

ОЧЕРКЪ ОСНОВЪ  
**ОПЕРАТИВНАГО АКУШЕРСТВА**

ДЛЯ  
ПРАКТИЧЕСКИХЪ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВЪ

**Д-РА Ф. ШАУТА,**

Профессора акушерства и гинекологіи въ Иннебрукекомъ университетѣ.

ПЕРЕВОДЪ СЪ НѢМЕЦКАГО

Д-РА А. Р. ФИШЕРА,

подъ редакцію

**Профессора К. Ф. СЛАВЯНСКАГО.**

Съ 30-ю рисунками въ текстѣ.

---

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Изданіе **КАРЛА РИККЕРА.**

14, Невскій проспектъ, 14.

1885.

Своему учителю

Профессору д-ру Іосифу ШПЭТУ

ВЪ ЗНАКЪ

БЛАГОДАРНОСТИ и УВАЖЕНІЯ

посвящаетъ

*авторъ.*

## Предисловіе.

---

Въ предлагаемомъ небольшомъ трудѣ я имѣлъ намѣреніе дать моимъ ученикамъ практическое руководство у кровати роженицы.

Потребность въ кратко составленныхъ сопрепидіим'ахъ по отдѣльнымъ отраслямъ практической медицины должна возрастать по мѣрѣ того, какъ объемъ относящейся къ данному отдѣлу специальной литературы съ каждымъ годомъ все увеличивается. Такъ какъ при этомъ отдѣльному, работающему на чисто-практическомъ поприщѣ врачу слѣдуетъ за успѣхами всѣхъ специальностей, а, можетъ быть, даже и одной только, становится невозможнымъ, то я считаю обязанностью клиническихъ преподавателей, на основаніи знакомства ихъ со специальной литературой, а равно ихъ собственной богатой опытности, время отъ времени пополнять существующіе въ медицинской литературѣ пробѣлы.

Мнѣ кажется, что подобный пробѣлъ имѣется въ настоящее время въ оперативномъ акушерствѣ, такъ какъ втеченіи иѣлаго ряда лѣтъ не появлялось ни одного краткаго учебника по этому предмету, а въ особенности изъ вѣнской школы, къ которой и я принадлежу, въ этомъ направленіи, кромѣ капитальнаго труда С. Braun'a, втеченіи нѣсколькихъ лѣтъ ничего подобнаго не выходило.

А, съ другой стороны, именно изъ вѣнской школы за послѣднее время изошли существенныя усовершенствованія въ акушерской терапіи. Я напому о томъ, какой промежутокъ времени истекъ отъ первой произ-

\*

веденной Porro надвлагалищной ампутаціи матки до второй, совершенной моимъ учителемъ Späth'омъ во время моего ассистентства операциі Porro, и какъ быстро послѣ этой второй послѣдовали другъ за другомъ дальнѣйшія операциі по новому методу кесарскаго съченія. И я смѣло рѣшаюсь утверждать, что если-бы Вьна не подала рѣшительнаго примѣра, то операциія Porro, быть можетъ, въ настоящее время была-бы забыта, такъ какъ наши германскіе товарищи по большей части и до сего времени принадлежатъ къ противникамъ этой операциі, тогда какъ мы доставили ей прочное, на вѣчныя времена неоспоримое мѣсто въ ряду акушерскихъ операциій.

Дальнѣйшее весьма почетное мѣсто среди нововведеній на почвѣ акушерства со стороны вьнской школы занимаетъ видоизмѣненіе или, вѣрнѣе, новое устройство Tarnier'овскихъ щипцовъ Breus'омъ. Этому важному нововведенію я посвятилъ въ предлагаемомъ мною руководствѣ обстоятельное описаніе. Сдѣлать эти и еще многія другія нововведенія вьнской школы доступными большому кругу читателей-врачей, сохраняя въ то-же время изъ стараго все, имѣющее прочное основаніе, — было моимъ намѣреніемъ при составленіи этой книги.

Каждый, кто пожелаетъ бросить взглядъ въ это руководство, замѣтитъ, что я при его составленіи былъ совершенно безпристрастенъ и не писалъ специфическаго, быть можетъ, вьнскаго акушерства, а давалъ самое широкое мѣсто выдающимся работамъ германскихъ товарищей.

Относительно распредѣленія матеріала можно замѣтить, что собственно ученію объ операцияхъ я предпослалъ введеніе и присоединилъ еще прибавленіе.

Введеніе — содержащее въ себѣ общія воззрѣнія, ученіе о дезинфекціи въ примѣненіи къ спеціальнымъ потребностямъ оператора-акушера, наконецъ, уче-



ніе о родахъ, ихъ механизмъ и акушерскую діагностику, — было мною прибавлено уже по написаніи всѣхъ остальныхъ главъ, въ томъ убѣжденіи, что безъ точно-формулированныхъ правилъ техники изслѣдованія, безъ определенныхъ руководящихъ принциповъ касательно механизма родовъ и пр. немислимъ увѣренный образъ дѣйствія врача у кровати роженицы. Тѣ, кому названныя главы (за единственнымъ исключеніемъ ученія о дезинфекціи) покажутся, можетъ быть, излишними, пусть ихъ пропустятъ.

Относительно изложенія собственно оперативной части я измѣнилъ обычной схемѣ въ распредѣленіи только 2-й и 3-й главъ о подготовительныхъ операціяхъ. А именно, въ этихъ главахъ я взялъ за принципъ классификаціи не соответственныя акушерскія операціи, какъ-то эпизиотомію, истеростоматомію, вправление пуповины и пр., а показанія подъ общими заглавіями: «препятствія со стороны родовыхъ путей», «препятствія со стороны плоднаго яйца».

Я счелъ подобное уклоненіе необходимымъ въ интересахъ болѣе нагляднаго изложенія и во избѣжаніе повтореній при перечисленіи показаній почти ко всѣмъ родоразрѣшающимъ операціямъ.

Особенно подробно изложены въ этихъ двухъ главахъ препятствія для родовъ вслѣдствіе опухолей, а равно вслѣдствіе двойныхъ уродствъ; послѣднія описаны частью на основаніи, къ сожалѣнію, слишкомъ мало пользующейся общею извѣстностью работы G. Veit'a, снабжены-же практическими указаціями для врача на то, въ какомъ видѣ эти случаи представляются у кровати роженицы, на основаніи собственныхъ акушерскихъ убѣжденій.

Во всѣхъ остальныхъ главахъ я старался направлять изложеніе къ современному состоянію нашей спеціальности, чтобы дѣйствительно дать

врачу и студенту ясное представленіе о положеніи ученія объ акушерскихъ операціяхъ въ настоящій моментъ.

По окончательномъ разсмотрѣніи всей книги, кажется, что съ нѣкоторымъ особеннымъ предпочтеніемъ обработаны мною главы о кесарскомъ съченіи, а равно о лапаротоміи при внематочной беременности и при разрывахъ матки. Это суть первыя, написанныя еще въ ноябрь 1883 года, главы.

Въ прибавленіи говорится о поврежденіяхъ родового канала и о ихъ леченіи, и, наконецъ, излагается столь значительно разъясненная новѣйшими работами глава о мнимой смерти плода. Оба эти отдѣла казались мнѣ необходимыми для практическаго врача-акушера, такъ какъ при оперативныхъ, а равно и при произвольныхъ родахъ было-бы односторонне думать, что все дѣло сводится къ окончанію, вообще, родовъ, но на обязанности врача лежитъ также устраненіе вредныхъ послѣдствій, протекающихъ для матери или плода вслѣдствіе трудныхъ, а особенно оперативныхъ родовъ, чтобы такимъ образомъ осуществить идеалъ акушерства — сохранить невредимыми и мать, и плодъ.

Чтобы быть послѣдовательнымъ, я долженъ-бы былъ включить въ это прибавленіе кромѣ поврежденій матери еще и поврежденія плода; но такъ какъ послѣднія требуютъ чисто хирургической помощи, то я считалъ себя вправѣ ограничиться въ акушерскомъ руководствѣ только тою аномаліею плода, которая, встрѣчаясь всего чаще, требуетъ, по существу, акушерской терапіи, т. е. асфиксіею плода.

И такъ, желаю счастья моей скромной попыткѣ. Пусть она на столько-же встрѣтитъ радужный пріемъ среди товарищей, на сколько она писалась съ усердіемъ и любовью къ дѣлу.

Авторь.

## ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стр.
<i>Предисловіе</i> . . . . .	V
<b>Введеніе</b> . . . . .	1
<i>Ученіе о дезинфекціи въ акушерствѣ</i> . . . . .	4
1. Дезинфекція операціоннаго помѣщенія . . . . .	6
2. Дезинфекція оператора и помощниковъ. . . . .	7
3. Дезинфекція роженицы . . . . .	8
4. Дезинфекція инструментовъ . . . . .	8
<i>Акушерскія операціи и приготовленія къ нимъ вообще</i> . . . . .	10
Наборъ инструментовъ. . . . .	11
Родильная кровать. . . . .	12
Помощники . . . . .	13
Нарковъ. . . . .	13
<i>Акушерское изслѣдованіе</i> . . . . .	17
<i>Измѣреніе таза.</i> . . . .	32
<i>Общія свѣдѣнія о родахъ, механизмѣ ихъ и діатетикѣ фізіологическихъ родовъ</i> . . . . .	37
<b>Акушерскія операціи</b> . . . . .	51
I. Подготовительныя операціи . . . . .	51
1. <i>Искусственное прерываніе беременности</i> . . . . .	51

	Стр.
Искусственные преждевременные роды . . . . .	51
Показанія . . . . .	55
Искусственный выкидыш . . . . .	60
Показанія . . . . .	61
1. Методы возбужденія искусств. преждевременныхъ родовъ лекарственными веществами . . . . .	62
2. Методы возбужденія искусств. преждевр. родовъ наружными средствами . . . . .	65
3. Методы, дѣйствующіе непосредственно на влагалище или матку . . . . .	66
2. <i>Подготовительныя операціи, имѣющія цѣлью устраненіе препятствій со стороны родовыхъ путей . . . . .</i>	<i>73</i>
1. Недостаточная растяжимость шейки матки . . . . .	74
Hysterostomatia . . . . .	77
2. Недостаточная растяжимость влагалища . . . . .	78
3. Недостаточная растяжимость наружныхъ половыхъ органовъ . . . . .	81
Episiotomia . . . . .	81
4. Препятствія для родовъ вслѣдствіе опухолей . . . . .	83
3. <i>Подготовительныя операціи, имѣющія цѣлью устраненіе препятствій для родовъ со стороны плоднаго яйца . . . . .</i>	<i>95</i>
Чрезмѣрное развитіе всего плода . . . . .	95
Увеличеніе отдѣльныхъ его частей . . . . .	95
Выпаденіе конечностей . . . . .	97
Затрудненіе родовъ вслѣдствіе двойней . . . . .	99
Затрудненіе родовъ вслѣдствіе двойныхъ уродствъ . . . . .	100
Выпаденіе пуповины . . . . .	118
Задержаніе послѣда . . . . .	125
4. <i>Искусственное исправленіе положенія плода. Поворотъ . . . . .</i>	<i>130</i>
Общія показанія . . . . .	131
Общія условія . . . . .	133
Поворотъ изъ поперечнаго положенія на головку . . . . .	136
Методы . . . . .	137
Поворотъ изъ поперечнаго положенія на тазовый конецъ . . . . .	141
Поворотъ при мало раскрытомъ зѣвѣ . . . . .	153
Внутриматочный кольпейринтеръ . . . . .	154

Стр

Поворотъ изъ тазового положенія на головку . . . . .	155
Поворотъ изъ головного положенія на тазовой конецъ . . . . .	157
Прибавленіе: превращеніе лицевого положенія въ затылочное	164

## II. Родоразрѣшающія операціи . . . . . 167

### а) Извлеченіе не уменьшеннаго въ объемѣ плода черезъ естественные пути 167

Общія свѣдѣнія. Показанія. Условія . . . . . 167

1. Извлеченіе и ручное пособіе при тазовыхъ положеніяхъ . . 172

2. Извлеченіе при головныхъ положеніяхъ. Операція наложенія щипцовъ . . . . . 191

Наложеніе щипцовъ при нормальной ротаціи черепа . . . . . 191

Наложеніе щипцовъ при неправильной ротаціи . . . . . 212

Наложеніе щипцовъ при низкомъ поперечномъ стояніи черепа 213

Наложеніе щипцовъ при высокомъ поперечномъ стояніи черепа 217

Наложеніе щипцовъ при лицевомъ положеніи . . . . . 226

Наложеніе щипцовъ при лобномъ положеніи. . . . . 228

Прибавленіе: методъ выжиманія . . . . . 230

### б) Извлеченіе уменьшеннаго въ объемѣ плода. . . . . 232

1. Краниотомія . . . . . 232

Прибавленіе: симфизеотомія . . . . . 255

2. Эмбриотомія . . . . . 258

Декапитація. . . . . 261

Эксентерація . . . . . 265

### в) Извлеченіе плода черезъ искусственно образованные пути . . . . . 267

1. Кесарское сѣченіе на живой . . . . . 267

2. Кесарское сѣченіе на мертвой и въ алоніи . . . . . 295

3. Лапаротомія при разрывахъ матки . . . . . 300

4. Лапаротомія при вкѣматочной беременності . . . . . 305

Прибавленіе: Elythrotomia. . . . . 316

*Прибавленіе:*

<i>a) Поврежденія родового канала при произвольныхъ и искусственно оканчиваемыхъ родахъ и ихъ терапія . . . . .</i>	<i>318</i>
1. Поврежденія промежности и наружныхъ половыхъ органовъ	318
2. Поврежденія влагалища . . . . .	322
3. Разрывы матки. . . . .	325
4. Поврежденія сочлененій таза . . . . .	327
<i>b) Асфиксія плода и ея терапія . . . . .</i>	<i>328</i>

## Введение.

---

Акушерская терапия, какъ и хирургическая, носитъ существенно оперативный характеръ. Въ акушерствѣ идетъ дѣло объ устраненіи разстройствъ въ физиологическихъ процессахъ, при чемъ физиологическое теченіе этихъ процессовъ въ извѣстной мѣрѣ должно быть вновь восстановлено. Уже въ этомъ одномъ заключается существенное отличіе акушерскихъ операцій отъ хирургическихъ, такъ какъ при послѣднихъ мы имѣемъ дѣло съ патологическими продуктами, патологическими измѣненіями. Дальнѣйшая особенность акушерскихъ операцій та, что въ ихъ производствѣ приходится главнымъ образомъ руководствоваться чувствомъ осязанія, что затѣмъ опасность кровотеченія, вслѣдствіе сильной васкуляризаціи операціоннаго поля, болѣе значительна, а остановка кровотеченія, при трудной доступности, болѣе затруднительна. Далѣе, опасность инфекціи, вслѣдствіе богатства половыхъ органовъ кровеносными и лимфатическими сосудами, вслѣдствіе близости брюшины, представляется гораздо большею, чѣмъ вообще при хирургическихъ операціяхъ. Также относительно времени и мѣста производства получаютъ существенныя отличія, такъ какъ ни выборъ времени операціи, ни выборъ мѣста обыкновенно не находится въ нашей власти, и мы должны оперировать, какъ только имѣются на лицо одновременно показанія и необходимыя условія, часто безъ достаточныхъ приготовленій и съ крайне неподготовленными помощниками.

Акушерскія операціи, какъ видно изъ вышесказаннаго, производятся при наличности извѣстныхъ разстройствъ въ физиологическомъ теченіи родовъ; эти подлежащія устраненію разстройства подвергаютъ опасности частью мать, частью ребенка. Этими разстройствами и обусловливаются показанія для акушерскихъ операцій.

Подъ условіями, необходимыми для производства акушерской операціи, разумѣютъ, напротивъ, такое состояніе мягкихъ и твердыхъ родовыхъ путей, при которомъ извѣстная операція становится выполнимой. При этомъ каждая операція требуетъ для себя своихъ собственныхъ условій, тогда какъ показанія часто бываютъ одни и тѣ же для нѣсколькихъ операцій.

Для поясненія сказаннаго приведемъ примѣръ: мы находимъ у роженицы поперечное положеніе. А при поперечномъ положеніи можно роды предоставить произвольному окончанію, можно произвести поворотъ, можно слѣлать эмбриотомію или, наконецъ, можетъ потребоваться даже кесарское сѣченіе. Какая-же изъ этихъ операцій будетъ произведена—это зависитъ отъ тѣхъ условій, которыя въ данномъ случаѣ имѣются на лицо для той или другой изъ названныхъ операцій. Если плодъ малъ и мацерированъ,—то дальнѣйшее теченіе родовъ можетъ быть предоставлено силамъ природы: если плодъ достаточно подвиженъ, и нѣтъ абсолютнаго суженія таза, то ирисупаютъ къ повороту; если плодъ уже неподвиженъ, то слѣдуетъ произвести при мертвомъ ребенкѣ эмбриотомію, наконецъ, при абсолютномъ суженіи—кесарское сѣченіе.

Слѣдовательно, передъ производствомъ всякой акушерской операціи мы должны самымъ строгимъ образомъ обсудить не только показанія, а и условія. Но именно противъ этого правила, къ сожалѣнію, часто грѣшатъ въ практикѣ.

Что касается времени производства операціи, то вообще оно зависитъ, при существованіи показанія, также и отъ того, въ какомъ состояніи находятся требующіяся условія, и извѣстный случай можетъ сложиться такимъ образомъ, что показаніе наступитъ раньше, и мы принуждены ждать выполненія опредѣленныхъ условій (напр. раскрытія зѣва матки). Или на оборотъ, условія, необходимыя для предстоящей впослѣдствіи операціи, уже имѣются, и показаніе наступаетъ при выполненныхъ уже условіяхъ. Въ такомъ случаѣ появленіемъ показанія опредѣляется и время производства операціи.



Для поясненія этого приводимъ также примѣръ. Предположимъ, что во время родового акта діагностицируется опасность для жизни плода, что головка фиксирована во входѣ таза, но что зѣвъ матки еще очень мало раскрытъ; такимъ образомъ показаніе для искусственнаго выведенія плода существуетъ, но нѣтъ самаго важнаго условія для наложенія щипцовъ, а именно—раскрытія зѣва, и мы принуждены, не смотря на настоятельное показаніе, ждать до тѣхъ поръ, пока это условіе не выполнится. Итакъ въ этомъ случаѣ показаніе наступаетъ раньше, и уже за нимъ только развиваются требующіяся условія. Наоборотъ, въ большинствѣ случаевъ наложенія щипцовъ вслѣдствіе слабости болѣе бываетъ такъ, что уже послѣ полного раскрытія зѣва и при низкомъ стояніи черепа наступаетъ показаніе къ щипцамъ вслѣдствіе замедленія родовъ. Въ подобномъ случаѣ щипцы тотчасъ-же и накладываются, такъ какъ необходимыя для этого условія были соблюдены уже раньше.

Что въ практикѣ не обращаютъ достаточнаго вниманія на строгое выполненіе условій, требуемыхъ отдѣльными операціями,—это доказываютъ тѣ нерѣдкія исторіи родовъ, гдѣ, въ силу имѣющагося показанія, сначала дѣлается попытка наложить щипцы, затѣмъ они снимаются, и въ заключеніе роды оканчиваются поворотомъ. Если въ подобномъ случаѣ даны условія для наложенія щипцовъ, то тѣмъ самымъ исключается поворотъ, такъ какъ вопросъ о послѣднемъ кончается тамъ, гдѣ начинается вопросъ о наложеніи щипцовъ. И такъ, въ строгомъ сочетаніи показаній съ условіями въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ главнымъ образомъ заключается весь секретъ успѣха. Если-же мы ошиблись въ оцѣнкѣ имѣющихся условій и въ теченіи начатой уже операціи сознали свою ошибку, то отнюдь нельзя упорствовать въ своемъ заблужденіи, а слѣдуетъ приступить къ другой операціи, условія для которой оказываются выполненными.

Такъ, напр., часто получается впечатлѣніе, что при имѣющемся поперечномъ положеніи поворотъ какъ-будто еще выполнимъ; наркотизируютъ роженицу и пытаются затѣмъ пройти рукой къ ножкамъ; но это не удается, развѣ только съ примѣненіемъ чрезмѣрнаго насилія. А такъ какъ послѣднее ни въ какомъ случаѣ не должно быть допускаемо, то во время операціи приходится сознаться, что въ данномъ случаѣ поворотъ не примѣнимъ, такъ какъ важнѣйшее для этого условіе, а именно—достаточная подвижность плода, уже утеряно, и остается сдѣлать эмбриотомію. Совершенно такъ-же нужно поступить, когда при узкомъ тазѣ и высоко стоящей головкѣ накладываются, щипцы. Послѣ нѣсколькихъ пробныхъ тракцій убѣждаются въ томъ, имѣется-ли въ данномъ случаѣ условіе, которое мы требуемъ для операціи щипцовъ при узкомъ тазѣ, а именно, чтобы головка своею наибольшою окружностью уже

стояла въ плоскости сѣуженія или лишь немного надъ нею, и если головка не слѣдуетъ за нѣсколькими сильными тракціями щипцовъ, послѣдніе снимаютъ, и въ свои права вступаетъ перфорация.

