки.*
 - 1) Приставленіе півокъ и скарификація 211.
 - 2) Прижиганіе маточной шейки раскаленными металлами 217.
 - 3) Прижиганіе ѣдкими химическими веществами. 241.
 - 4) Смазываніе маточной шейки жидкими веществами 254.
 - 5) Вливаніе въ рукавъ матки и на влагалищную часть чрезъ зеркало 259.
 - 6) Приставленіе мушекъ на маточную шейку 261.
 - 6) Впрыскиванія въ ткань маточной шейки 263.
 - 8) Лѣченіе женскихъ болѣзней у чахоточныхъ и беременныхъ женщинъ 265.

akusher-lib.ru