При самомъ производствѣ операціи слѣдуетъ строго держаться предписанныхъ и уже испытанныхъ правилъ техническаго выполненія; слѣдуетъ сохранять спокойствіе, идти впередъ медленно и съ сознаніемъ цѣли, примѣнять лишь умѣренную силу и ни при какихъ обстоятельствахъ не поддаваться искушенію пустить въ ходъ грубое насиліе; особенно въ послѣднемъ отношеніи крайне необходимо принимать въ расчетъ свою собственную физическую силу. Вообще, для окончанія акушерскаго извлеченія требуется лишь очень умѣренное количество силы. Далѣе, необходимо предостеречь противъ чрезмерно частаго оперированія, съ одной стороны, а съ другой—противъ слишкомъ долгаго выжиданія и откладыванія необходимой операціи. Руководящей нитью въ этомъ отношеніи въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ должно будетъ служить знаніе физиологическаго теченія родового акта и оцѣнка того, на сколько въ данномъ случаѣ теченіе уклоняется отъ физиологической нормы, главнымъ образомъ относительно времени. Продолжительность родовъ, вообще, и отдѣльныхъ періодовъ ихъ, въ особенности, заслуживаетъ съ нашей стороны самаго полнаго вниманія.

Столь-же важнымъ требованіемъ для успѣха операціи, какъ и точная установка показаній, педагогическое соблюденіе условій, спокойствіе, увѣренность и ловкость въ ея производствѣ,—является антисептика.

## Ученіе объ акушерской дезинфекціи.

*Semmelweis*'у принадлежитъ та безсмертная заслуга, что онъ первый указалъ на общеизвѣстную и общепризнанную въ настоящее время этиологію родильной горячки. Еще задолго до *Lister*'а, которому приписываютъ введеніе вновь антисептики въ хирургию, *Semmelweis* указалъ на то, что соприкосновеніе свѣже-нанесенныхъ раненій съ гнилостными и трупными веще-

ствами причиняетъ извѣстныя въ хирургіи подъ именемъ септицеміи и піеміи, въ акушерствѣ—пуэрперальныхъ процессовъ, въ остальномъ же идентичныя, такъ называемыя инфекціонныя болѣзни ранъ. Мы знаемъ въ настоящее время, что даже самыя тяжелыя акушерскія операціи могутъ протекать безъ всякой опасности для матери и безъ заболѣванія въ послѣродовомъ періодѣ. Если же присоединяется внѣшній вредный агентъ, то можетъ статься, что и послѣ совершенно произвольнаго теченія родовъ послѣродовой періодъ можетъ окончиться смертельно. Это суть тѣ вредоносные факторы, которые въ хирургіи опредѣляются какъ случайныя заболѣванія ранъ, и возбудителями которыхъ въ настоящее время несомнѣнно оказываются микроорганизмы.

Эти микроорганизмы, проникая въ организмъ черезъ раны, при помощи своихъ процессовъ питанія и роста, а равно наполняя своими массами ткани и кровеносныя пути, производятъ въ тѣлѣ тѣ извѣстныя явленія, которыя мы называемъ родильной горячкой, и которыя въ сущности суть не что иное, какъ инфекціонныя болѣзни ранъ хирурговъ.

Эти микроорганизмы находятъ необходимыя для ихъ проникновенія въ ткани и сосуды поврежденія при каждаго произвольныхъ, а особенно при оперативныхъ родахъ—въ шейкѣ, въ полости матки, во влагалищѣ и въ его входѣ—на достаточномъ протяженіи, заносятся на эти раны отчасти руками и инструментами, а отчасти воздухомъ и находятъ здѣсь весьма благопріятную почву для питанія и условія для своего чрезвычайнаго размноженія и внѣдренія въ организмъ. Задача антисептики должна, слѣдовательно, заключаться въ томъ, чтобы удерживать эти микроорганизмы вдали отъ ранъ, а попавшіе сюда дѣлать безвредными, приводя ихъ въ соприкосновеніе со средствами, которыя или убиваютъ ихъ, или настолько вліяютъ на ихъ жизненныя свойства, что борьба съ живыми тканями становится имъ не подъ силу. Средства, предлагаемыя для достиженія означенной цѣли, суть: карболовая, салициловая и борная кислоты, хлористый цинкъ, тимоль, марганцово-

кислое кали, іодоформъ и сулема. Наиболье употребительное до сихъ поръ дезинфекціонное средство — карболовая кислота въ 1—5% растворахъ.

*Koch* въ послѣднее время нѣсколько поколебаль наше довѣріе къ убивающему бактеріи дѣйствию карболовой кислоты. Онъ доказаль точными бактеріоскопическими опытами, что однопроцентный растворъ ея даже послѣ 15-дневнаго воздѣйствія не въ состояніи умертвить бактеріи. Лишь 4—5% растворы, дѣйствуя въ теченіе двухъ до трехъ дней, достигаютъ желаемаго результата. Точно также изслѣдованіями *Wolffhügel*'я и *Knorre* доказано, что употребляемое для смазыванія пальцевъ и инструментовъ карболовое масло совершенно не дѣйствительно, почему теперь и предпочитаютъ для означенной цѣли карболовый вазелинъ (10%). Съ другой стороны, дальнѣйшіе опыты показали, что изъ всѣхъ извѣстныхъ обеззараживающихъ средствъ самое лучшее и самое вѣрное — это сулема.

Сулема, даже будучи разведена болѣе, чѣмъ 1:1.000.000, уже замѣтно препятствуетъ росту бациллъ сибирской язвы, а при разведеніи 1:300.000 — совершенно прекращаетъ ихъ развитіе. При мимолетномъ соприкосновеніи съ подлежащими дезинфекціи объектами достаточно однократнаго смачиванія растворомъ 1:1.000, чтобы убить всѣ, даже самыя стойкіе зородыши микроорганизмовъ. Со времени этого, создавшаго новую эпоху, открытія *Koch*'а, какъ въ хирургіи въ очень многихъ мѣстахъ, такъ почти повсемѣстно въ акушерскихъ школахъ, въ качествѣ обеззараживающаго средства вошла въ употребленіе сулема, и притомъ для дезинфекціи рукъ — въ растворѣ 1:1.000, для влагалищныхъ и внутриматочныхъ спринцованій — въ растворѣ 1:2.000. Для обеззараживанія же инструментовъ сулема непригодна по причинѣ ея химическаго сродства съ металлами.

Переходя теперь послѣ этого вступленія къ деталямъ антисептическаго метода въ его примѣненіи къ акушерству, мы должны коснуться слѣдующихъ пунктовъ:

1. Тогда какъ хирурги привыкли то помѣщеніе, въ которомъ они оперируютъ, въ достаточной степени при-

готовить и выбрать специально для операціи, при обычных акушерскихъ операціяхъ приготовленіе операціоннаго помѣщенія въ большинствѣ случаевъ невозможно, да и рѣдко окажется необходимымъ. Только при лапаротоміяхъ можно посоветовать за нѣсколько времени до операціи привести въ дѣйствіе въ операціонной комнатѣ сублиматный spray (1 : 1.000) и въ остальномъ всѣ правила антисептики соблюсти съ особенной щепетильностью.

2. Что касается оператора и помощниковъ, то они прежде всего при всякой акушерской операціи такъ-же, впрочемъ, какъ и при всякомъ акушерскомъ изслѣдованіи, должны обращать вниманіе на самое точное и тщательное обеззараживаніе своихъ рукъ. Ихъ моютъ мыломъ и щеткой, причемъ слѣдуетъ особенно смотрѣть за бороздками около ногтей, и употребляютъ теперь для означенной цѣли лучше всего, какъ уже сказано, растворъ сулемы 1 : 1.000. При извѣстныхъ акушерскихъ операціяхъ, какъ, напр., при поворотѣ, обеззараживаніе должно распространяться на все предплечье до локтя. Равнымъ образомъ слѣдуетъ обратить вниманіе на антисептику одежды. Такъ какъ ее нельзя непосредственно дезинфицировать, если она до этого, быть можетъ, приходила въ соприкосновеніе съ заразными веществами, то лучше всего снять передъ операціей сюртукъ, надѣть вмѣсто него каучуковый передникъ, дезинфицированный непосредственно передъ операціей растворомъ сулемы, и только тогда приступать къ обеззараживанію рукъ.

Уже много разъ поднимался вопросъ о томъ, имѣтъ ли право врачъ, не задолго передъ тѣмъ приходившій въ соприкосновеніе съ септическими веществами, приступать къ акушерской операціи. Какъ-бы мы ни были убѣждены въ дѣйствіи антисептическихъ средствъ, все-таки лучше всего, чтобы быть увѣреннымъ, — стараться не приходиться въ соприкосновеніе съ инфицирующими веществами. Если-же пришлось инфицироваться, то производить акушерскую операцію допустимо только въ случаѣ крайней необходимости, т. е. лишь тогда, если

абсолютно некому васъ замѣнить, что, къ сожалѣнію, именно при акушерскихъ операціяхъ весьма часто можетъ случиться. Если-же замѣстительство возможно, то врачъ обязанъ по меньшей мѣрѣ въ теченіе сутокъ воздерживаться отъ всякаго акушерскаго изслѣдованія. Къ абсолютно-же неизбѣжной операціи онъ долженъ приступать лишь послѣ самаго тщательнаго повторнаго обеззараживанія болѣе крѣпкими растворами, чѣмъ обычно употребляемые.

3. Обеззараживаніе роженицы при обыкновенныхъ акушерскихъ операціяхъ производится такъ, что прежде всего орошаютъ и обмываютъ дезинфицирующимъ растворомъ наружные половые органы, а за этимъ, если возможно (т. е. при неопустившейся еще низко головкѣ), слѣдуетъ обеззараживающее влагалищное спринцованіе. При лапаротоміяхъ операціи должно предшествовать удаленіе волосъ на лобкѣ и дезинфекція всего операціоннаго поля.

4. Обеззараживаніе инструментовъ. Акушерскіе инструменты большею частью тупы и передъ операціей обмываются 2% растворомъ карболовой кислоты, затѣмъ погружаются въ такой-же растворъ и вынимаются изъ него прямо, непосредственно самимъ операторомъ. Рѣзущіе же инструменты слѣдуетъ класть въ карболовый растворъ, только передъ самымъ началомъ операціи, чтобы они не затупились. Послѣ операціи инструменты очищаются мыломъ и щеткой, обеззараживаются карболовымъ растворомъ и вытираются кускомъ замши.

Особенно трудно поддаются точной очисткѣ рубчатая рукоятка скальпелей и рубчики на внутренней поверхности торсіонныхъ пинцетовъ. Поэтому теперь предпочитаютъ, особенно при лапаротоміяхъ, ножи съ совершенно гладкими и покрытыми никкелемъ черенками, а равно торсіонные пинцеты безъ рубчиковъ.

Если инструменты были употребляемы у септическихъ роженицъ, то ихъ должно въ теченіе часа вываривать въ кипяткѣ, затѣмъ на 12 часовъ положить въ 5% карболовый растворъ и, наконецъ, отполировать. Рѣзущіе инструменты послѣ такой процедуры должны быть выточены.

Шелкъ наматывается на стеклянные катушки, вываривается въ теченіе нѣсколькихъ часовъ въ 10% карболовомъ растворѣ и сохраняется въ 5% растворѣ. Для сшиванія разрывовъ промежности берутъ шелкъ № 4, при лапаротоміяхъ требуются №№ 2—6. Губокъ при обыкновенныхъ акушерскихъ операціяхъ не употребляютъ; вмѣсто нихъ пользуются карболовыми или сублиматными компрессами или *Brunns'*овской ватой. Онѣ нужны только при лапаротоміяхъ, но и здѣсь онѣ не необходимы и могутъ быть замѣнены *Brunns'*овской ватой и компрессами. Губки для лапаротомій (такъ называемыя левантскія губки) проготавливаются по *Keller'*у и *Frisch'*у слѣдующимъ образомъ:

Прежде всего онѣ выколичиваются, затѣмъ на сутки кладутся въ растворъ марганцовокислаго кали (1 : 1000), послѣ чего онѣ вымываются въ тепловатой кипяченой водѣ и переносятся въ смѣсь, состоящую изъ 4-хъ частей 1% раствора *Natrii subsulfurosi* и одной части 8% раствора концентрированной соляной кислоты. Въ этой смѣси онѣ оставляются на нѣсколько минутъ, пока не побѣлѣютъ, затѣмъ вымываются въ водѣ и въ теченіе 5-ти дней держатся въ ежедневно перемѣняемой водѣ при температурѣ въ 35—38° С.; въ заключеніе онѣ попадаютъ въ 5% растворъ карболовой кислоты, изъ котораго онѣ непосредственно передъ операціей переносятся въ 1% растворъ, изъ котораго и падаются оператору.

Компрессы, только что вымытые, кладутся въ тепловатую воду, черезъ нѣсколько дней варятся въ 5% карболовомъ растворѣ и въ такомъ-же сохраняются.

5. Антисептическая перевязка, какъ въ хирургіи, при обыкновенныхъ акушерскихъ операціяхъ большею частью излишня, а тамъ, гдѣ она нужна, она трудно примѣнима. При раненіяхъ наружныхъ частей, подверженныхъ вліянію атмосферы, показуется ихъ или соединить швомъ, или засыпать іодоформомъ. Сшитые разрывы промежности, послѣ совершенной остановки кровотока, должны быть покрыты іодоформированнымъ коллодіемъ (*Jodoformii 1,0, Collodii elastici 10,0*). Болѣе мелкія поврежденія присыпаются порошкомъ іодоформа. Для перевязки послѣ лапаротомій употребляютъ карболовый газъ, карболовую вату и *protectivsilks*.

Самое точное исполненіе и соблюденіе всѣхъ обеззараживающихъ мѣропріятій составляетъ въ настоящее

время долгъ каждому врача и служить гарантіей успѣха даже послѣ тяжелыхъ и сопряженныхъ съ наибольшей травмой акушерскихъ операцій.

### Акушерскія операціи и приготовленія къ нимъ вообще.

Акушерскія операціи раздѣляются на приготовительныя и родоразрѣшающія. Какъ на приготовительныя, смотрятъ на искусственное прерываніе беременности, далѣе — на устраненіе препятствій со стороны мягкихъ и твердыхъ родовыхъ путей, устраненіе препятствій со стороны плоднаго яйца и измѣненія положенія плода, которыя мы производимъ въ надеждѣ благопріятно повліять на теченіе родовъ. При родоразрѣшающихъ операціяхъ живой плодъ выводится наружу посредствомъ влеченія за голову (щипцы) или за тазовый конецъ (извлеченіе, *extractio*), а въ нѣкоторыхъ случаяхъ этому выведенію способствуютъ давленіемъ снаружи (выжиманіе). При непреодолимомъ для щипцовъ или экстракціи механическомъ препятствіи для выведенія головки, послѣдняя должна быть уменьшена въ объемѣ (прободеніе, *perforatio*). При поперечномъ положеніи и вкочленномъ туловищѣ плода, слѣдовательно — при невозможности измѣнить его положеніе, можетъ потребоваться раздѣленіе плода на части (эмбриотомія, называемая эвисцераціей или декапитаціей, смотря по мѣсту ея приложенія на тѣлѣ плода). При абсолютной невозможности родовъ черезъ естественные пути — создается новый путь (кесарское сѣченіе); кромѣ того, этотъ новый путь избирается при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ исключительно въ интересахъ ребенка, такъ какъ онъ быстрѣе и вѣрнѣе ведетъ къ цѣли, чѣмъ путь естественный (кесарское сѣченіе на мертвой). Наконецъ, выступившій изъ полости матки въ брюшную полость или внѣ матки развившійся плодъ можетъ быть извлеченъ посредствомъ вскрытія брюшной полости (лапаротомія при внѣматочной беременности и при разрывѣ матки).



Всѣ эти операціи производятся или просто руками (ручныя операціи), или при помощи специально для сего устроенныхъ инструментовъ (инструментальныя операціи).

Обращаясь затѣмъ къ приготовленіямъ для акушерскихъ операцій, мы должны замѣтить слѣдующее:

1. Приготовленіе необходимыхъ инструментовъ и медикаментовъ; требующіея специально для каждой отдѣльной операціи инструменты будутъ указаны при изложеніи каждой изъ нихъ.

Такъ какъ врачъ никогда напередъ не знаетъ, какая операція ему предстоитъ, когда его приглашаютъ къ роженицѣ, то лучше всего будетъ брать съ собою весь могущій потребоваться акушерскій наборъ инструментовъ, что тѣмъ легче сдѣлать, такъ какъ послѣдній не особенно великъ. Онъ состоитъ изъ слѣдующихъ инструментовъ:

Щипцы *Simpson'a* (если возможно, то и щипцы съ осевыми тракціями *Breus'a*).

Трепанъ *Leissnig-Kiwisch'a*,

Перфораторъ *Nägele*,

Краниокласть *Braun'a*,

Крючекъ *Smellie*,

Декапитационный крючекъ *Braun'a*,

два эластическихъ катетра, хирургическій карманный наборъ, шприцъ для подкожныхъ впрыскиваній, ирригаторъ (съ кишкой и маточнымъ наконечникомъ) лучше всего резиновый, складной, цилиндрической или бутылкообразной формы (вмѣстимостью въ 1 литръ).

Изъ медикаментовъ необходимы:

5% растворъ сулемы, концентрированная карболовая кислота.

Къ этому — въ деревянномъ футлярѣ — стеклянная мензурка въ 10 граммъ. Одна мензурка (10 грм.) раствора сулемы на ирригаторъ (1 литръ) даетъ растворъ 1: 2000 для влагалищныхъ спринцованій, двѣ мензурки (20 грм.) — растворъ 1: 1000 для обмыванія рукъ; 1—2—3 мензурки концентр. карболовой кислоты на литръ даютъ 1—2—3% карболовый растворъ.

*Extractum secalis cornuti*, *Ferrum sesquichlor. sol. neutr.*, растворъ морфія, *tinctura moschi*, хлороформъ,

и притомъ лучше всего въ смѣси съ алкоголемъ и эфиромъ, къ этому соответствующую продыравленную пробку и стеклянную трубочку, проволочную маску, корнцангъ для языка и разжиматель челюстей; наконецъ, порошокъ йодоформа и карболовый вазелинъ (10%).

Склянки съ медикаментами всего лучше держать въ деревянныхъ футлярахъ.

Наконецъ—карболовая вата, карболовый газъ, 2 метра резинового полотна и резиновый передникъ.

2. Родильная кровать. Самое простое положеніе во время родовъ есть продольное положеніе роженицы въ постели, причемъ область крестца соответственно приподнята подложенною подъ него твердую подушкою. Такое положеніе пригодно для болѣе легкихъ случаевъ наложенія щипцовъ или поворота. Для болѣе трудныхъ акушерскихъ операцій должна быть устроена поперечная кровать. Она устраивается такимъ образомъ, что кровать широкой ея стороною придвигаютъ къ стѣнѣ, такъ что головныя подушки упираются въ послѣднюю или же опора для нихъ образуется придвинутымъ шкафомъ или столомъ. Роженица лежитъ при этомъ поперекъ кровати, такъ что ея тазъ приходится у самаго края послѣдней. Кромѣ того все туловище, по возможности, приподымается при помощи подложеннаго подъ него тюфяка, такъ чтобы половыя части роженицы находились на уровнѣ пояса стоящаго оператора. Если приподнять такимъ образомъ постель оказывается невозможнымъ, то при извѣстныхъ обстоятельствахъ можно предпочесть кровати устойчиво стоящій столъ или комодъ. Ноги роженицы устанавливаются на двухъ стульяхъ или удерживаются помощниками.

Средину между обычнымъ продольнымъ положеніемъ и поперечной кроватью занимаетъ косое положеніе роженицы. Оно дѣлаетъ возможнымъ свободный доступъ къ половымъ частямъ, безъ того чтобы пускать въ ходъ всѣ хлопоты по устройству поперечной кровати, и поэтому имъ пользуются особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ необходимо спѣшить. Кладутъ, слѣдовательно, роженицу, какъ это легко понятно, косо на кровати, такъ чтобы

тазь ея приходилъся у края послѣдней; одна нижняя конечность стоитъ на кровати, а другую держать, или ставить на стулъ.

Боковое положеніе примѣняется лишь на короткое время, при отыскиваніи ножки при поворотѣ, при вправленіи выпавшей конечности или пуповины и при трудномъ отдѣленіи послѣда, въ другихъ-же случаяхъ всегда предпочитается положеніе на спинѣ, по крайней мѣрѣ — въ Австріи и Германіи.

3. Помощники. Число помощниковъ также указано при описаніи отдѣльныхъ операцій. Въ частной практикѣ трудно имѣть помощниковъ, особенно знакомыхъ съ дѣломъ; большею частію приходится оперировать только съ акушеркою. Но при кесарскомъ сѣченіи и при лапаротоміяхъ, вообще, нельзя обойтись безъ опытныхъ помощниковъ; въ крайнемъ случаѣ, впрочемъ, и здѣсь можно совершенно удовлетворительно управиться съ двумя ассистентами. Случаи слишкомъ большого числа помощниковъ при акушерской операціи могутъ встрѣчаться развѣ только въ акушерскихъ клиникахъ. Излишекъ помощниковъ также въ извѣстномъ отношеніи вреденъ. Вслѣдствіе чрезмѣрнаго раздѣленія труда, вслѣдствіе возможности того, что многія руки посредственно или непосредственно придутъ въ соприкосновеніе съ половыми органами роженицы, — опасность инфекціи возрастаетъ. Особенно, что касается инструментовъ, слѣдуетъ смотрѣть за тѣмъ, чтобы они не проходили черезъ слишкомъ много рукъ, и лучше всего расположить ихъ въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ операціонной кроватью въ сосудѣ съ карболовымъ растворомъ и брать ихъ изъ него для наложенія самому.

4. Наркозъ. Необыкновенные успѣхи современной хирургіи имѣютъ свое основаніе отчасти въ антисептикѣ, а отчасти въ примѣненіи наркоза. Нѣтъ причины, почему бы и въ акушерствѣ при извѣстныхъ болѣзненныхъ, или во всякомъ случаѣ волнующихъ роженицу операціяхъ не избавлять ее отъ боли посредствомъ анестезированія.

Всеобщему, безусловному введенію наркоза въ аку-

шерство пока еще препятствуетъ вопросъ о томъ, не производятъ-ли анестетическія средства — и на первомъ мѣстѣ общеупотребительный хлороформъ — ослабляющаго вліянія на потужную дѣятельность.

Въ настоящее время мы знаемъ впрочемъ, что поверхностный наркозъ не имѣетъ задерживающаго вліянія на дѣятельность матки, и поэтому ничто не мѣшаетъ, даже при неоперативныхъ родахъ, если потуги очень болѣзненны, примѣнять поверхностный наркозъ въ такой формѣ, что при началѣ боли роженицѣ каждый разъ даютъ хлороформъ, а при ея прекращеніи опять удаляютъ послѣдній. Роженицы почти безъ исключенія очень легко поддаются наркозу, а опасныя случайности едва-ли когда встрѣчаются. Послѣднее, по мнѣнію *Spiegelberg*'а, обусловливается тѣмъ, что потужная дѣятельность, ускоряя пульсъ и дыханіе, противоудѣйствуетъ парализующему вліянію хлороформа на дѣятельность сердца и дыханіе.

Въ большинствѣ случаевъ требуется совершенно легкой, поверхностный наркозъ, даже въ оперативныхъ родахъ; только при очень болѣзненныхъ операціяхъ, или если мы путемъ наркоза имѣемъ въ виду подѣйствовать ослабляющимъ образомъ на дѣятельность матки, напр. при трудномъ поворотѣ, при *tetanus uteri*, при стриктурѣ внутренняго зѣва, слѣдуетъ вызвать полный, глубокий наркозъ.

Для плода, даже при долго продолжающемся глубокомъ наркозѣ, мы не наблюдаемъ никакихъ вредныхъ послѣдствій.

Изъ всѣхъ употребительныхъ анестетическихъ средствъ хлороформъ ( $C H Cl_3$ ) есть несомнѣнно наилучшее. Онъ удобнѣ всего примѣняется при помощи такъ называемаго *Skinner*'овскаго аппарата, состоящаго изъ волоочной маски и склянки съ продыравленной пробкой. За неимѣніемъ подобнаго аппарата достаточно наливать хлороформъ по каплямъ на платокъ или салфетку и такимъ образомъ давать его вдыхать роженицѣ. До операціи слѣдуетъ распустить всѣ стѣсняющія части ея одежды, не забыть спросить про искусственные зубы

и челюсти и, въ случаѣ имѣнія таковыхъ, удалить ихъ. Должно избѣгать непосредственнаго прикосновенія хлороформа къ кожѣ въ виду извѣстнаго прижигающаго дѣйствія его. Ассистентъ у наркоза очень желателенъ. Хирургъ едва-ли когда будетъ въ такомъ положеніи, чтобы быть вынужденнымъ хлороформировать безъ помощника. Въ виду случайностей, которыя иногда наблюдаются во время наркоза, и въ виду необходимости во время операціи дѣлать свое вниманіе между ею и наркозомъ, — при акушерскихъ операціяхъ также въ высшей степени желательно имѣть помощника. Но во многихъ случаяхъ, вслѣдствіе необходимой спѣшности, нельзя достать такового, и тогда приходится хлороформировать самому, по достиженіи полнаго наркоза передать маску акушеркѣ или другому заслуживающему довѣріе лицу и во время операціи постоянно слѣдить за наркозомъ и дыханіемъ. Такимъ образомъ и при недостаточныхъ помощникахъ можно предоставить роженицѣ всѣ выгоды наркоза.

Количество хлороформа, расходуемое при родахъ, крайне ничтожно: 8—10 грм. бываетъ достаточно, чтобы вызвать глубокой наркозъ.

Въ качествѣ неприятной случайности во время наркоза является иногда разстройство дыханія. Оно обусловливается закрытіемъ отверстія гортани вслѣдствіе западанія языка. Подобное состояніе можно устранить, или производя обѣими руками давленіе на обѣ вѣтви нижней челюсти по направленію впередъ, или, если это не помогаетъ, то можно освободить дыханіе, открывъ ротъ посредствомъ *Heister* овскаго разжимателя или *Roser* овскихъ щипцовъ и вытянувъ языкъ помощью предназначеннаго для этого корнцанга *Esmarch*'а.

Далѣе, особенно часто при родахъ наступаетъ рвота во время наркоза. При этомъ слѣдуетъ смотрѣть за тѣмъ, чтобы голова сильно наклонялась на сторону, съ цѣлью воспрепятствовать содержимому желудка при неполной рвотѣ попадать въ глотку.

Смерть во время наркоза при родахъ принадлежитъ къ необыкновенно рѣдкимъ явленіемъ, и въ литературѣ

извѣстно всего нѣсколько случаевъ, гдѣ большею частью неосторожное обращеніе съ хлороформомъ служило причиною неблагоприятнаго исхода. Разстройство дѣятельности сердца, остановка дыханія встрѣчаются рѣдко и лучше всего устраняются искусственнымъ дыханіемъ по способу *Silvester'a*. Послѣдній состоитъ въ томъ, что два человѣка берутъ каждый одну руку больной, быстрымъ и сильнымъ движеніемъ одновременно отводятъ ихъ вверхъ, затѣмъ опять располагаютъ ихъ по бокамъ грудной клѣтки, потомъ снова производятъ быстро и вдругъ первое движеніе и т. д.

Другія анестетическія средства, кромѣ хлороформа, не вошли во всеобщее употребленіе.

Эфиръ хотя и признается менѣе опаснымъ, но наркотъ отъ него болѣе поверхностенъ. Вслѣдствіе большей безопасности эфира, имъ разбавляли хлороформъ, и эта, такъ называемая, англійская смѣсь, пожалуй, заслуживаетъ наибольшаго примѣненія. Она состоитъ изъ трехъ частей хлороформа, одной части эфира и одной части абсолютнаго алкоголя.

Закись азота, или веселящій газъ ( $N_2O$ ), впервые была примѣнена въ 1844 году *Harace Wells'* омъ, какъ анестетическое средство, въ зубоврачебной практикѣ. На основаніи опытовъ, которые *Кликовичъ* произвелъ съ  $N_2O$  надъ роженицами, она совершенно безопасна, обладаетъ несомнѣнно болеутоляющимъ дѣйствіемъ, при непомраченномъ сознаніи даже во время высшей степени анестезіи, и не ослабляетъ потужной дѣятельности. Тѣмъ не менѣе она не приобрѣла права гражданства въ акушерствѣ, какъ *anaestheticum*, какъ по своей дородовизнѣ, такъ и по затрудненіямъ при ея изготовленіи и транспортировкѣ.

Въ новѣйшее время *Heckerman* и *P. Müller* пробовали бромистый этилъ для наркоза у рожениць. По *Müller'u* дѣйствіе этого средства невѣрно, ибо только въ половинѣ всѣхъ случаевъ наступаетъ желаемый результатъ, а примѣненіе его крайне тягостно вслѣдствіе неприятнаго, чесночнаго запаха. Предпринятые *Müller'* омъ опыты также съ хлораломъ (5,0) показали, что

болѣзненность потугъ въ періодѣ раскрытія уменьшается, а въ періодѣ изгнанія—нѣтъ.

Двухлористый метиленъ ( $C H_2Cl_2$ ) не оправдался, какъ предложенное *Richardson*'омъ вмѣсто хлороформа, будто-бы безвредное средство, такъ какъ и при употребленіи чистаго метилена, и при предложенной *Richardson*'омъ смѣси его въ равныхъ частяхъ съ эфиромъ наблюдались смертные случаи.

Какъ противупоказанія къ примѣненію наркоза должны быть разсматриваемы органическія заболѣванія сердца, особенно некомпенсированные пороки и жировое перерожденіе мускулатуры его, далѣе—заболѣванія сосудовъ и легкихъ, высокая степень анеміи, наконецъ — зобъ съ прижатіемъ трахеи и значительной одышкой.

### Акушерское изслѣдованіе \*).

Акушерское изслѣдованіе распадается на анамнезъ, на наружное и внутреннее изслѣдованіе.

Что касается анамнеза, то слѣдуетъ собрать всѣ тѣ данныя, которыя относятся къ теченію и продолжительности имѣющейся беременности, а равно—къ теченію и продолжительности предшествовавшихъ беременностей, слѣдовательно, въ первомъ отношеніи предстоить узнать время послѣдней менструаціи и время первыхъ почувствованныхъ движеній плода, на основаніи этихъ указаній по обще-извѣстному способу высчитать вѣроятный срокъ родовъ, для чего къ указанному вре-

\*) Я намѣренъ въ нижеслѣдующемъ дать краткій очеркъ ученія объ акушерскомъ изслѣдованіи, а равно въ немногихъ словахъ изложить ученіе о распознаваніи положеній плода, о механизмѣ родовъ, о теченіи и дѣтетикѣ физиологическихъ родовъ, насколько такое изложенеіе соотвѣствуетъ, съ одной стороны, потребностямъ практическаго врача, а съ другой — задачѣ предлагаемой книги, какъ учебника оперативнаго акушерства. Я не могъ, однако, пройти эти главы совершеннымъ молчаніемъ, такъ какъ, съ одной стороны, наиболѣе трудная часть акушерской терапіи заключается въ установкѣ показаній и въ оцѣнкѣ условий для производства извѣстной операціи; а съ другой, мы все еще не находимся въ такомъ положеніи, чтобы располагать въ нашей специальности однообразной номенклатурой. Относительно всякаго рода деталей я долженъ отослать къ болѣе обширному руководству акушерства.

тимпаническій, слѣдуетъ искать границу матки. Притупленный тимпаническій звукъ происходитъ обыкновенно вслѣдствіе расположенія 1—2 кишечныхъ петель впереди дна матки.

Наконецъ, весьма важныя данныя для распознаванія беременности даетъ намъ выслушиваніе. Мы слышимъ у беременныхъ ритмическіе и аритмическіе тоны и шумы. Изъ аритмическихъ мы должны упомянуть лишь о кишечныхъ шумахъ; кромѣ того,— въ очень рѣдкихъ случаяхъ,— слышится шумъ аспираціи во время родовъ со стороны плода, жизнь котораго находится въ опасности.

Ритмическіе тоны производятся или сердцебіеніемъ плода, или сердцебіеніемъ матери. Фѣтальные сердечные тоны мы слышимъ, вообще, лишь во второй половинѣ беременности, и притомъ, при продольныхъ положеніяхъ, яснѣе всего на той сторонѣ матки, гдѣ получалось при ощупываніи большее сопротивленіе. Это суть ритмическіе двойные тоны, не совпадающіе съ ударами пульса матери; большею частью они гораздо чаще послѣдняго и достигаютъ 120—140 ударовъ въ минуту. Сердечные тоны или аортальный пульсъ матери должны, естественно, точно совпадать съ ея пульсомъ, и на этомъ основаніи ритмическіе тоны, выслушиваемые по животу беременной, путемъ сравненія съ ея пульсомъ легко могутъ быть дифференцированы, какъ фѣтальные, или какъ материнскіе сердечные тоны.

То-же самое можно сказать и относительно ритмическихъ шумовъ. Здѣсь различаютъ такъ называемый маточный шумъ, или иначе — шумъ маточныхъ сосудовъ или плацентарный шумъ, и затѣмъ — шумъ пуповины. Первый происходитъ вслѣдствіе тренія столба крови въ сильно извитыхъ сосудахъ матки; послѣдній — вслѣдствіе преходящаго или болѣе продолжительнаго суженія сосудовъ пуповины, а иногда и вслѣдствіе пороковъ сердца плода. Дифференціальное распознаваніе обоихъ шумовъ основывается на ихъ частотѣ, при чемъ одинъ точно совпадаетъ съ пульсомъ матери, а другой — нѣтъ. Сердцебіеніе плода, а также шумъ пуповины суть вѣрные признаки жизни плода.

О смерти плода нельзя высказываться совершенно определенно исключительно и единственно на основаніи отсутствія его сердечныхъ тоновъ, развѣ только въ томъ случаѣ, если при точно извѣстномъ положеніи плода, безъ того чтобы оно измѣнилось, сердечные тоны исчезаютъ, бывши до этого слышными на определенномъ мѣстѣ. Вѣрные признаки смерти плода получаются глав-



нымъ образомъ при внутреннемъ изслѣдованіи, при чемъ твердый до того черепъ теряетъ свою консистенцію, головная опухоль, если она раньше была, больше не увеличивается, но дѣлается мягкой и вялой, а волосы изъ кожи головы легко могутъ быть удаляемы. Если предлежитъ тазовой конецъ, то зіяніе задняго прохода, а при другихъ положеніяхъ — слущиваніе эпидермиса указываютъ на наступившую смерть плода. Точно такъ-же отсутствіе пульсаціи въ выпавшей пуповинѣ даетъ, конечно, право сдѣлать заключеніе о смерти плода.

Внутреннее изслѣдованіе производится однимъ или двумя пальцами, рѣдко цѣлою рукою. Прежде всего здѣсь опять слѣдуетъ напомнить о самой тщательной дезинфекціи. Обыкновенно для изслѣдованія пользуются однимъ пальцемъ, а именно — указательнымъ, изолируя его по возможности совершенно отъ остальныхъ тѣмъ, что большой палецъ сильно отводятъ, а другіе три пальца пригибаютъ къ ладони. Для обычнаго изслѣдованія совершенно достаточно одного пальца; лишь для извѣстныхъ цѣлей, особенно при измѣреніяхъ таза, а равно при изслѣдованіи особенно высоко стоящихъ частей, приходится пользоваться указательнымъ и среднимъ пальцами, а иногда и половиною руки, т. е. четырьмя пальцами (за исключеніемъ большаго), и, наконецъ, въ особыхъ случаяхъ бываетъ необходимо провести всю руку во влагалище или въ зѣвъ матки. Дезинфицированный палецъ смазывается карболовымъ вазелиномъ, и затѣмъ производится изслѣдованіе.

Громадное значеніе для успѣшности послѣдняго имѣетъ столь часто пренебрегаемое, къ сожалѣнію, правильное положеніе беременной. Слѣдуетъ смотрѣть за тѣмъ, чтобы тазъ и плечи находились въ одной горизонтальной плоскости, или же чтобы тазъ лежалъ еще нѣсколько выше, чѣмъ плечи. Обратное отношеніе можетъ сдѣлать изслѣдованіе крайне затруднительнымъ, порой безрезультатнымъ, и при томъ очень болѣзненнымъ для роженицы. Когда женщина положена указаннымъ образомъ, то ея нижнія конечности сильно отводятъ и сгибаютъ въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ, затѣмъ прикладываютъ конецъ указательнаго пальца къ гарне промежности и ведутъ его вдоль послѣдняго, слегка надавливая, до задней спайки, гдѣ онъуже какъ-бы самъ собою проникаетъ въ наружныя части. Какъ только это произошло, то сильно опускаютъ локоть книзу и повертываютъ палецъ такимъ образомъ, чтобы его ладонная поверхность была обращена къ лонному соединенію, и затѣмъ продвигаютъ его кзади и вверхъ до тѣхъ поръ, пока не будетъ достигнута влагалищная часть матки. Но при изслѣдованіи должно

обращать вниманіе не только на влагалищную часть матки и подлежащую часть плода, а по пути къ нимъ и на наружныя части и влагалище.

Относительно наружныхъ частей должно замѣтить, что, если при изслѣдованіи въ нихъ находятъ или подозрѣваютъ что-либо не нормальное, то можно прибѣгнуть къ осмотру наружныхъ частей, который, впрочемъ, рѣдко оказывается необходимымъ.

Относительно *vaginae* должно обращать вниманіе на ея ширину, длину и направленіе, окружающія ея части, а равно и на свойства ея стѣнокъ. Что касается влагалищной части, то слѣдуетъ опредѣлить ея длину, форму и консистенцію. Относительно наружнаго зѣва необходимо замѣтить его форму, присутствіе или отсутствіе надрывовъ, которые обыкновенно находятся справа и слѣва. Если наружный зѣвъ открытъ, то должна быть опредѣлена степень его раскрытія. Мы оцѣниваемъ ширину зѣва всего лучше общепринятымъ мѣриломъ на поперечные пальцы и говоримъ, что зѣвъ проходимъ для 1-го, 2-хъ, 3-хъ, 4-хъ пальцевъ, смотря потому, какое число послѣднихъ, будучи сложены въ рядъ, могутъ свободно быть проведены черезъ него. Если проходимъ цервикальный каналъ, то опредѣляютъ приблизительно его длину. Если-же его нѣтъ, такъ что, пройдя наружный зѣвъ, мы тотчасъ-же встрѣчаемъ плодное яйцо, а края зѣва или совершенно истончены, или (у многорожавшихъ) имѣютъ всего нѣсколько миллиметровъ толщины, то мы говоримъ, что шейка сглажена.

Проходя черезъ зѣвъ и цервикальный каналъ, мы часто попадаемъ прежде всего на плодный пузырь. А именно, если послѣдній цѣль, то мы находимъ въ зѣвѣ гладкую, иногда напряженную оболочку. Если пузырь вяль, то часто между нимъ и поверхностью черепа удается констатировать существованіе наполненнаго жидкостью пространства. Если-же пузырь сильно напряженъ, то его узнаютъ по его напряженно-эластичной консистенціи. Распознаваніе цѣлости плоднаго пузыря можетъ оказаться затруднительнымъ, если онъ совершенно плотно прилежитъ къ головѣ. Его узнаютъ тогда по гладкой поверхности, по отсутствію шероховатостей, обусловливаемыхъ волосами на головѣ плода; а если предлежитъ другая часть послѣдняго, то плодный пузырь узнается очень легко еще потому, что онъ равномерно проходитъ надъ извѣстными углубленіями подлежащей части. Разрывъ пузыря опредѣляется отходомъ водъ и тѣмъ обстоятельствомъ, что при предлежаніи головки очень ясно прощупываются волоса въ формѣ шероховатостей на поверхности черепа.

а при болѣе давнемъ разрывѣ замѣчается на черепѣ такъ называемая головная опухоль. Если предлежитъ не черепъ, а другая часть плода, то можно бываетъ пальцемъ легко проникнуть во всѣ ея неровности и углубленія, безъ того чтобы этому препятствовала какая-либо проходящая надъ ними оболочка.

Что-же касается свойствъ предлежащей части, то прежде всего необходимо рѣшить вопросъ о томъ, крупная-ли она, или мелкая. Подъ крупной частью мы разумѣемъ головку или ягодицы, подъ мелкими частями — конечности. Если изслѣдование намъ покажетъ, что мы имѣемъ дѣло съ крупной частью, то передъ нами является вопросъ: равномѣрно тверда, или неравномѣрно тверда эта часть? Если она равномѣрно тверда, то мы имѣемъ дѣло съ черепомъ, если-же она неравномѣрно тверда и имѣетъ неправильную поверхность, то мы имѣемъ передъ собою или лицо, или ягодицы.

Если мы находимъ мелкую часть плода, то намъ предстоитъ отвѣтить на вопросъ, имѣемъ-ли мы дѣло съ верхней, или съ нижней конечностью.

Когда мы, наконецъ, констатировали характеръ предлежащей части, то второй вопросъ будетъ объ отношеніи ея къ тазу: стоитъ-ли она высоко, или уже вступила въ полость таза, или, наконецъ, находится въ выходѣ. Далѣе, если предлежащая часть стоитъ высоко, подвижна-ли она, или фиксирована.

Подъ высокимъ стояніемъ предлежащей, крупной части разумѣютъ такое положеніе ея, когда она наибольшей своею периферіею находится еще надъ плоскостью или въ самой плоскости входа въ тазъ. Предлежащую часть признаютъ стоящей въ полости таза, если она наибольшей своей периферіею уже прошла плоскость входа въ тазъ; мы говоримъ, что она находится въ выходѣ, если она во время боли становится видимой между наружными частями, или можетъ быть сдѣлана видимой путемъ раздвиганія большихъ губъ. или, наконецъ, если мы, входя пальцемъ, непосредственно позаду *introitus vaginae* натываемся на предлежащую часть. При оцѣнкѣ стоянія предлежащей части должно помнить, что болѣе значительная опухоль предлежащей части нерѣдко симулируетъ болѣе низкое стояніе ея.

Находящаяся въ полости или въ выходѣ таза часть признается въ акушерскомъ смыслѣ фиксированною, такъ какъ стѣнки таза препятствуютъ ея передвиженію впередъ или

назадъ, вправо или влѣво. Иное дѣло при высоко стоящей предлежащей части. Высоко стоящая часть можетъ быть подвижна или фиксирована. Мы узнаемъ о подвижности такой части, если внѣ потуги попытаемся умѣреннымъ давленіемъ однимъ или двумя пальцами вывести предлежащую часть изъ входа въ тазъ. Если это удастся легко, и притомъ такъ, что предлежащая часть подъ вліяніемъ слабого давленія уходитъ отъ соприкосновенія съ верхушками пальцевъ и возвращается къ послѣднимъ лишь по истеченіи нѣкотораго времени, то мы говоримъ, что предлежащая часть баллотирована. Это баллотированіе встрѣчается только до отхода водъ и при увеличенномъ количествѣ послѣднихъ, или-же при очень маломъ черепѣ. Мы называемъ предлежащую часть просто подвижною, если ее умѣреннымъ давленіемъ можно продвинуть надъ тазовымъ входомъ; мы признаемъ ее фиксированною, если она можетъ быть выведена изъ своего положенія только очень сильнымъ давленіемъ на нее.

Теперь мы перейдемъ къ распознаванію положеній плода, ихъ позицій и членорасположенія. Подъ положеніемъ плода разумѣютъ отношеніе его продольной оси къ продольной оси матери.

Въ практическомъ отношеніи мы можемъ признать троякаго рода отношенія. Во-первыхъ, обѣ оси идутъ параллельно одна съ другой — мы говоримъ тогда о продольномъ положеніи; во-вторыхъ, оси перекрещиваются подъ прямымъ угломъ — поперечное положеніе; въ-третьихъ, оси перекрещиваются подъ острымъ угломъ, причемъ одна крупная часть находится въ одной изъ подвздошныхъ впадинъ, а другая — на противоположной сторонѣ у дна матки. — Косое положеніе.

Подъ именемъ позиціи понимаютъ отношеніе спинки плода къ стѣнкамъ матки. При продольныхъ положеніяхъ спинка, вообще, можетъ быть обращена или къ лѣвой, или къ правой стѣнкѣ, при поперечныхъ положеніяхъ — къ передней или къ задней стѣнкѣ, или-же она можетъ занимать какую-нибудь промежуточную позицію.

Мы говоримъ о первой позиціи, если при продольномъ положеніи спинка обращена влѣво, или при поперечномъ положеніи — впередъ; о второй позиціи, если при продольномъ положеніи спинка обращена вправо, или при поперечномъ положеніи — назадъ.

Подъ членорасположеніемъ мы разумѣемъ отношеніе отдѣльныхъ частей плода другъ къ другу. Мы разли-

чаемъ нормальное и аномальное членорасположеніе. Нормальнымъ членорасположеніемъ мы называемъ такое отношеніе отдѣльныхъ частей плода другъ къ другу, при которомъ плодъ до извѣстной степени занимаетъ наименьшее пространство; головка при этомъ сильно согнута, подбородокъ приближенъ къ груди, верхнія конечности перекрещены на передней поверхности грудной клѣтки, нижнія конечности согнуты въ тазобедренныхъ и колѣнныхъ сочлененіяхъ и прилежатъ къ передней поверхности живота. Всякое угло-неніе отъ такого нормальнаго членорасположенія называется неправильнымъ или ненормальнымъ.

Такъ какъ мы продольными положеніями называемъ такія, при которыхъ оба длинника (матери и плода) совпадаютъ, то легко понять, что въ такомъ случаѣ можетъ предлежать во время родовъ или головка плода или его тазовый конецъ. Тогда опредѣляютъ положеніе, какъ головное, или какъ тазовое.

Головка въ свою очередь можетъ находиться въ различныхъ положеніяхъ къ тазовому входу. Если по срединной линіи таза предлежатъ темныя кости, то говорятъ о черепномъ положеніи; если-же по срединной линіи предлежитъ лицо, то такое положеніе называется лицевымъ, и, наконецъ, если по срединной линіи вставляется лобъ, то мы называемъ это лобнымъ положеніемъ.

Тазовыя положенія, смотря по тому, предлежатъ-ли ягодицы съ обѣими нижними конечностями въ нормальномъ членорасположеніи, или предлежатъ однѣ ягодицы, или однѣ нижнія конечности, распадаются на слѣдующія подраздѣленія:

1. Полное ягодичное положеніе — предлежатъ ягодицы съ обѣими нижними конечностями въ нормальномъ членорасположеніи.

2. Неполное ягодичное положеніе — предлежатъ ягодицы съ одной нижней конечностью, другая согнута въ тазобедренномъ сочлененіи, разогнута въ колѣнѣ и вытянута вдоль передней поверхности туловища.

3. Простое ягодичное положеніе — предлежатъ однѣ ягодицы; обѣ нижнія конечности согнуты въ тазобедренныхъ сочлененіяхъ и разогнуты въ колѣнныхъ.

4. Полное и неполное ногоположеніе — или обѣ, или только одна нижняя конечность разогнута въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ и предлежатъ.

Наконецъ, 5. Полное и неполное колѣнное поло-

женіе — или обѣ нижнія конечности разогнуты въ тазобедренныхъ сочлененіяхъ и согнуты въ колѣнныхъ, или-же въ такомъ положеніи находится только одна конечность, а другая согнута въ тазобедренномъ суставѣ, разогнута въ колѣнномъ и вытянута вверхъ.

При ногоположеніяхъ и при колѣнныхъ — ягодицы обыкновенно стоятъ очень высоко и нерѣдко отклоняются отъ тазоваго входа въ ту или другую сторону.

Діагнозъ черепнаго положенія ставится на основаніи наружнаго и внутренняго изслѣдованія. Наружное изслѣдованіе, уже на основаніи продольно-овальной формы матки, приведетъ насъ къ мысли, вообще, о продольномъ положеніи. Затѣмъ мы отыскиваемъ по вышеописанному уже способу находящуюся у входа въ тазъ крупную часть плода и, если послѣдняя очень велика, тверда и равномерно кругла, то признаемъ ее за головку. Сравненіе съ находящеюся у дна второю крупною частью подтвердитъ нашъ діагнозъ. Опредѣливъ такимъ образомъ, что головка находится во входѣ въ тазъ, мы должны путемъ наружнаго изслѣдованія выяснить ея отношеніе къ тазовому входу и прежде всего испытать ея подвижность, стараясь передвигать ее вправо и влѣво. Во-вторыхъ, намъ предстоитъ опредѣлить отношеніе ея объема къ размѣрамъ входа въ тазъ, причемъ мы задаемъ себѣ вопросъ, выдается-ли она надъ симфизомъ, или нѣтъ. Поставивъ такимъ путемъ въ общемъ діагнозъ головнаго положенія, мы сравниваемъ обѣ стороны матки относительно ихъ резистентности, и при сѣльшемъ сопротивленіи слѣва мы обыкновенно находимъ вправо у дна небольшія валикообразныя тѣла, исчезающія изъ-подъ пальца, чтобы появиться на другомъ мѣстѣ. Это суть мелкія части плода, и притомъ въ предположенномъ нами случаѣ — нижнія конечности. Слѣдовательно, мы распознали первую позицію. Въ обратномъ случаѣ опредѣляется вторая позиція.

Опредѣливъ черепное положеніе и его позицію, мы приступаемъ къ выслушиванію сердцебіенія плода въ той сторонѣ, куда обращена его спинка, и притомъ исходя изъ основнаго положенія, что сердцебіеніе всего лучше слышно тамъ, гдѣ находится лѣвая половина грудной кѣтки. Сообразно этому при первомъ черепномъ положеніи мы выслушиваемъ слѣва и болѣе кзади, при второй позиціи — справа и болѣе спереди. Внутреннее изслѣдованіе при закрытомъ или мало открытомъ зѣвѣ позволяетъ признать черепное положеніе лишь на основаніи равномерной твердости

и округлости подлежащей части, прощупываемой черезъ сводъ. Если-же зѣвъ проходимъ по крайней мѣрѣ для двухъ пальцевъ, тогда можно ощупать достаточную поверхность черепа и не только ясно опредѣлить положеніе, но и позицію. Въ такомъ случаѣ въ началѣ родовъ находятъ шовъ, который проходитъ по черепу справа налѣво, и по обоимъ концамъ котораго имѣются малый и большой роднички. Мы различаемъ послѣдніе не на основаніи ихъ абсолютной величины, а только по числу швовъ, которые сходятся въ каждомъ изъ нихъ, причемъ въ маломъ родничкѣ сходятся въ одной точкѣ только три шва, а въ большомъ — четыре. По положенію родничковъ опять-таки легко опредѣлить позицію.

Распознаваніе лицевого положенія производится такимъ-же образомъ. Наружное изслѣдованіе даетъ продольно-овальную форму матки, во входѣ въ тазъ — большую твердую часть, у дна — небольшую мягкую часть, ягодицы, на одной изъ обѣихъ сторонъ — большее сопротивленіе. Если мы будемъ искать мелкія части, какъ обыкновенно при черепныхъ положеніяхъ, у дна на той сторонѣ матки, гдѣ была получена меньшая резистентность, то мы ихъ находимъ не тамъ, а на сторонѣ большаго сопротивленія. Тамъ-же слышно и сердцебиеніе, и такимъ образомъ характерно для лицеваго положенія, что при немъ большее сопротивленіе, сердцебиеніе и мелкія части опредѣляются на одной и той-же сторонѣ. Такое отношеніе обуславливается своеобразнымъ расположеніемъ головки, и оно легко понятно. Большее сопротивленіе съ одной стороны матки при лицевомъ положеніи обусловлено не поверхностью спинки, а передней поверхностью туловища, соотвѣтственно которой должны располагаться, естественно, и мелкія части. На этомъ основаніи при лицевомъ положеніи первой позиціи мы найдемъ большее сопротивленіе справа, при второй позиціи — слѣва. Наконецъ, если мы произведемъ подлежащую часть нѣсколько точнѣе, то нерѣдко замѣтимъ на черепѣ своеобразное удлинненіе вверхъ соотвѣтственно той сторонѣ, гдѣ ощущается меньшее сопротивленіе. Это удлинненіе образовано выдающимся надъ входомъ въ тазъ затылкомъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи, если зѣвъ достаточно раскрытъ, намъ прежде всего бросится въ глаза по срединной линіи и довольно далеко кзади своеобразно сѣдловидный бугоръ. Это — корень носа. Для распознаванія лицеваго положенія при внутреннемъ изслѣдованіи корень носа имѣетъ наибольшее значеніе сравнительно съ другими про-

щупываемыми частями, и это на томъ основаніи, что въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ послѣ отхода водъ остальные части лица могутъ на столько обезобразиться вслѣдствіе опуханія, называемаго въ данномъ случаѣ лицевою опухолью, что ихъ лишь съ трудомъ можно узнать, тогда какъ корень носа сравнительно долго сохраняетъ свою характерную сѣдловидную форму. А разъ мы признали корень носа за таковою, то само собою разумѣется, что и при значительномъ опуханіи будетъ не трудно опредѣлить прочія части лица. Въ одну сторону отъ корня носа мы находимъ тогда спинку послѣдняго, подвижный кончикъ его, и по отходѣ водъ мы попадаемъ затѣмъ пальцемъ въ отверстіе, ограниченное съ обѣихъ сторонъ твердыми костными краями (отверстіе рта). Проходя еще дальше въ томъ-же направленіи, мы доходимъ до подбородка. По другую сторону мы находимъ гладкую сферическую поверхность со швомъ, начинающимся отъ корня носа.

Лобныя положенія при наружномъ изслѣдованіи не могутъ быть отличены отъ лицевыхъ. И здѣсь большее сопротивление, мелкія части плода и сердцебіеніе опредѣляются на одной и той-же сторонѣ матки. При внутреннемъ изслѣдованіи мы находимъ по срединной линіи равномерно твердую, гладкую, круглую подлежащую часть; по срединѣ ея — шовъ, который можно прослѣдить въ обѣ стороны. Если идти по этому шву, то въ одну сторону мы доходимъ до большого родничка и передней части теменныхъ костей, въ другую сторону — до краевъ орбитъ и корня носа, и узнаемъ такимъ образомъ, что какъ разъ середина лобнаго шва соответствуетъ проводной оси таза. Лобныя положенія относительно очень часто переходятъ въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ или въ черепныя, или въ лицевыя положенія, такъ какъ вѣдь они до извѣстной степени представляютъ собою переходную ступень между обоими названными положеніями.

Тазовыя положенія опредѣляются при внутреннемъ изслѣдованіи на основаніи продольно-овальной формы матки, подлежанія меньшей, болѣе мягкой и съ неправильными контурами части во входѣ въ тазъ, тогда какъ болѣе твердая и равномерно клуглая часть находится у дна. По извѣстнымъ уже даннымъ различаютъ первую и вторую позицію. Выслушивание даетъ сердечные тоны на сторонѣ большого сопротивленія — на этотъ разъ нѣсколько выше уровня пупка, опять соответственно имѣющемуся въ каждомъ случаѣ положенію лѣвой половины грудной полости. При



внутреннемъ изслѣдованіи и при достаточномъ раскрытіи зѣва мы находимъ или ягодицы съ нижними конечностями, или только одну изъ этихъ частей въ отдѣльности. Ягодицы опредѣляются въ формѣ крупной, но неравномѣрно твердой и съ неправильными очертаніями части. Характерныя для ягодицъ части суть крестецъ съ четкообразно расположенными въ одну линію остистыми отростками крестцовыхъ позвонковъ и съ лежащимъ подъ ними въ бороздкѣ подвижнымъ копчикомъ, далѣе—отверстіе задняго прохода въ формѣ небольшого углубленія съ мягкими краями и половые органы плода, которые представляются или въ формѣ двухъ параллельно идущихъ валиковъ (половые губы), или въ формѣ небольшого, большею частію туго напряженнаго мѣшечка, напоминающаго плодный пузырь (мошонка). При этомъ части расположены такимъ образомъ, что крестецъ находится по одну сторону, а половые органы по другую, тогда какъ взади и впереди прощупываются болѣе объемистыя, мягкія, гладкія сферическія поверхности — обѣ ягодицы. Одновременно съ ягодицами, или-же однѣ, могутъ быть прощупаны нижнія конечности, причемъ можно дойти пальцемъ до стопъ, пятокъ или колѣна. Стопу узнаютъ по короткости фалангъ и преобладанію длинника подошвы надъ поперечнымъ діаметромъ ея. Смѣшенія стопы съ ручной кистью избѣгаютъ тѣмъ, что обращаютъ вниманіе на большую длину фалангъ послѣдней и на то обстоятельство, что ладонь во всѣхъ направленіяхъ имѣетъ приблизительно одинаковые размѣры. Пятка опредѣляется въ формѣ небольшого, круглаго, мягкаго бугра съ двумя, довольно далеко отъ него отстоящими боковыми буграми (мышцелки) и отличается отъ локтя тѣмъ, что послѣдній заостренъ и твердъ, и что тотчасъ-же надъ нимъ опредѣляются оба мышцелка (condyli), линіи соединенія которыхъ съ локтевымъ отросткомъ (olecranon) образуютъ между собою тупой уголъ.

Поперечныя и косыя положенія также узнаются или при наружномъ, или при внутреннемъ изслѣдованіи, рѣдко при обоихъ одновременно, такъ какъ именно при этихъ положеніяхъ обстоятельства слагаются такимъ образомъ, что наружное изслѣдованіе обыкновенно только тогда приводитъ къ опредѣленнымъ результатамъ, когда внутреннее еще невозможно, и, наоборотъ, послѣднее только тогда даетъ возможность точно опредѣлить поперечное положеніе и позицію, когда влѣдствіе сокращенія матки наружное изслѣдованіе выполнимо лишь несовершенно.

Поперечныя положенія, смотря по расположенію обѣихъ крупныхъ частей плода, распадаются на первое и второе поперечное положеніе. Первымъ поперечнымъ положеніемъ называется такое, при которомъ головка находится въ лѣвой сторонѣ матери, а вторымъ,—при которомъ головка расположена вправо. До отхода водъ позиція обыкновенно еще не установилась. По отходѣ же водъ спинка, вообще, устанавливается или впередъ къ брюшнымъ покровамъ матери, или назадъ къ позвоночнику ея. Въ первомъ случаѣ говорятъ о первой, въ послѣднемъ — о второй позиціи, и такимъ образомъ соотвѣтственно сочетанію поперечнаго положенія и позиціи различаютъ четыре подраздѣленія:

первое поперечное положеніе, первая позиція (головка влѣво, спинка впередъ),

первое поперечное положеніе, вторая позиція (головка влѣво, брюшная поверхность впередъ),

второе поперечное положеніе, первая позиція (головка вправо, спинка впередъ),

второе поперечное положеніе, вторая позиція (головка вправо, брюшная поверхность впередъ).

При наружномъ изслѣдованіи поперечное положеніе прежде всего проявляется, во многихъ случаяхъ, поперечно-овальной формой матки; при пальпаціи входа въ тазъ его находятъ пустымъ и опредѣляютъ одну изъ двухъ крупныхъ частей плода слѣва, другую — справа. Ось плода при этомъ очень рѣдко идетъ совершенно поперечно, но большею частью приближается къ косвенному направленію. Головку и ягодицы различаютъ при этомъ помощью уже нѣсколько разъ упоминавшихся приѣмовъ. позиція узнается по тому, что ощупываютъ матку поперекъ между головкой и ягодицами. и если при этомъ находятъ предлеженіе равномерно гладкой поверхности, то это указываетъ на обращенную впередъ спинку, а нахожденіе многихъ мелкихъ частей указываетъ на обращенную впередъ брюшную поверхность плода.

Выслушиваніе даетъ положительный результатъ лишь при спинкѣ, обращенной впередъ, тогда какъ при второй позиціи тоны сердца и при живомъ плодѣ часто бываютъ неясны и даже неслышны.

Внутреннее изслѣдованіе при маломъ звѣѣ и цѣломъ плодномъ пузырьѣ часто оказывается крайне затруднительнымъ и, вслѣдствіе высокаго стоянія предлежащей части,

безуспѣшнымъ. Только когда послѣдняя силами потугъ опускается ниже и случайно прилежитъ къ зѣву, то становится возможнымъ черезъ пузырь, или еще лучше по отходѣ водъ опредѣлить подлежащую часть. Чаще всего находятъ какую-нибудь часть обращенной книзу верхней конечности лежащую въ зѣвѣ, и тогда можно бываетъ прощупать или ручную кисть, или локоть, или плечо.

Отличительные признаки локтя и кисти были упомянуты раньше по поводу дифференціального распознаванія стопы и пятки. При предлежаніи ручки дѣло идетъ, однако, и объ опредѣленіи того, какая это ручка: правая или лѣвая. Въ этомъ отношеніи слѣдуетъ обратить вниманіе на направленіе ладони и большого пальца; или, если ручка находится во влагалищѣ, то должно немного низвести ее и одною изъ своихъ рукъ какъ-бы поздороваться съ нею, при чемъ выпавшая ручка будетъ одноименна той, которою оказалось удобнымъ съ нею поздороваться. Далѣе проходятъ пальцемъ вдоль подлежащей конечности вверхъ, чтобы по возможности достигнуть подмышечной ямки и по тому направленію, куда послѣдняя обращена, судить о положеніи ягодицъ и головки. Такимъ образомъ, принимая во вниманіе наименованіе выпавшей ручки и направленіе подмышечной впадины, очень легко можно опредѣлить не только положеніе, но и позицію плода. Если ручка находится въ нормальномъ положеніи на передней поверхности груди, то изслѣдующій палецъ наталкивается прежде всего на плечо. Въ этомъ случаѣ опять прежде всего должно обратить вниманіе на то, куда обращена *axilla*, далѣе — на положеніе ключицы и лопатки, и изъ сочетанія этихъ данныхъ также легко будетъ вывести заключеніе о положеніи и позиціи плода. Лишь изрѣдка встрѣчается запрокидываніе ручки возлѣ головки; въ такомъ случаѣ можно смѣшать уголь, образуемый плечомъ и шеей ребенка, съ подмышечной ямкой и, благодаря этому, впасть въ ошибку относительно положенія плода. Отличительный признакъ, опредѣляемый при болѣе точномъ изслѣдованіи, въ этомъ отношеніи заключается въ томъ, что отсутствуютъ ребра въ той части, которая служитъ верхней границей предполагаемой аксиллярной впадины. Если-бы не удавалось легко ориентироваться относительно истиннаго положенія вещей, то въ такомъ случаѣ позволительно извлечь ручку и обычнымъ образомъ опредѣлить ея наименованіе и направленіе подмышечной ямки. Только въ рѣдкихъ случаяхъ и плечо на столько бываетъ удалено въ сторону, что по срединной линіи можно прощу-

пять грудную кѣтку, ребра и позвоночникъ, а иногда достигнуть даже до одной нижней конечности.

Беременность двойнями можно прежде всего предполагать при относительно большомъ растяженіи матки, которое не можетъ быть отнесено на счетъ другихъ причинъ, какъ, напр., чрезмѣрное скопленіе околоплодныхъ водъ (*hydramnios*), или очень большой плодъ. Прощупываніе двухъ однородныхъ крупныхъ частей не имѣетъ значенія вѣрнаго признака при распознаваніи беременности двойнями, такъ какъ именно относительно однородности легко можно обмануться. Вѣрную точку опоры для діагноза мы приобретаемъ только тогда, если при наружномъ изслѣдованіи можно бываетъ совершенно ясно доказать присутствіе болѣе чѣмъ двухъ крупныхъ частей. А равно и выслушиваніе можетъ помочь распознаванію беременности двойнями, если мы ясно слышимъ фѣтальные сердечные тоны на двухъ противоположныхъ сторонахъ матки, тогда какъ на срединѣ между этими двумя точками сердцебіеніе совершенно не слышно или только очень слабо.

Внутреннее изслѣдованіе рѣдко можетъ представить какія-нибудь указанія на беременность двойнями, развѣ только въ томъ случаѣ, если удастся опредѣлить два плодныхъ пузыря, или непосредственно прощупываемую подлежащую часть и одновременно — второй плодный пузырь, или же одновременное предлежаніе двухъ крупныхъ частей или двухъ однородныхъ и одноименныхъ конечностей, наконецъ, непульсирующую пуповину съ одновременно ясно слышимымъ снаружи сердцебіеніемъ плода.

## Измѣреніе таза.

Измѣреніе таза есть принадлежность полнаго акушерскаго изслѣдованія. Слѣдуетъ поставить себѣ за правило измѣрять каждый тазъ. Если же только теченіе родовъ обращаетъ наше вниманіе на узкій тазъ, то большею частью время уже бываетъ пропущено для важныхъ терапевтическихъ вмѣшательствъ, которыя могли-бы дать родамъ благоприятное теченіе, или мы уже предприняли операцію, которой не потребовалось-бы, если-бы мы раньше знали о суженіи таза.

Обыкновенно опредѣляютъ слѣдующіе пять размѣровъ таза:

1. *Conjugata externa* или діаметръ *Baudelocque'a* (D. V.).

2. Разстояніе обѣихъ передне-верхнихъ остей подвздошныхъ костей (Sp.).

3. Разстояніе обоихъ гребешковъ подвздошныхъ костей (Cr.).

4. Разстояніе обоихъ вертеловъ (Tr.).

5. Разстояніе мыса (promontorium) отъ нижняго края лоннаго соединенія, *conjugata diagonalis* (C. d.).

Первые четыре размѣра суть наружные размѣры таза и опредѣляются при помощи такъ называемаго тазомѣра. Самый обычный — это циркуль *Baudelocque*'а, хотя онъ имѣетъ тотъ недостатокъ, что его вѣтви легко изгибаются, вслѣдствіе чего имѣющаяся на немъ градуированная дуга становится негодной для опредѣленія разстоянія между пуговками циркуля, и для его измѣренія приходится прибѣгать къ сантиметровой мѣркѣ. Поэтому лучше пользоваться инструментомъ, устроеннымъ по образцу измѣрительнаго циркуля *Matthieu*, вѣтви котораго болѣе массивны, не гнутся и могутъ быть примѣнимы, какъ для наружнаго измѣренія таза, такъ и послѣ ихъ перекрещиванія для измѣренія выхода таза.

Диаметръ *Baudelocque*'а или *conjugata externa* измѣряется слѣдующимъ образомъ: задняя конечная точка его есть ямка между послѣднимъ поясничнымъ позвонкомъ и остистымъ отросткомъ перваго крестцоваго позвонка. У хорошо упитанныхъ особъ по обѣимъ сторонамъ крестца соотвѣтственно задне-верхнимъ остямъ подвздошныхъ костей находятъ два углубленія; если ихъ соединить прямой чертой и отъ середины ея возставить перпендикуляръ въ 3—5 см. длины, то соотвѣтственно концу послѣдняго будетъ найдено еще маленькое углубленіе, которое и представляетъ собою раньше упомянутую, въ качествѣ задней конечной точки D. В., ямку между послѣднимъ поясничнымъ и первымъ крестцовымъ позвонками. Переднюю конечную точкою D. В. служитъ та точка передней поверхности симфиза, которая даетъ наибольшее разстояніе отъ задней точки. Измѣреніе производится, какъ понятно, въ боковомъ положеніи беременной. D. В. въ нормальныхъ тазахъ равняется среднимъ числомъ 20 см.

Фиг. 1.



Тазомѣръ.

*Distantia spinarum* измѣряется слѣдующимъ образомъ: женщина лежитъ прямо на спинѣ; обѣ вѣтви циркуля берутъ въ обѣ руки, какъ два писчихъ пера, отыскиваютъ верхушками пальцевъ ости и прикладываютъ затѣмъ пуговки циркуля къ наружнымъ краямъ послѣднихъ, такъ чтобы онѣ только-что захватывали сухожилія *m. sartorii*. Этотъ размѣръ равняется въ среднемъ 26 *cm.*

*Distantia cristarum* измѣряется такъ, что берутъ тазомѣръ, какъ сказано раньше, и прикладываютъ его вѣтви къ двумъ наиболѣе удаленнымъ другъ отъ друга точкамъ наружныхъ краевъ обоихъ гребешковъ подвздошныхъ костей. Размѣръ этотъ въ среднемъ равняется 29 *cm.*

Точно такъ-же измѣряется и разстояніе между обоими вертелами, причемъ обѣ пуговки циркуля прикладываются къ наиболѣе удаленнымъ одна отъ другой точкамъ вертеловъ вытянутыхъ и совершенно приведенныхъ нижнихъ конечностей. Разстояніе между вертелами равняется среднимъ числомъ 31 *cm.*

Изъ полученныхъ на живой размѣровъ нельзя вывести точно-опредѣленнаго заключенія о размѣрахъ малаго таза: мы можемъ только дѣлать общіе выводы о величинѣ и формѣ его. При этомъ дѣло идетъ не столько объ абсолютной величинѣ, сколько объ отношеніи отдѣльных размѣровъ другъ къ другу. Абсолютная величина ихъ, помимо ширины таза, находится подъ вліяніемъ развитія подкожнаго жира и массивности скелета. На эти два обстоятельства слѣдуетъ главнымъ образомъ обращать вниманіе, чтобы избѣгать ложныхъ заключеній объ абсолютной величинѣ этихъ размѣровъ. Въ уклоняющихся отъ нормы случаяхъ могутъ имѣть мѣсто слѣдующія отношенія:

всѣ размѣры меньше приведенныхъ нами цифръ, но такъ, что отношеніе отдѣльных размѣровъ другъ къ другу остается тѣмъ-же. Тогда мы заключаемъ, не теряя, конечно, изъ виду всѣхъ раньше упомянутыхъ обстоятельствъ, что въ данномъ случаѣ имѣется обще, болѣе или менѣе равномѣрно суженный тазъ; или

разница между размѣрами *Sr.* и *Sr.* значительно меньше, но размѣръ *Sr.* нормальный. Въ такомъ случаѣ мы имѣемъ, вѣроятно, дѣло съ плоскимъ тазомъ; наконецъ,

разница между размѣрами *Sr.* и *Sr.* значительно меньше, чѣмъ въ нормальномъ тазу, но одновременно съ этимъ и размѣръ *Sr.* уменьшенъ. Такіе размѣры позволяютъ сдѣлать

заключеніе объ обще и неравномѣрно суженномъ тазѣ.

Мы видимъ такимъ образомъ, что изъ наружныхъ измѣреній нельзя дѣлать выводовъ о величинѣ и размѣрахъ малого таза, но можно получить общее представленіе о его формѣ. Но и этотъ результатъ весьма цѣненъ, если мы знаемъ величину *conjugatae verae*, которая опредѣляется съ приблизительной точностью путемъ внутренняго измѣренія.

*Conjugata vera* опредѣляется изъ длины *conjugatae diagonalis*, которую мы можемъ измѣрять непосредственно. Для этого поступаютъ слѣдующимъ образомъ (фиг. 2).

Женщина лежитъ на спинѣ, какъ, вообще, при акушерскомъ изслѣдованіи, съ нѣсколькими приподнятымъ, если можно, тазомъ; вводятъ во влагалище одинъ, а то и два пальца, оттѣсняютъ задній сводъ по направленію къзади и вверхъ, пока не наталкиваются на поперекъ-идущее, довольно острое костное возвышеніе, которое при изслѣдованіи выше и ниже лежащихъ частей оказывается замѣтно выдающимся по направленію къ полости таза. Это возвышеніе есть мысъ (*promontorium*). Къ его срединѣ приставляется верхушка указательнаго; а если мы изслѣдуемъ двумя пальцами, то верхушка средняго пальца, затѣмъ рука немного приподы-

Фиг. 2.

Измѣреніе *conjugatae diagonalis*.

мается, такъ-что лучевой край кисти руки при сильно-отведенномъ большемъ пальцѣ прикасается къ нижнему краю лоннаго соединенія. Послѣ этого другою рукою раздвигаютъ обѣ половыя губы, отыскиваютъ нижній край симфиза и

ногтемъ указательнаго пальца дѣлають, точно соотвѣтственно *lig. arcuatum*, вдавленіе на кожѣ руки, находящейся въ тазу. Выведенная обратно изъ половыхъ частей рука носить тогда на себѣ мѣру *conjugatae diagonalis*.

Чтобы затѣмъ изъ размѣра *conj. diagonalis* получить размѣръ *conj. verae*, необходимо изъ перваго вычестъ отъ  $1\frac{1}{2}$  до 2 *ctm.* Но часто приходится вычитать и болѣе 2 *ctm.* Величину вычета мы опредѣляемъ на основаніи точной оцѣнки всѣхъ тѣхъ факторовъ, которые могутъ увеличивать діагональную конъюгату въ сравненіи съ истинной; таковы — высокое стояніе мыса, значительное разстояніе между верхнимъ и нижнимъ краями симфиза и крутое положеніе послѣдняго, слѣдовательно, относительно болѣе, чѣмъ обыкновенно, разстояніе нижняго края лоннаго соединенія отъ задней стѣнки таза. Если при изслѣдованіи констатируется одинъ изъ этихъ факторовъ, то мы вычитаемъ 2 *ctm.*; если-же имѣются на лицо два, а то и всѣ три фактора, то мы должны вычестъ нѣсколько больше, даже до 3 *ctm.* изъ длины *conj. diagonalis*, чтобы получить размѣръ истинной конъюгаты.

Поперечный размѣръ входа подлежитъ лишь приближительной оцѣнкѣ, но не измѣренію, для чего мы отыскиваемъ пальцемъ двѣ наиболѣе удаленныя другъ отъ друга точки *lineae innominatae*.

Указанные пять размѣровъ совершенно удовлетворяють требованіямъ въ случаяхъ узкаго таза; лишь рѣдко бываетъ необходимо измѣреніе выхода таза.

Прямой размѣръ выхода таза измѣряется по *Breisky* въ боковомъ положеніи такимъ образомъ, что одна пуговка тазомѣра прикладывается снаружи къ верхушкѣ крестца, а вторая — также снаружи къ нижнему краю лоннаго соединенія, и изъ полученнаго такимъ путемъ размѣра вычитается около  $1\frac{1}{2}$  *ctm.*

Поперечный размѣръ выхода также измѣряется помощью циркуля, но съ перекрещенными вѣтвями, въ положеніи женщины на спинѣ такимъ образомъ, что пальцами отмѣчаютъ оба сѣдалищныхъ бугра и обращенныя кнаружи пуговки тазомѣра продвигаютъ къ обоимъ буграмъ и по возможности крѣпче черезъ кожу придавливаютъ къ внутренней поверхности послѣднихъ. Къ полученному размѣру прибавляютъ около  $1\frac{1}{2}$  *ctm.*

Еще рѣже, болѣею частью только при асимметріи таза, мы бываемъ принуждены опредѣлять и другіе, особенно



косые наружныя размѣры. Хромота женщины, болѣе высокое стояніе одной подвздошной кости, сколіозъ чаще всего даютъ поводъ къ подобному измѣренію. Вообще, при этихъ асимметріяхъ легко съ перваго взгляда узнать болѣе широкую половину таза, если мы будемъ помнить, что сколіотическое искривленіе позвоночника въ грудной его части всегда обращено своею выпуклостью въ ту сторону, которая соотвѣтствуетъ болѣе широкой половинѣ таза. Помощью тазомѣра можно еще точнѣе опредѣлить эти отношенія, для чего по *Nägele* измѣряются слѣдующія разстоянія:

- 1) отъ сѣдалищнаго бугра одной стороны до задне-верхней ости подвздошной кости другой стороны;
- 2) отъ остистаго отростка послѣдняго поясничнаго позвонка до обѣихъ передне-верхнихъ остей;
- 3) отъ передне-верхней ости одной стороны до задне-верхней ости противоположной стороны;
- 4) отъ нижняго края лоннаго соединенія къ обѣимъ задне-верхнимъ остямъ;
- 5) отъ вертела къ задне-верхней ости противоположной стороны.

Эти измѣренія потому нѣсколько болѣе затруднительны, что мы при нихъ еще менѣе, чѣмъ при обыкновенныхъ наружныхъ размѣрахъ, имѣемъ дѣло съ математическими точками таза; отыскиваніе послѣднихъ сквозь кожу во время измѣренія часто бываетъ крайне неточно, и если придется повторно исходить отъ одного и того-же конечнаго пункта, то мы рѣдко попадаемъ въ ту-же самую точку. Поэтому въ высшей степени полезно при всѣхъ этихъ измѣреніяхъ пользоваться такъ называемыми дерматографическими карандашами, которыми сначала отмѣчаютъ, смочивъ слегка кожу, всѣ тѣ точки, изъ которыхъ мы намѣрены исходить при измѣреніи.

## Общая свѣдѣнія объ актѣ родовъ, ученіе объ ихъ механизмѣ и веденіе физиологическихъ родовъ.

Подъ именемъ родовъ мы разумѣемъ, вообще, опорожненіе матки. Принимая во вниманіе продуктъ беременности, мы въ болѣе тѣсномъ смыслѣ подъ названіемъ родовъ понимаемъ изгнаніе плоднаго яйца.

Срочными родами мы называемъ изгнаніе яйца спустя 40 недѣль, 280 дней, или 10 лунныхъ мѣсяцевъ послѣ зачатія.

Въ патологическихъ-же случаяхъ изгнаніе плоднаго яйца можетъ также совершаться раньше или позже; и тогда говорятъ о преждевременныхъ или запоздалыхъ родахъ.

Распознаваніе запоздалыхъ родовъ очень затруднительно, такъ какъ невѣрныя указанія относительно послѣдней менструаціи, а равно относительно времени зачатія встрѣчаются часто, а нѣсколько чрезмѣрное развитіе плода само по себѣ не можетъ имѣть рѣшающаго значенія. Существуютъ однако случаи, которые заставляютъ насъ допустить, что беременность у женщины въ исключительныхъ случаяхъ можетъ длиться до 300 дней и даже немного больше.

Роды, наступившіе раньше нормальнаго срока, называютъ выкидышемъ (*abortus*), если беременность была прервана въ предѣлахъ первыхъ четырехъ лунныхъ мѣсяцевъ, несвоевременными родами, если такое прерываніе наступило на 5-мъ, 6-мъ или 7-мъ лунномъ мѣсяцѣ, и преждевременными родами, если изгнаніе плоднаго яйца совершилось на 8-мъ, 9-мъ и до половины 10-го луннаго мѣсяца.

Въ основѣ подобнаго раздѣленія лежатъ жизненныя явленія рожденнаго плода. При выкидышѣ плодъ рождается мертвымъ; при несвоевременныхъ родахъ онъ можетъ явиться на свѣтъ живымъ, но продолжать свое внѣутробное существованіе втеченіи болѣе долгаго времени онъ не можетъ. Преждевременно-же родившіяся дѣти могутъ быть живыми и при благоприятныхъ внѣшнихъ обстоятельствахъ могутъ продолжать жить. Ихъ называютъ жизнеспособными.

Цѣлесообразно дѣлать роды относительно ихъ теченія на три періода.

Матка, какъ полая мышца, старается изгнать свое содержимое; но предварительно она должна выработать образованіе необходимаго для этого отверстія (первый періодъ или періодъ раскрытія). Когда раскрытіе матки на столько выработано, что плодное яйцо можетъ быть извергнуто, тогда сокращенія матки дѣйствуютъ главнымъ образомъ въ смыслѣ изгнанія плода, при чемъ послѣдній по отходѣ водъ выводится изъ полости яйца (второй періодъ или періодъ изгнанія плода). Наконецъ, маткѣ предстоитъ еще задача изгнать придатки яйца и такимъ образомъ совершенно опорожнить свою полость (третій или послѣдовый періодъ, періодъ изгнанія послѣда).

Разграничивающими моментами между этими отдѣльными періодами служатъ сглаживаніе краевъ зѣва (полное раскрытіе) и окончаніе изгнанія плода. Сглаживаніе краевъ зѣва,

въ буквальный смыслъ, наблюдается лишь при вступившей уже въ полость таза крупной части плода; тогда дѣйствительно зѣвъ, если онъ совершенно открытъ, заходитъ за предлежащую часть, тогда какъ послѣдняя при своемъ поступательномъ движеніи оттягивала нераскрытый еще зѣвъ вмѣстѣ съ собою. Если-же предлежащая часть, особенно головка, еще не вступила въ полость таза, то подъ вліяніемъ общаго давления на содержимое матки зѣвъ расширяется на столько, что влагалище и матка въ заключеніе составляютъ одну полость, и головка можетъ тогда чрезъ достаточно большое отверстіе опуститься въ рукавъ. Сглаживаніе зѣва, т. е. захожденіе его за головку, при высокому стояніи послѣдней было-бы явленіемъ очень опаснымъ для цѣлости влагалища, и потому оно можетъ наступить безъ вреда лишь при глубокомъ стояніи головки.

Продолжительность родовъ въ нормальномъ концѣ беременности очень различна, смотря по преобладанію изгоняющей силы надъ сопротивленіями, которыя она должна преодолѣть. Такъ какъ сопротивленіе у первородящихъ больше, то мы находимъ у нихъ и болѣшую продолжительность родового акта: она равняется приблизительно 18—24 часамъ. У многородящихъ сопротивленіе уже ослаблено первыми родами, и изгоняющая сила можетъ достигнуть того-же результата въ гораздо меньшей промежутокъ времени, среднимъ числомъ въ 10—12 часовъ. Изъ всего этого времени на долю второго періода у первородящихъ падаютъ 1½—2 часа, у многородящихъ—иногда всего нѣсколько минутъ до получаса. Третій періодъ родовъ сокращается болѣшею частью до 15—20 минутъ, а при произвольномъ теченіи продолжается 1—1½ часа. Весь остатокъ потребнаго для родовъ времени падаетъ на первый періодъ.

Начало родовъ, вообще, очень трудно опредѣлить; нерѣдко оно тянется цѣлыми днями, а иногда родовыя боли послѣ короткаго подготовительнаго періода развиваются въ полной силѣ и даютъ ходъ родамъ.

Важная роль во время родовъ выпадаетъ на долю плоднаго пузыря, но только во время перваго періода. Задача плоднаго пузыря заключается въ раскрытіи зѣва матки. Слѣдовательно, при идеальномъ теченіи родовъ воды должны проходить тотчасъ за полнымъ открытіемъ матки. Однако это требованіе на самомъ дѣлѣ оказывается выполненнымъ лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, что впрочемъ не даетъ никакого основанія считать каждый подобный случай родовъ патологиче-

скимъ. Большою частью разрывъ пузыря происходитъ нѣсколько раньше, иногда уже при первыхъ боляхъ, или во всякомъ случаѣ втеченіи перваго періода родовъ, рѣдко позже, лишь во второмъ періодѣ, или-же пузырь можетъ остаться цѣлымъ, и плодное яйцо изгоняется *in toto*. Если пузырь разрывается за-долго до сглаженія краевъ зѣва, или долго спустя послѣ него, то изъ этого могутъ проистекать вредныя послѣдствія. Въ первомъ случаѣ наступаетъ замедленіе родовъ, преждевременное уменьшеніе мѣста прикрѣпленія *placentae*, а отсюда — опасность для роженицы и опасность для плода. При замедленномъ разрывѣ пузыря дѣло доходить до преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, а отсюда опять-таки проистекаетъ опасность для матери и плода вслѣдствіе являющагося при этомъ кровотеченія и разстройствъ газоваго обмѣна плода.

Подъ именемъ **механизма родовъ** мы разумѣемъ извѣстные повороты, которые совершаетъ предлежащая крупная часть плода при своемъ прохожденіи черезъ тазовой каналъ, и которые являются результатомъ асимметрическаго воздѣйствія изгоняющей силы на предлежащую часть и неравномѣрнаго распредѣленія тѣхъ препятствій, которыя предстоятъ послѣдней при ея прохожденіи черезъ родовой каналъ.

При черепныхъ положеніяхъ механизмъ слѣдующій. Въ началѣ родовъ мы находимъ черепъ стоящимъ болѣе или менѣе высоко, малый родничекъ въ одной сторонѣ, большой родничекъ въ противоположной, стрѣловидный шовъ приблизительно въ поперечномъ размѣрѣ входа. Подъ вліяніемъ потугъ головка, послѣ отхода водъ, поворачивается около своей поперечной оси такимъ образомъ, что малый родничекъ опускается ниже, тогда какъ большой родничекъ становится труднѣе достижимымъ для изслѣдующаго пальца. Далѣе малый родничекъ, опускаясь ниже, постепенно все болѣе поворачивается изъ той стороны, въ которую онъ былъ обращенъ, къ передней стѣнкѣ таза, такъ что въ выходѣ стрѣловидный шовъ проходитъ уже въ прямомъ размѣрѣ, малый родничекъ опредѣляется спереди, а большой — сзади. Когда черепъ на столько опустился, что чешуя затылочной кости своею наиболѣе низкою точкою соотвѣтствуетъ нижнему краю лоннаго соединенія, черепъ упирается въ послѣднее и вторично поворачивается около поперечной оси, но уже въ смыслѣ разгибанія, такъ что теперь по-очереди стрѣловидный шовъ, большой родничекъ, лобъ и лицо выкатываются по промежности. Когда головка вполне родилась, то плечики за это время

своимъ поперечнымъ размѣромъ вступили въ косой размѣръ таза, одноименный той сторонѣ матери, къ которой былъ обращенъ затылокъ, и при дальнѣйшемъ поступательномъ движеніи переходятъ изъ этого косога размѣра въ прямой. въ которомъ и прорѣзываются такимъ образомъ, что обращенное впередъ плечо упирается въ лонное соединеніе, заднее прежде выкатывается по промежности, и только тогда родится переднее плечо, а за нимъ и все туловище ребенка.

Для пониманія механизма при черепныхъ положеніяхъ, а равно для пониманія описываемыхъ ниже механизмовъ при прочихъ продольныхъ положеніяхъ, необходимо поставить вопросъ о причинахъ только что упомянутыхъ поворотовъ предлежащей части плода. Причины эти слѣдующія: изгоняющая сила матки передается чрезъ позвоночникъ на предлежащую головку; позвоночникъ сочлененъ съ головкой и пересѣкается на своемъ продолженіи соотвѣтствующій поперечному діаметру тазоваго входа (прямой) размѣръ черепа въ точкѣ, которая расположена гораздо ближе къ затылку, чѣмъ ко лбу. Вслѣдствіе такого неравнаго распредѣленія изгоняющей силы, сопротивленіе, испытываемое обоими концами предлежащей части отъ обѣихъ сторонъ родового канала, должно будетъ проявиться въ гораздо болѣе энергичной степени на сторонѣ болѣе длиннаго плеча рычага (если мы представимъ себѣ головку, какъ двуплечный рычагъ), слѣдовательно—на сторонѣ лба, тогда какъ сопротивленіе на сторонѣ затылка представить поступательному движенію послѣдняго незначительное препятствіе. Отсюда происходитъ то, что прежде всего, быстрѣ опускается затылокъ, а лобъ отстаетъ, какъ мы это видѣли выше, и этимъ объясняется, слѣдовательно, первая часть механизма родовъ, т. е. поворотъ около поперечной оси черепа.

Затѣмъ затылокъ, какъ ниже лежащая часть, въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ долженъ будетъ повертываться въ ту сторону, гдѣ онъ встрѣчаетъ наименьшее сопротивленіе. Разсматривая родовой каналъ, мы видимъ, что спереди находится лишь узкій симфизъ, сзади-же — вогнутая поверхность крестца, сѣдалищныя ости и простирающееся далеко впереди тазовое дно. слѣдовательно, не можетъ подлежать никакому сомнѣнію, что затылокъ, какъ нижележащая часть или, какъ его называютъ, проводная точка, долженъ повернуться впередъ; ибо въ направленіи оси тазоваго входа и по ея продолженію проводная точка вскорѣ задерживается крестцомъ, сѣдалищными остями и тазовымъ дномъ, а ихъ косвеннымъ,

покатымъ кпереди направлениемъ она оттѣсняется впередъ. Этимъ объясняется второй поворотъ, который мы наблюдали раньше, а именно — поворотъ черепа около его вертикальной оси.

Механизмъ родовъ при лицевыхъ положеніяхъ происходитъ по совершенно подобнымъ законамъ, какъ мы ихъ только-что изложили для черепныхъ положеній. Позвоночникъ въ своемъ прямомъ продолженіи пересѣкаетъ здѣсь на двѣ неравныя половины черту, которую мы должны мысленно провести отъ подбородка до большого родничка. Вслѣдствіе неравнаго воздѣйствія сопротивленія на болѣе длинное плечо рычага, въ данномъ случаѣ лобное, лобъ задерживается, а подбородокъ опускается глубже. Послѣдній становится проводной точкою, отклоняется вслѣдствіе сопротивленія со стороны тазоваго дна кпереди и такимъ образомъ подходитъ подъ симфизъ. Здѣсь подбородокъ упирается, и черепъ изъ своей чрезмѣрной экстензіи постепенно переходитъ въ флексію, при чемъ изъ-за промежуности по очереди выступаютъ ротъ, носъ, лобъ и черепъ. Плечики прорѣзываются совершенно аналогично механизму при черепныхъ положеніяхъ.

При лобныхъ положеніяхъ мы находимъ въ началѣ родовъ лицо обращеннымъ въ одну сторону матери, а затылокъ — въ другую; болѣе короткое плечо рычага находится при этомъ на сторонѣ лица. Поэтому-то лобное положеніе весьма часто въ началѣ родовъ превращается въ лицевое, такъ какъ вслѣдствіе воздѣйствія со стороны позвоночника происходитъ еще болѣе значительное разгибаніе черепа, чѣмъ то, которое было уже до этого. Если-же этого не происходитъ, то лицо, какъ соотвѣтствующее болѣе короткому плечу рычага, поворачивается кпереди, а затылокъ отходитъ къзади. Опустившаяся ниже всего верхняя челюсть упирается въ нижній край симфиза, и въ наружныхъ частяхъ показываются по порядку лобъ, корень носа, носъ, затѣмъ выкатывается по промежуности черепъ, и въ заключеніе слѣдуетъ остальная часть лица.

При тазовыхъ положеніяхъ относительно предлежащей части о механизмѣ можетъ быть рѣчь только по поводу ягодицъ. Во входѣ въ тазъ ягодицы въ большинствѣ случаевъ устанавливаются нѣсколько косо, при чемъ крестецъ обращенъ въ одну сторону, а половые органы плода — въ противоположную. Разница между двумя плечами рычага здѣсь еще значительнѣе, чѣмъ при рассмотренныхъ до сихъ поръ положеніяхъ, такъ какъ позвонокникъ укрѣпленъ въ тазу почти

у самой конечной точки той черты, которая приблизительно соответствуетъ поперечному размѣру таза матери, это—линія, проведенная между крестцомъ и симфизомъ таза плода. Въ силу этого крестецъ долженъ опуститься глубже и, въ качествѣ проводной точки, въ заключеніе долженъ будетъ повернуться впередъ. Этотъ поворотъ однако, вслѣдствіе ничтожнаго сопротивленія, встрѣчаемаго незначительнымъ объемомъ тазоваго конца при его прохожденіи, совершается сравнительно очень поздно, такъ что ягодицы еще въ наружныхъ частяхъ вступаютъ поперечно и только во время прорѣзыванія поворачиваются спинкой впередъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ спинка остается обращенной впередъ, плечики вступаютъ въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ и рождаются въ прямомъ размѣрѣ таза, равно какъ и черепъ, который при первой позиціи вступаетъ въ правомъ косомъ, а при второй позиціи въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ, при прохожденіи же черезъ тазъ поворачивается такимъ образомъ, что затылокъ, обращенный почти прямо впередъ, упирается въ лонное соединеніе. и затѣмъ подбородокъ, носъ, лобъ по порядку выступаютъ изъ-за промежности.

Мы видимъ такимъ образомъ, что механизмъ родовъ при всѣхъ продольныхъ положеніяхъ совершается по однимъ и тѣмъ же законамъ. Практическому врачу, для быстраго ориентированія относительно теченія нормальнаго механизма, на случай могущихъ возникнуть сомнѣній, можетъ служить правило, что при нормальномъ механизмѣ въ моментъ прорѣзыванія головки каждый разъ лобъ выкачивается изъ-за промежности.

При каждомъ изъ названныхъ продольныхъ положеній можно себѣ представить неправильный механизмъ, и притомъ въ двоякомъ отношеніи. Во-первыхъ, если отсутствуетъ поворотъ около вертикальной оси — низкое поперечное стояніе; во-вторыхъ, если поворотъ совершается, но въ обратномъ направленіи — неправильный или ненормальный поворотъ.

Если мы рассмотримъ эти аномаліи механизма при отдѣльныхъ продольныхъ положеніяхъ, то при черепномъ положеніи, во-первыхъ, поворотъ около вертикальной оси можетъ, вообще, отсутствовать; въ такомъ случаѣ мы говоримъ о низкомъ поперечномъ стояніи черепа; при этомъ черепъ, ущемленный своимъ прямымъ размѣромъ между обоими сѣдалищными буграми, можетъ обусловить механическое препятствіе для родовъ. Исходы этого вида аномаліи

механизма заключаются въ томъ, что въ концѣ концовъ подъ вліяніемъ сильныхъ потугъ все-таки совершается поворотъ, или же подъ условіемъ сдавленія черепа и при благопріятныхъ въ остальномъ пространственныхъ отношеніяхъ черепъ рождается въ поперечномъ положеніи, или, наконецъ, роды затягиваются, и становится необходимою помощь искусства.

Неправильный поворотъ черепа при затылочномъ положеніи происходитъ такимъ образомъ, что лобъ поворачивается кпереди, а затылокъ кзади; тогда лобъ упирается въ нижній край лоннаго соединенія, и затылокъ выкатывается по промежности. Такъ какъ при этомъ механизмъ черепъ прорѣзывается окружностью, соотвѣтствующею его прямому размѣру, то наружныя части при этомъ растягиваются гораздо сильнѣе и подвергаются большей опасности разрыва, чѣмъ при нормальномъ механизмѣ. Такой неправильный поворотъ называли также передне-темяннымъ положеніемъ.

При лицевыхъ положеніяхъ нерѣдко наблюдается низкое поперечное состояніе, которое можетъ окончиться силами природы такимъ-же способомъ, какъ и низкое поперечное стояніе при затылочномъ положеніи, или же можетъ подать поводъ къ вмѣшательству искусства.

Напротивъ, неправильный поворотъ при лицевыхъ положеніяхъ не наблюдается. Случаи аномальной установки лица подбородкомъ кзади, причемъ однако лицо всегда стоитъ болѣе или менѣе высоко, потому не должны быть смѣшиваемы съ неправильнымъ поворотомъ, что сообразно всему сказанному подъ поворотомъ или съ понятіемъ о поворотѣ всегда одновременно соединяется и представленіе о стояннн подлежащей части въ выходѣ таза, а такое стояніе при лицевомъ положеніи потому невозможно, что одновременно съ черепомъ въ полость таза должна была-бы вступить и грудная кѣтка плода.

При лобныхъ положеніяхъ наблюдается низкое поперечное стояніе съ поперечнымъ прорѣзываніемъ черепа, такъ что лицо родится у одой вѣтви лонной дуги, а затѣмъ затылокъ выступаетъ изъ за другой. При неправильномъ поворотѣ въ лобномъ положеніи произвольное окончаніе родовъ наблюдалось лишь въ той формѣ, что лобное положеніе переходило въ затылочное, т. е. затылокъ опускался ниже, а лобъ отставалъ.

При тазовыхъ положеніяхъ низкое поперечное стояніе вслѣдствіе незначительнаго объема тазоваго конца не



важно, но за то неправильный поворотъ имѣетъ громадное значеніе для теченія родовъ. Онъ можетъ совершиться или такимъ образомъ, что тазовой конецъ уже черезъ наружныя части проходить съ обращенною впередъ брюшною поверхностью, и такое отношеніе продолжаетъ оставаться и дальше, или-же ягодицы прорѣзываются въ нормальномъ поворотѣ, и неправильный поворотъ совершается лишь при прохожденіи плечиковъ, или даже головки. Затрудненія представляютъ при этомъ только болѣе объемистыя части, т. е. плечи и голова, особенно послѣдняя, причемъ она нерѣдко зацѣпляется подбородкомъ за одну изъ горизонтальныхъ вѣтвей лонныхъ костей, экстензируется вслѣдствіи этого и такимъ образомъ должна бываетъ вступить въ тазъ очень неблагоприятнымъ размѣромъ своимъ, а именно большимъ косымъ.

О терапіи неправильнаго механизма при тазовыхъ положеніяхъ, равно какъ и при прочихъ продольныхъ положеніяхъ, мы скажемъ позже въ соответственныхъ мѣстахъ.

О механизмѣ родовъ при поперечныхъ положеніяхъ и при нормальныхъ въ остальномъ условіяхъ уже потому собственно не можетъ быть рѣчи, что зрѣлый плодъ при обыкновенныхъ размѣрахъ таза въ поперечномъ положеніи родиться не можетъ. Только въ извѣстныхъ исключительныхъ случаяхъ, въ особенности при очень благоприятныхъ пространственныхъ отношеніяхъ, плодъ и въ поперечномъ положеніи родится путемъ механизма самоизворота (*evolutio spontanea*). Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ или поперечное положеніе должно быть исправлено помощью операціи поворота, или должно быть произведено раздѣленіе плода на части, — если только продольное положеніе не будетъ уже раньше возстановлено силами природы. Послѣднее совершается помощью процесса такъ называемаго произвольнаго исправленія положенія плода и путемъ процесса самоповорота (*versio spontanea*).

Первое состоитъ въ возстановленіи продольнаго положенія изъ существующаго поперечнаго обыкновенно еще до разрыва пузыря, помощью сокращенія боковыхъ стѣнокъ матки, вслѣдствіе чего при не вполне математическомъ поперечномъ положеніи ось плода, которую мы должны себѣ представить несгибаемую, сдвигается вдоль стѣнокъ матки въ томъ же направленіи, въ какомъ уже первоначально существовало уклоненіе отъ вполне поперечнаго положенія. Этотъ процессъ совершается иногда въ послѣднее время беременности или при первыхъ родовыхъ боляхъ.

Самоповоротъ можетъ происходить вслѣдствіе того, что въ моментъ разрыва пузыря токомъ околоплодныхъ водъ, истекающихъ черезъ зѣвъ матки, увлекается крупная часть, обыкновенно та, которая расположена ближе къ тазовому входу, и такимъ образомъ низводится ко входу въ тазъ.

Только при очень сильныхъ потугахъ, при маломъ и удобосжимаемомъ плодѣ и обширномъ тазѣ совершается раньше удобопомянутый механизмъ при поперечномъ положеніи, самоизворотъ. При зрѣломъ плодѣ онъ былъ-бы мыслимъ только въ случаѣ особенно широкаго таза. Однако во всѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ живымъ и жизнеспособнымъ плодомъ, должно помнить, что путемъ механизма самоизворота, вслѣдствіе значительнаго нарушенія газоваго обмѣна, лишь очень рѣдко рождается на свѣтъ живой ребенокъ. Самоизворотъ состоитъ въ томъ, что подъ вліяніемъ сильныхъ потугъ прежде всего подлежащее плечо вгоняется глубоко въ тазъ; головка остается лежащею на одной изъ fossæ iliacae, а шея подъ вліяніемъ родовой дѣятельности матки все болѣе вытягивается въ длину. Въ силу этого становится возможнымъ, что плечо бываетъ въ состояніи опуститься до самаго тазоваго дна, послѣ чего рядомъ съ грудной клѣткой проталкивается нижняя половина туловища, тазовой конецъ и, наконецъ, конечности; внезапно изъ наружныхъ частей показываются ягодицы, а за ними уже легко слѣдуетъ головка. Очень рѣдко происходитъ рожденіе плода въ поперечномъ положеніи со сложеннымъ вдвое туловищемъ. Такое рожденіе плода *duplicato согроге* представляется до извѣстной степени, какъ не полный самоизворотъ, причѣмъ въ началѣ плечо, какъ и при послѣднемъ, опускается глубоко внизъ и становится видимымъ въ наружныхъ частяхъ; но какъ только продвиганіе нижней части туловища возлѣ верхней на столько подвинулось, что головка плода находится на уровнѣ его живота, то она укладывается въ вогнутости брюшной поверхности, и роды продолжаютъ дальше уже безъ измѣненія взаимнаго расположенія отдѣльныхъ частей плода, а въ томъ положеніи, въ какомъ плодъ находился до этого момента, такъ что вслѣдъ за плечомъ и частью грудной клѣтки родится нижняя половина туловища одновременно съ головкой. Рѣдкость такого механизма объясняется тѣмъ, что для родовъ *duplicato согроге* требуются еще болѣе благоприятныя пространственныя отношенія, чѣмъ для самоизворота.

Вмѣшательство врача въ теченіе физиологическихъ ро-

довъ, слѣдовательно **веденіе физиологическихъ родовъ**, становится необходимымъ только въ моментъ прохожденія тѣла плода черезъ наружныя части роженицы, затѣмъ — по поводу отдѣленія новорожденного отъ органовъ послѣда, и, наконецъ, — въ третьемъ періодѣ родовъ.

При прохожденіи плода слѣдуетъ позаботиться о томъ, чтобы промежность не потерпѣла никакаxъ поврежденій. Всѣ мѣры предосторожности, которыя должны быть приняты для того, чтобы ребенокъ родился безъ вреда для промежности, извѣстны подъ названіемъ поддерживанія промежности. Послѣднее состоитъ въ сущности въ томъ, что мы стараемся избѣгать, во-первыхъ, слишкомъ быстраго, а во-вторыхъ, слишкомъ сильнаго растяженія промежности.

Что касается перваго пункта, то слишкомъ быстрое растяженіе промежности можетъ быть предупреждено тѣмъ, что мы сдерживаемъ скорость врѣзывающейся части плода въ извѣстныхъ границахъ.

Труднѣе выполнить второе требованіе, т. е. избѣжать слишкомъ сильнаго растяженія. Мы не можемъ, конечно, вліять на абсолютную величину головки самой по себѣ, но мы въ состояніи точно сообразоваться съ тѣми условіями, при которыхъ головка, продѣлывая существующій для даннаго случая механизмъ, проходитъ черезъ наружныя части своею возможно меньшею окружностью.

Такъ напр. при черепномъ положеніи и нормальномъ поворотѣ отношенія будутъ существенно иныя, будемъ-ли мы задерживать головку уже въ тотъ моментъ, когда у нижняго края лонваго соединенія находится область малаго родничка, или только тогда, когда она подошла подъ симфизъ самой нижней точкой затылка. Въ первомъ случаѣ головка проходитъ черезъ наружныя части своимъ прямымъ размѣромъ въ 11 см. длины и окружностью въ 34 см. а во второмъ случаѣ — малымъ косымъ размѣромъ въ 9 см. и окружностью въ 31 см.

Кромѣ того, мы стараемся уменьшить давленіе на промежность еще тѣмъ, что оттѣсняемъ головку отъ промежности по направленію впереди подъ лонную дугу, чтобы утилизировать для прохожденія головки имѣющееся тамъ пространство. Въ этомъ двойномъ смыслѣ можно достигнуть возможно меньшаго для даннаго случая растяженія промежности.

Всего цѣлесообразнѣе поддерживать промежность при положеніи роженицы на правомъ боку и самому стоять у лѣваго края кровати; при этомъ правая рука проводится

сверху между нижними конечностями роженицы и кладется на начинающую показываться головку, тогда какъ лѣвая рука обыкновенно ладонью, или возвышеніемъ большаго пальца, или, наконецъ, корнемъ ручной кисти прикладывается къ промежности такъ, чтобы самая передняя часть послѣдней оставалась видимой. Правая рука при этомъ выполняетъ въ сущности первое условіе поддерживанія промежности — ограничивать скорость поступательнаго движенія головки, тогда какъ лѣвая рука оттѣсняетъ головку къ лонной дугѣ. На обязанности обѣихъ рукъ вмѣстѣ лежитъ воздѣйствіе на прохожденіе головки въ наиболѣе благопріятномъ размѣрѣ. Скорость, съ которою въ каждомъ данномъ случаѣ можно позволять проходить головкѣ, зависитъ отъ индивидуальныхъ условій эластичности промежности. Боковое положеніе годится для поддерживанія промежности больше всякаго другого, потому что при немъ сила тяжести головки благопріятствуетъ подведенію послѣдней подъ лонную дугу и тѣмъ уменьшаетъ давленіе на промежность, а далѣе потому, что послѣдняя при этомъ доступнѣе нашему зрѣнію, и роженица больше находится въ нашей власти. Впрочемъ и положеніе на спинѣ можетъ быть примѣнимо для поддерживанія промежности, если только мы будемъ обращать должное вниманіе на выше упомянутые пункты. При тазовыхъ положеніяхъ, вслѣдствіе послѣдующихъ ручныхъ пособій, далѣе, вообще, въ оперативныхъ случаяхъ, вслѣдствіе большей простоты и удобства, поддерживаніе промежности производится въ положеніи на спинѣ. При послѣднемъ одна рука точно такъ же кладется на головку, другая на промежность, какъ и при боковомъ положеніи, причемъ мы или стоимъ сбоку роженицы, или передъ нею сидимъ или стоимъ на колѣнахъ. Весьма цѣлесообразенъ для выведенія черепа и одновременно для поддерживанія промежности приемъ *Ritgen'a*. Онъ можетъ быть приведенъ въ исполненіе только тогда, когда головка уже на столько стала видима въ наружныхъ частяхъ, что черезъ прямую кишку можно достать верхнюю челюсть или ротъ ребенка. Если это возможно, то достаточно ввести въ rectum палецъ и имъ слегка давить на верхнюю челюсть, между тѣмъ какъ большой палецъ той-же руки лежитъ на промежности, а другая рука задерживаетъ скорость головки. Тогда находящійся въ кишкѣ указательный палецъ въ состояніи въ любой моментъ ускорить прорѣзываніе головки; лежащій на промежности палецъ оттѣсняетъ головку къ симфизу, тогда какъ снаружи на головку поло-

женная рука задерживаетъ ее; такъ что, смотря по обстоятельствамъ, пользуясь промежутками между схватками, можно то позволять головкѣ подвигаться болѣе быстро, то задерживать ее. Послѣ окончательнаго рожденія головки должно посмотреть, не обвита-ли пуповина вокругъ шеи; если такое обвитіе имѣется, то слѣдуетъ освободить нѣсколько находящуюся на шейкѣ петлю и завести ее или черезъ головку, или за плечи. Послѣднія слѣдуютъ или легкому давленію сверху на дно матки, или умѣренному влеченію за затылокъ ребенка, или, наконецъ, тому, что вводятъ одинъ согнутый указательный палецъ въ обращенную впереди подмышечную впадину, другой — въ обращенную къзади, и такимъ образомъ непосредственно извлекаютъ плечи.

Когда ребенокъ совершенно родился, то является вопросъ, когда и какъ слѣдуетъ отдѣлить отъ послѣда соединенный еще съ нимъ посредствомъ пуповины плодъ. Мы знаемъ, что за время отъ момента окончательнаго рожденія младенца до прекращенія пульсаціи въ пуповинѣ ребенку доставляется известное количество крови, которое тѣмъ значительнѣе, чѣмъ больше крови плодъ во время родовъ прогналъ въ дѣтское мѣсто (напр. при частичномъ прижатіи пуповины).

Отъ момента прекращенія пульсаціи въ пуповинѣ до полнаго выведенія послѣда по методу *Credé* ребенку доставляется еще нѣкоторое, но крайне ничтожное количество крови, такъ что относительно времени перевязки пуповины мы должны настаивать на томъ, чтобы плодъ отдѣлялся отъ матери не раньше прекращенія пульсаціи; выжиданіе же окончательнаго выхода послѣда мы можемъ считать неимѣющимъ значенія. Перевязка пуповины дѣлается такимъ образомъ, что мы накладываемъ одну лигатуру тесемкой, примѣрно, на разстояніи четырехъ поперечныхъ пальцевъ отъ пупка, и вторую — на нѣсколько сантиметровъ ближе къ дѣтскому мѣсту, а затѣмъ между обѣими лигатурами перерѣзаемъ пуповину. Вторая лигатура необходима главнымъ образомъ въ виду возможности существованія втораго плода при двойняхъ, сосудистыя системы которыхъ могутъ сообщаться между собою при посредствѣ *placentae*, такъ что второй плодъ можетъ истечь кровью черезъ перерѣзанную пуповину перваго; во-вторыхъ, потому, что богатая кровью *placenta* легче изгоняется, чѣмъ вялая, пустая.

Теченіе третьяго періода родовъ въ настоящее время почти вездѣ укорачивается при помощи такъ называемаго способа *Credé*. Послѣдній заключается въ томъ, что

тотчасъ по перевязкѣ пуповины кладутъ руку на дно матки, слегка потираютъ его и усиливаютъ являющіяся вслѣдъ за такимъ массажемъ сокращенія давленіемъ сверху. Такимъ путемъ удастся обыкновенно черезъ 10, 15 до 20 минутъ вывести дѣтское мѣсто наружу. Относительно примѣненія метода *Credé* грѣшатъ обыкновенно въ двухъ направленіяхъ. Первая ошибка состоитъ въ томъ, что стараются выдавить дѣтское мѣсто въ такой моментъ, когда матка не сокращена; а вторая ошибка та, что производится слишкомъ сильное давленіе. Въ обоихъ этихъ случаяхъ дѣло можетъ дойти до нарушенія цѣлости между отдѣльными долями *placentae*, такъ что большая часть послѣдней изгоняется, а меньшая, чаще всего одинъ или другой не отдѣлившійся котиледонъ, остается въ полости матки. Если же примѣнять методъ *Credé* въ такой формѣ, что мы, послѣ рожденія ребенка, посредствомъ легкихъ потираній дна матки какъ-бы только контролируемъ послѣднюю, во время сокращенія лишь умеренно усиливаемъ его, и такимъ образомъ спокойно и терпѣливо ожидаемъ выхода послѣда, то методъ *Credé* совершенно безопасенъ.

Въ послѣднее время *Ahlfeld*, на основаніи многочисленныхъ опытовъ у кровати рожениць, предложилъ совершенно предоставить третій періодъ родовъ силамъ природы и ожидать произвольнаго изгнанія послѣда. Таковое происходитъ подъ вліяніемъ болѣе черезъ  $\frac{1}{2}$  часа, но въ большинствѣ случаевъ лишь по истеченіи 1—1 $\frac{1}{2}$  часовъ. Дальнѣйшія точныя наблюденія и опыты должны показать, можетъ-ли методъ *Ahlfeld*'а рассчитывать на то, чтобы вытѣснить въ будущемъ методъ *Credé*, пользующійся въ настоящее время общимъ распространеніемъ.

# АКУШЕРСКІЯ ОПЕРАЦІИ.

## I. Подготовительныя операціи.

### 1. Искусственное прерываніе беременности.

Искусственное прерываніе беременности показуется для устраненія существующихъ уже, опасныхъ для матери или плода явленій, находящихся въ зависимости отъ беременности, или для предупрежденія такихъ опасныхъ состояній, наступленія которыхъ можно съ увѣренностью ожидать. Если подобная опасность наступаетъ въ первые мѣсяцы беременности и не можетъ быть устранена никакимъ инымъ средствомъ, и если въ то-же время для ребенка нѣтъ надежды родиться жизнеспособнымъ, или если наступленіе опасности предвидится еще до конца седьмага луннаго мѣсяца, тогда беременность должна быть прервана еще до истеченія 28-ой недѣли, и въ такомъ случаѣ мы говоримъ объ искусственомъ возбужденіи выкидыша.

Или же опасность для матери или плода наступаетъ или имѣетъ наступить лишь послѣ седьмага мѣсяца, въ такомъ случаѣ искусственное прерываніе беременности называется искусственнымъ возбужденіемъ преждевременныхъ родовъ.

Нашъ расчетъ на продолженіе жизни ребенка послѣ семи мѣсяцевъ имѣетъ первенствующій или только второстепенный интересъ при операціи, смотря по тому, предпринимается-ли она при отсутствіи или при су-

ществованіи угрожающей жизни матери опасности, тогда какъ при искусственномъ выкидышѣ мы бываемъ вынуждены жертвовать жизнью плода въ виду опасности, грозящей матери.

*Denman* былъ первый, который около половины прошлаго столѣтія предложилъ и произвелъ искусственные преждевременные роды при узкомъ тазѣ. Въ Германіи эта операція приобрѣла всеобщее распространіе лишь въ двадцатыхъ годахъ настоящаго столѣтія; изже всего она была принята и привилась во Франціи, такъ какъ *Baudelocque* былъ рѣшительнымъ противникомъ ея. Лишь послѣ того, какъ *Stoltz* въ Страсбургѣ въ 1831 году произвелъ первые искусственные преждевременные роды, она и тамъ стала на твердую почву.

Первый толчекъ къ возбужденію искусственнаго выкидыша вышелъ также изъ Англій. *William Cooper* въ концѣ восемнадцатаго столѣтія былъ первый, который предложилъ эту операцію, чтобы при абсолютномъ суженіи таза избѣгать необходимости въ кесарскомъ сѣченіи.

Искусственное возбужденіе преждевременныхъ родовъ можетъ потребоваться въ обоюдныхъ интересахъ матери и плода при извѣстныхъ степеняхъ суженія таза, или при опасностяхъ, грозящихъ матери, вслѣдствіе имѣющихся у нея, но излечимыхъ тяжелыхъ заболѣваній, или же въ интересахъ одного плода при такъ называемомъ привычномъ умираніи его или при угрожающей жизни матери опасности вслѣдствіе неизлечимаго заболѣванія ея.

Искусственный выкидышъ показуется при извѣстныхъ опасныхъ для жизни заболѣванійхъ во время беременности, которыя имѣнно въ силу опасности для матери не оставляютъ никакой надежды на сохраненіе жизни плода до періода его жизнеспособности, или-же, во-вторыхъ, при абсолютномъ суженіи таза, съ цѣлью избѣгнуть кесарскаго сеченія въ нормальномъ концѣ беременности.

Переходя затѣмъ къ ближайшимъ деталямъ показаній для возбужденія искусственныхъ преждевремен-



ныхъ родовъ мы видимъ, что сѣуженія таза среднихъ степеней составляютъ одно изъ главныхъ показаній къ этой операціи.

Здѣсь операція производится, чтобы избѣжать краниотоміи, необходимость которой можно предвидѣть въ нормальномъ концѣ беременности, и чтобы по-возможности получить живого ребенка, а также, съ другой стороны, чтобы уменьшить для матери травму во время родовъ, проводя менѣе объемистый и болѣе мягкій черепъ плода.

Теперь спрашивается, какіе тазы особенно подлежатъ искусственному возбужденію преждевременныхъ родовъ? Я думаю, что плоскіе тазы съ конъюгатой въ  $7\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$  см. и обще-сѣуженные тазы съ наименьшимъ діаметромъ въ 8—9 см. должны-бы составлять главное показаніе для занимающей насъ операціи.

Если-бы мы захотѣли вызвать искусственные преждевременные роды при сѣуженіяхъ таза ниже указанныхъ размѣровъ, то мы были-бы вынуждены прерывать беременность вскорѣ послѣ 30-ой недѣли. Но жизнеспособность плода въ это время на столько еще незначительна, что онъ обыкновенно не переживаетъ все еще большой родовой травмы. И такъ, я держусь того мнѣнія, что при плоскихъ тазахъ ниже  $7\frac{1}{2}$  см. и при обще-сѣуженныхъ ниже 8 см. лучше отказаться отъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, а не медлить съ перфوراціей во время родовъ въ нормальномъ концѣ беременности, тѣмъ болѣе что въ такихъ случаяхъ врачу, въ виду высокой степени сѣуженія таза, значительно облегчается рѣшеніе въ выборѣ формы акушерской терапіи. Если перфوراцію не дѣлать слишкомъ поздно, то и родовая травма не угрожаетъ матери никакой опасностью. Ибо мы знаемъ, что болѣе сильное, но менѣе продолжительное давленіе во время родовъ переносится безъ вреда, и наблюдаемъ опасныя явленія при болѣе продолжительномъ давленіи даже въ томъ случаѣ, если оно было слабо. Отсюда вытекаетъ, что опасность для матери отъ своевременно произведенной въ нормальномъ концѣ беременности пер-

форации не больше, чемъ отъ искусственно-вызванныхъ преждевременныхъ родовъ при конъюгатѣ ниже указанныхъ размѣровъ.

А если-бы мы захотѣли избѣгнуть опасности касательно внѣматочной жизнеспособности ребенка при конъюгатѣ ниже  $7\frac{1}{2}$  и 8 см. тѣмъ, что приступили-бы къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ нѣсколько позже, то черепъ оказался-бы слишкомъ великъ и могъ-бы пройти черезъ тазовой каналъ лишь подъ условіемъ сильнаго своего сжатія. Но мы знаемъ въ настоящее время, какая опасность проистекаетъ отъ болѣе продолжительнаго давленія на мозгъ у зрѣлыхъ дѣтей, и должны сознаться, что для слабѣ развитыхъ дѣтей эта опасность ни въ какомъ случаѣ не можетъ быть меньшею.

Прежде отдавались также черезъ чуръ розовымъ надеждамъ относительно размѣровъ черепа у недоношенныхъ дѣтей. *Schröder* и *Ahlfeld*, однако, показали, что бипаріетальный размѣръ черепа на 32—36-ой недѣлѣ беременности равняется 8,4—8,6 см., на 28-й—32-й недѣлѣ—8,1 см. Изъ этихъ размѣровъ видно, что поставленные нами выше для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ границы никакъ не начерчены слишкомъ узко. Наболѣе часто совершаемая при возбужденіи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ ошибка заключается въ томъ, что прибѣгаютъ къ нимъ при слишкомъ высокихъ степеняхъ суженія таза, и потому прерывать беременность приходится слишкомъ рано. Шансы для ребенка въ такихъ случаяхъ необыкновенно плохи, потому что слабый еще плодъ не въ состояніи бываетъ перенести послѣдствій все еще тяжелыхъ родовъ, а съ другой стороны—травма для матери бываетъ относительно велика, ибо размѣры черепа, какъ мы это только-что видѣли, отнюдь не уменьшаются въ той мѣрѣ, какая была-бы необходима для такихъ болѣе высокихъ степеней суженія таза.

Если-же возбуждать преждевременные роды не въ широкихъ предѣлахъ, т. е. при конъюгатѣ въ  $7\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$  и 8—9 см. и притомъ на 33-й—36-й недѣлѣ беремен-

ности, то тогда несоотвѣтствіе значительно меньше, и родовая травма сообразно съ этимъ также легче; плоды, съ другой стороны, будучи навѣрно жизнеспособны, переносятъ въ то-же время опасности затяжныхъ родовъ сравнительно лучше, чѣмъ въ болѣе раннія недѣли беременности.

Я совѣтую поэтому при вышеуказанныхъ степеняхъ суженія таза вызывать преждевременные роды только между 33-й и 36-й недѣлями, такъ какъ въ болѣе ранніе сроки то, что мы выигрываемъ относительно объема черепа, отнюдь не соотвѣтствуетъ опасности для ребенка.

Такимъ образомъ, показаніе для возбужденія преждевременныхъ родовъ при узкомъ тазѣ теоретически ставится сравнительно легко; но на практикѣ точная постановка такого показанія сопряжена съ значительными затрудненіями. Затрудненія эти кроются, во-первыхъ, въ неточности методовъ, которыми мы располагаемъ для измѣренія таза, такъ что, пожалуй, было-бы справедливѣе говорить объ оцѣнкѣ размѣровъ таза, чѣмъ объ ихъ измѣреніи; во-вторыхъ,—въ трудности опредѣлить срокъ беременности, такъ какъ въ этомъ отношеніи мы опять обречены на оцѣнку объема матки, величины плода и на субъективныя указанія самихъ беременныхъ, заслуживающія часто слишкомъ мало довѣрія, какъ мы въ этомъ достаточно убѣждены.

Методъ *Ahlfeld'a* для опредѣленія внутриматочной длины плода на основаніи разстоянія обоихъ полюсовъ тѣла оказался по моимъ многочисленнымъ измѣреніямъ этого рода также невѣрнымъ, да если-бы онъ былъ и вѣренъ, то, все-таки, только въ рѣдкихъ случаяхъ онъ позволялъ-бы дѣлать точное заключеніе о величинѣ и-ширинѣ черепа, такъ какъ черепа плодовъ того-же внутриутробнаго возраста и той-же длины представляютъ весьма замѣтныя различія относительно своей плотности, удобосжимаемости и особенно относительно формы. Нѣкоторыя точки опоры въ этомъ отношеніи получаютъ при точномъ наблюденіи повторныхъ родовъ у одной и той-же беременной, которые при узкомъ тазѣ часто протекаютъ совершенно

одинаковымъ образомъ, какъ это показываютъ многочисленныя наблюденія. Но съ другой стороны не слѣдуетъ забывать, что повторные роды у одной и той-же женщины при узкомъ тазѣ могутъ и въ своемъ теченіи существенно уклоняться другъ отъ друга.

Какъ высшую границу для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ я указалъ конъюгату въ  $8\frac{1}{2}$  и 9 см. Рѣдко можемъ мы имѣть поводъ искусственно прерывать беременность при конъюгатѣ, превышающей  $8\frac{1}{2}$  или 9 см., развѣ только въ томъ случаѣ, если-бы теченіе предшествовавшихъ родовъ указывало на то, что у данной женщины можно ожидать особенныхъ затрудненій вслѣдствіе ненормальной величины или формы черепа, предполагая, конечно, что всѣ дѣти, въ томъ числѣ и ожидаемое, происходятъ отъ одного отца.

Въ качествѣ второго показанія для возбужденія преждевременныхъ родовъ приводятъ такъ называемое привычное умираніе плода. Подъ этимъ названіемъ разумѣютъ внутриутробную смерть плода, если она наступала при многихъ послѣдовательныхъ беременностяхъ подъ-рядъ, каждый разъ въ одинъ и тотъ-же срокъ.

Показаніе теоретически здѣсь совершенно ясно. Если умираніе плода происходило въ такой срокъ, когда онъ уже былъ-бы жизнеспособнымъ, то мы стремимся сохранить его жизнь, прерывая беременность передъ предполагаемымъ моментомъ его умиранія. Насколько это показаніе является очевиднымъ съ теоретической точки зрѣнія, на столько трудно удовлетворить ему на практикѣ.

Если, именно, мы себя спросимъ, въ силу какихъ-же причинъ умираютъ дѣти въ повторно-слѣдующихъ другъ за другомъ беременностяхъ, то мы получимъ отвѣтъ, что сифилисъ составляетъ главную причину внутриутробнаго умиранія плода. Если причина лежитъ въ сифилисѣ, или если сифилисъ только подозрѣвается, какъ причина умиранія, то искусственное прерываніе беременности на основаніи нашихъ современныхъ знаній

противопоказуется, ибо, во-первыхъ, по *Kossowitz*'у умираніе плода при латентномъ сифилисѣ отца или матери съ каждой послѣдующей беременностью происходитъ все позже и позже, такъ что сначала происходитъ выкидышъ, затѣмъ рождаются не своевремененно мацерированные плоды, далѣе — недоношенные мацерированные, наконецъ — зрѣлыя больныя, а еще позже — зрѣлыя и здоровыя дѣти. Здѣсь дѣло идетъ, при болѣе точномъ наблюденіи, на самомъ дѣлѣ не о привычномъ умираніи въ вышеизложенномъ смыслѣ, такъ какъ умираніе происходитъ не въ одно и то-же время, а каждый разъ все въ болѣе поздніе сроки. Съ другой стороны, мы ничего не выиграемъ, прерывая въ подобномъ случаѣ беременность передъ срокомъ ожидаемаго умиранія, такъ какъ ребенокъ уже боленъ къ этому времени и долженъ быть уже признанъ погибшимъ.

Гораздо цѣлесообразнѣе, при болѣе или менѣе основательномъ подозрѣніи на сифилисъ, назначить въ подобномъ случаѣ беременной леченіе втираніями.

Въ качествѣ дальнѣйшихъ причинъ привычнаго умиранія плода извѣстны: высокія степени малокровія беременныхъ, хроническія заболѣванія матки, заболѣванія дѣтскаго мѣста и пуповины, наконецъ, такъ называемое наследственное предрасположеніе и повышенная раздражительность матки. Не подлежитъ сомнѣнію, что эти заболѣванія даютъ намъ право, при дѣйствительно существующемъ привычномъ умираніи плода, прервать беременность. На практикѣ-же выполненію этого показанія нерѣдко представляются непреодолимыя затрудненія, такъ какъ именно указанія на причину умиранія въ данномъ случаѣ большею частью остаются для насъ темными, а съ другой стороны мы въ настоящее время знаемъ, что хроническія заболѣванія матки, болѣзни дѣтскаго мѣста и пуповины, или все еще совершенно темное, такъ называемое наследственное предрасположеніе въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ опять-таки находятся въ причинной зависимости отъ сифилиса.

Третье показаніе для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ составляютъ тяжелыя, угрожающія жизни матери заболѣванія, которыя не могутъ быть устранены никакимъ инымъ путемъ, но улучшенія или излеченія которыхъ можно съ увѣренностью ожидать съ окончаніемъ беременности. Если такое абсолютно-угрожающее жизни заболѣваніе развивается вскорѣ послѣ 28-й недѣли, то вызвать преждевременные роды, конечно, должно, но шансы для плода въ это время на столько незначительны, что разчитывать на сохраненіе жизни ребенка едва-ли окажется возможнымъ. Если-же тяжелое, опасное для жизни заболѣваніе наступаетъ въ послѣднее время беременности, особенно послѣ 36-й недѣли, то, пожалуй, часто будетъ удаваться инымъ путемъ на столько справиться и овладѣть болѣзнью, что можно будетъ довести беременность до конца, тогда какъ во многихъ случаяхъ въ силу самаго заболѣванія и произвольно наступаютъ преждевременные роды. Лишь при особенно угрожающемъ и тяжеломъ заболѣваніи, не допускающемъ ни малѣйшаго промедленія, придется въ такихъ случаяхъ прибѣгнуть къ возбужденію преждевременныхъ родовъ.

Наконецъ, въ-четвертыхъ, показаніемъ для возбужденія преждевременныхъ родовъ являются опасныя для жизни, неизлечимыя болѣзни матери, относительно которыхъ можно предвидѣть, что онѣ приведутъ къ смертельному исходу еще до нормальнаго конца беременности; въ такихъ случаяхъ прибѣгаютъ къ преждевременнымъ родамъ, съ цѣлью избѣгнуть при живомъ плодѣ кесарскаго сѣченія *post mortem* или въ агоніи. При этомъ однако угрожающее жизни и неизлечимое заболѣваніе матери не должно быть таково, чтобы можно было опасаться, какъ послѣдствія возбужденія преждевременныхъ родовъ, такого быстраго неблагоприятнаго оборота къ худшему, что смерть, пожалуй, наступитъ раньше, чѣмъ окончатся роды. Такого рода опасность можетъ быть особенно при болѣзняхъ сердца и легкихъ. Съ другой стороны время возбужденія прежде-

временных родов не должно быть слишком удалено от нормального конца беременности, такъ какъ иначе жизнеспособность плода окажется слишкомъ ничтожною.

Предсказаніе при искусственномъ возбужденіи преждевременныхъ родовъ, прежде всего что касается матери, зависитъ отъ метода и отъ тщательности соблюденія правилъ обеззараживанія, а съ другой стороны отъ родовой травмы, которая зависитъ отъ того срока, въ который прерывается беременность, и отъ степени суженія таза, при которой преждевременные роды должны быть вызваны.

Для ребенка прогнозъ зависитъ отъ времени, въ которое приступили къ преждевременнымъ родамъ, и отъ большей или меньшей трудности теченія родовъ, — далѣе, что касается внѣутробной жизни, то и отъ тщательности и цѣлесообразности дальнѣйшаго ухода.

Статистическія данныя о значеніи для матери и плода искусственно вызываемыхъ при суженіи таза преждевременныхъ родовъ большею частью не даютъ яснаго представленія о дѣйствительномъ положеніи дѣла, такъ какъ сравнивались между собою слишкомъ разнородные случаи. При тѣхъ чрезвычайныхъ различіяхъ, которыя имѣются въ отдѣльныхъ случаяхъ относительно величины, вмѣстимости и формы таза, плотности, величины и способа установки головы и потужной дѣятельности, — далѣе, при разнообразіи относительно сроковъ, въ которые прерывалась беременность, — наконецъ, относительно случайныхъ обстоятельствъ, вліяющихъ на предсказаніе (напр., инфекція), — сравненія могутъ быть дѣлаемы только съ большою осторожностью. Наилучшую точку опоры для выясненія прогноза при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ даютъ случаи, гдѣ у одной и той-же женщины нѣсколько родовъ протекли въ нормальномъ концѣ беременности, а затѣмъ были вызваны преждевременные роды.

По *Dohrn*'у, который обнаруживалъ одно подобное сопоставленіе, отношеніе живорожденныхъ и оставшихся въ живыхъ дѣтей для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ равняется 60%, а для срочныхъ родовъ у тѣхъ-же женщинъ — 9,7%..

Что предсказаніе для матери при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ, вызываемыхъ ради суженія таза, въ общемъ благоприятнѣе, чѣмъ при срочныхъ родахъ, въ этомъ сходятся всѣ авторы, такъ что даже тѣ изъ нихъ, которые не допускаютъ лучшаго предсказанія при преждевременныхъ родахъ для плода, признають право гражданства за искусственными преждевременными родами по крайней мѣрѣ въ интересахъ роженицы.

Въ качествѣ показанія для **искусственного возбужденія выкидыша** на первомъ планѣ ставится неукротимая рвота беременныхъ. Случаи, въ которыхъ при точномъ изслѣдованіи беременной дѣйствительно имѣется настоящее и неминуемое показаніе къ выкидышу вслѣдствіе неукротимой рвоты, должны-бы въ будущемъ представлять чрезвычайно рѣдко. По крайней мѣрѣ болѣе занятые гинекологи наблюдали мало такихъ случаевъ, такъ какъ болѣею частію удается устранить неукротимую рвоту инымъ путемъ, а беременность сохранить. Съ другой стороны, отнюдь не слѣдуетъ предаваться иллюзіи, что въ каждомъ случаѣ послѣ выкидыша рвота непременно прекратится.

*Cohnstein*, на основаніи довольно большого числа случаевъ, показала, что при неукротимой рвотѣ по наступленіи выкидыша въ 26% рвота остановилась лишь не вполне, въ 18% совершенно не прекращалась, а въ 4% даже усилилась. *Cohnstein* поэтому прямо высказывается противъ искусственного выкидыша при неукротимой рвотѣ и предлагаетъ для особенно тяжелыхъ случаевъ искусственное питаніе per anum. *Ahlfeld* рекомендуетъ при неукротимой рвотѣ выжидательную терапію и принятіе пищи въ горизонтальномъ положеніи. Последняя мѣра предосторожности предупреждаетъ анемію мозга, являющуюся моментально при принятіи вертикальнаго положенія, и задерживаетъ рвоту. Въ пользу этого воззрѣнія, говоритъ во всякомъ случаѣ тотъ фактъ, что рвота у беременныхъ наступаетъ болѣею частію утромъ, непосредственно за вставаніемъ съ постели. Такимъ образомъ, на основаніи, имѣющихся по сіе время



наблюдений, возбужденіе искусственнаго выкидыша должно находить для себя показаніе въ совершенно рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ.

Вторымъ показаніемъ для искусственнаго выкидыша признается абсолютное суженіе таза. Здѣсь приступаютъ къ операціи съ тою мыслью, чтобы, принося въ жертву жизнь плода, избавить мать отъ опасностей, сопряженныхъ съ кесарскимъ сѣченіемъ въ нормальномъ концѣ беременности. Едва-ли нужно упоминать, что въ каждомъ такомъ случаѣ самой матери долженъ быть предоставленъ выборъ между этими двумя операціями.

Пока еще нельзя утверждать, что современемъ это показаніе исчезнетъ изъ ряда показаній къ искусственному выкидышу, но тѣмъ не менѣе мы можемъ сказать, что, судя по всему, опасность кесарскаго сѣченія съ усовершенствованіемъ методовъ, при самой тщательной антисептикѣ все болѣе должна уменьшаться; а такъ какъ и искусственный выкидышъ не есть абсолютно безвредный приемъ, то пожалуй, придетъ время, когда опасныя стороны обоихъ оперативныхъ методовъ окажутся равносильными, а тогда не можетъ быть и сомнѣнія о томъ, какой приемъ будетъ предпочтенъ. Пока-же мы принуждены оставить за искусственнымъ выкидышемъ его права при абсолютномъ суженіи таза, хотя и здѣсь случаи для примѣненія этой операціи должны представляться очень рѣдко, съ одной стороны, вслѣдствіе трудности постановки точнаго діагноза беременности въ первые ея мѣсяцы, а съ другой — въ силу того обстоятельства, что беременныя очень рѣдко подпадаютъ нашему наблюденію въ такой ранній срокъ.

Дальнѣйшее показаніе для искусственнаго возбужденія выкидыша—это острый нефритъ. Если таковой появляется уже въ первые мѣсяцы беременности и достигаетъ серьезной степени, то окажется необходимымъ прервать беременность преждевременно, съ одной стороны потому, что при дальнѣйшемъ теченіи послѣдней страданіе не исчезаетъ, а, какъ показываютъ наблюденія, усиливается, и для женщины могутъ наступить

серьезныя опасности, тогда какъ, съ другой стороны, и для жизни плода, при дальнѣйшемъ теченіи беременности, шансы очень плохи.

Въ качествѣ дальнѣйшаго показанія къ искусственному выкидышу приводятся кровотеченія угрожающей интенсивности, какъ они являются при такъ называемой апроplexia placentaris, миксомъ послѣда, при placenta praevia иногда еще до истеченія седьмого мѣсяца. Названныя страданія сами по себѣ не могутъ служить показаніемъ къ искусственному выкидышу, но мы можемъ совершенно противъ воли, останавливая кровотеченіе, тѣмъ самымъ вызвать выкидышъ, такъ какъ средства, служащія для остановки кровотеченія въ подобныхъ случаяхъ, суть въ то же время и средства, вызывающія сокращенія матки.

Также въ случаяхъ ретрофлексіи беременной матки и выпаденія ея, при существующемъ ущемленіи, показаніе для прерыванія беременности будетъ наступать не часто, такъ какъ ущемленіе и безъ нашего содѣйствія ее прерываетъ, а, съ другой стороны, намъ въ большинствѣ случаевъ удастся произвести вправленіе перегнутой назадъ или выпавшей матки безъ нарушенія хода беременности.

Теперь мы перейдемъ къ обсужденію методовъ, которые предлагались для искусственнаго прерыванія беременности. Они слѣдующіе:

### 1. Методы возбужденія преждевременныхъ родовъ лекарственными веществами.

#### а) Спорынья (*Ramsbotham*).

Что большія дозы спорыньи могутъ вызывать сокращенія матки, это извѣстно, но спорынья при своемъ дѣйствіи производитъ тетаническія сокращенія, при которыхъ, слѣдовательно, отсутствуютъ столь необходимыя для газоваго обмѣна плода пережки. Вслѣдствіе большой смертности дѣтей этотъ методъ былъ опять оставленъ.

б) Пилокарпинъ (*Massmann*).

Послѣ того какъ *Massman* въ 1878 году сообщилъ о двухъ случаяхъ, гдѣ онъ случайно вызвалъ пилокарпиномъ преждевременные роды, сначала я въ одномъ случаѣ, затѣмъ *Kleinwächter* въ двухъ случаяхъ примѣнили съ успѣхомъ это средство для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Но вскорѣ были сообщены и отрицательныя наблюденія, и въ настоящее время двадцати положительнымъ случаямъ противостоятъ тридцать два отрицательныхъ. Вслѣдствіе этого большинство авторовъ опять отказались отъ этого средства, какъ отъ не вѣрнаго.

На мой взглядъ при пилокарпинѣ оказалось то-же самое, что уже было доказано по поводу всѣхъ другихъ средствъ для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, а именно—справедливость того опытнаго положенія, что матка обладаетъ индивидуально чрезвычайно различной раздражительностью. Это обстоятельство само по себѣ, однако, не могло-бы удержать отъ дальнѣйшихъ попытокъ, такъ какъ пилокарпинъ, при условіи успѣшности дѣйствія, представляется совершенно идеальнымъ средствомъ для возбужденія сокращеній матки, такъ какъ при немъ совершенно исключаются внутреннія манипуляціи, а съ этимъ и опасность инфекціи. *Petrina* указалъ однако на ту опасность, которая является отъ пилокарпина при болѣзняхъ органовъ кровообращенія, вслѣдствіе коляпса и аритміи сердечной дѣятельности. Невѣрность метода, съ одной стороны, и только что затронутыя нами опасности, съ другой, стали удерживать врачей отъ дальнѣйшихъ опытовъ.

До сихъ поръ я примѣнилъ пилокарпинъ для усиленія потужной дѣятельности болѣе, чѣмъ въ сорока случаяхъ, и притомъ не только въ 2% растворѣ, но и въ 3% и 4%. Дѣйствие средства измѣнялось также манометрическимъ путемъ, и при этомъ получилось убѣжденіе, что вліяніе пилокарпина на матку весьма значительно, но во всякомъ случаѣ индивидуально различно. Къ такому-же результату привели и опыты которые *Van der Mey* въ 1881 году произвелъ съ по-

ложительнымъ исходомъ на беременныхъ кроликахъ. Угрожающихъ явленій не наблюдалось ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ; должно впрочемъ упомянуть, что средство примѣнялось только у здоровыхъ беременныхъ и роженицъ. Я также пришелъ къ тому убѣжденію, что указанные выше опасности во всякомъ случаѣ преувеличены, предполагая, конечно, что органы кровообращенія совершенны здоровы. Въ пользу этого говорить, какъ мнѣ кажется, и описанный въ 1881 г. *Sziklai* емъ случай отравленія пилокарпиномъ. Больному, по ошибкѣ аптекаря, былъ впрыснутъ подъ кожу вмѣсто 4-процентнаго 40-процентный растворъ пилокарпина. Непосредственно за впрыскиваніемъ появились слюнотеченіе и испарина, тенезмы мочевого пузыря, рвота, поносъ, давящія боли въ глазныхъ яблокахъ и сокращеніе зрачковъ до *minimum'a*; эти явленія продержались нѣсколько часовъ и затѣмъ исчезли безъ дальнѣйшаго вреда для больного.

Я не сомнѣваюсь въ томъ, что мы никогда не найдемъ такого средства для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, которое въ каждомъ случаѣ безъ исключенія приводило-бы къ цѣли. Мы вѣдь знаемъ, что даже послѣ примѣненія самаго вѣрнаго средства для возбужденія преждевременныхъ родовъ—искусственного вскрытія плоднаго пузыря,—сокращенія матки часто заставляютъ себя ждать до 2—3 дней, что многія изъ такъ называемыхъ экболическихъ или плодогонныхъ средствъ у одного индивидуума сопровождаются очень быстрымъ успѣхомъ, а у другихъ остаются безъ всякаго дѣйствія. Характернымъ для индивидуальнаго различія въ дѣйствиі пилокарпина кажется мнѣ случай *Gigeollet'a*, который вызывалъ пилокарпиномъ преждевременные роды у одной и той же женщины въ двухъ послѣдовательныхъ беременностяхъ, всегда съ столь-же вѣрнымъ успѣхомъ, при чемъ каждый разъ было достаточно трехъ впрыскиваній съ промежутками въ 4 часа.

Поэтому я прихожу къ слѣдующему выводу:

Послѣ того какъ до настоящаго времени искусственные преждевременные роды были возбуждаемы пилокар-

пиномъ частью съ положительнымъ, частью съ отрицательнымъ результатомъ, причемъ единогласно было признано, что дѣйствіе пилокарпина въ смыслѣ возбужденія дѣятельности матки могло быть констатировано въ каждомъ случаѣ, необходимо долженъ былъ явиться вопросъ, есть-ли случайно избранный *Massman*'омъ 2% растворъ тотъ, который въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ будетъ достаточенъ для прерыванія беременности. Наблюдавшіяся нѣкоторыми угрожающія явленія у беременныхъ съ болѣзнями сердца удерживали однако отъ повышения дозы.

Мое убѣжденіе клонится къ тому, что у здоровыхъ беременныхъ можно безопасно употреблять 3% и даже 4% растворы. Поэтому въ будущемъ, въ случаяхъ, гдѣ мнѣ будетъ предстоять возбужденіе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, я буду поступать слѣдующимъ образомъ.

Послѣ самаго тщательнаго изслѣдованія органовъ дыханія и кровообращенія, если они будутъ найдены совершенно здоровыми, въ первый день я сдѣлаю, по мѣрѣ надобности, до 3-хъ впрыскиваній подъ кожу 2% раствора соляно-кислаго пилокарпина, на второй день, если до этого не наступитъ никакого дѣйствія, — до 2-хъ впрыскиваній 3% раствора, и наконецъ на третій день — 1—2 впрыскиванія 4% раствора. Если и послѣ этого не наступитъ никакого дѣйствія, то только тогда я на пятый день обращуся къ другимъ средствамъ. Было-бы несправедливо отказаться отъ пилокарпина, оказавшагося въ нѣкоторыхъ случаяхъ столь прекраснымъ возбуждающимъ маточныя сокращенія средствомъ, отказаться только потому, что онъ не во всѣхъ случаяхъ оказался дѣйствительнымъ въ 2-процентномъ растворѣ.

## 2. Методы возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ наружными средствами.

### а) Ванны (*Gardien*).

Оставлены, какъ невѣрное и опасное средство.

б) *Электричество, и притомъ въ формѣ гальванизма (Schreiber), или въ формѣ индукціоннаго электричества (Hennig).*

Послѣ того какъ *Grünewaldt* въ 1875 году вновь поставилъ на очередь вопросъ о заброшенномъ уже методѣ возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ посредствомъ индукціоннаго электричества, онъ опять быстро былъ оставленъ, послѣ того какъ *Welponer* обнаруговала шесть случаевъ съ отрицательнымъ результатомъ. Я также въ свое время примѣнялъ это средство съ указанной цѣлью и также могу сообщить о трехъ отрицательныхъ случаяхъ.

в) *Раздраженіе грудныхъ сосковъ сосаніемъ (Scanzoni, 1850).*

Приставленіе къ груднымъ соскамъ отсасывающихъ аппаратовъ — методъ невѣрный, весьма тягостный для беременной и потому въ настоящее время болѣе не примѣняемый.

г) *Массажъ дна матки (D'Outrepoint).*

Оставленъ.

### 3. Средства для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, дѣйствующія непосредственно на внутреннюю поверхность влагалища или матки.

а) *Тампонація влагалища (Schöller, Hueter, Braun).*

*Schöller* предложилъ для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ тампонировать рукавъ корпіей, *Hueter* примѣнилъ для этого животный пузырь, и, наконецъ, *Braun*—кольпейринтеръ. Эти методы также невѣрны и обременительны. При болѣе продолжительномъ примѣненіи тампонаціи у беременныхъ нерѣдко появляются заболѣванія вслѣдствіе застаиванія отдѣленій, такъ какъ при введеніи тампоновъ неизбѣжно заносится вмѣстѣ съ ними и воздухъ, который вліяніемъ содержащихся въ немъ зародышей вызываетъ въ задержанныхъ секретахъ процессы разложенія. Тампонація въ настоящее время употребляется лишь въ случаяхъ очень сильнаго кровотеченія при совершенно неподготовленной шейкѣ.

б) Горячі души (*Kiwisch*).

Для примѣненія метода маточныхъ душей *Kiwisch* устроилъ большой жестяной резервуаръ по типу ирригатора, изъ котораго съ довольно значительной высоты вода въ 30—32° R. при посредствѣ резиновой трубки и маточнаго наконечника впрыскивается въ вагину. Подобнаго рода спринцованія дѣлають продолжительностью около 15 минутъ, два или три раза въ день, смотря по дѣйствию. Этотъ методъ оказываетъ свое дѣйствіе лишь послѣ продолжительнаго примѣненія и при этомъ, помимо неудобствъ для врача и для беременной, легко вызываетъ чрезмѣрное раздраженіе нижняго сегмента матки. Особенно должно предостеречь отъ введенія конца наконечника въ цервикальный каналъ. Поэтому врачъ долженъ всегда самъ дѣлать эти души.

Примѣненіе для той-же цѣли насоса *Meyer*'а или *Braun*'а оказалось очень опаснымъ. Было наблюдаемо нѣсколько случаевъ, гдѣ наступала смерть отъ вхожденія воздуха въ вены матки вслѣдствіе того, что поршень дѣйствовалъ не герметически. Опасность поступленія воздуха имѣется, пожалуй, и при *Kiwisch*'овскихъ душахъ, но только въ томъ случаѣ, если мы опустимъ предосторожность—до введенія наконечника дать вытечь известному количеству воды, чтобы выгнать весь воздухъ изъ трубки. А такъ какъ и самый лучший насосъ рѣдко устроенъ совершенно герметически, то при употребленіи такового должно-бы слѣдовать совѣту *Litzmann*'а, который заключается въ томъ, чтобы приводить насосъ въ дѣйствіе подъ водою.

в) Души изъ газа угольной кислоты (*Scanzoni*).

Введеніе угольной кислоты во влагалище для возбужденія сократительной дѣятельности матки было оставлено самимъ *Scanzoni*, послѣ того какъ онъ пережилъ одинъ смертный случай вслѣдствіе поступленія CO<sub>2</sub> въ вены матки.

г) Расширеніе матки (*Busch, Brüninghausen, Kluge, Barnes*).

Методъ инструментальнаго расширенія шейки по *Busch*'у, какъ непригодный, никогда не пользовался пра-

вомъ гражданства. Зато примѣненіе прессованной губки, предложенное *Brüninghausen*'омъ, примѣненное на практикѣ *Kluge*, и *laminaria* по *Braun*'у еще до сихъ поръ находится въ употребленіи. Противъ этого метода можно-бы было привести развѣ только то, что онъ въ большинствѣ случаевъ играетъ роль лишь подготовительнаго метода, и что позже все-таки приходится прибѣгать къ средствамъ, дѣйствующимъ болѣе энергично. Кромѣ того должно замѣтить, что, какъ прессованная губка, такъ и *laminaria* отнюдь не безопасны, такъ какъ онѣ всасываютъ отдѣленія изъ матки, задерживаютъ ихъ и приводятъ въ состояніе разложенія. Нѣсколько смертныхъ случаевъ послѣ примѣненія названныхъ разбухающихъ средствъ привели, если не къ полному оставленію ихъ, то къ соблюденію самой крайней осторожности въ смыслѣ дезинфекціи и относительно выбора разбухающихъ средствъ.

*Tarnier* въ новѣйшее время предложилъ для расширенія шейки вводить за внутренній зѣвъ каучуковый катетръ. Послѣдній по *Tarnier* устроенъ такимъ образомъ, что его стѣнка у верхняго конца сильно истончена и при наполненіи водою растягивается въ формѣ пузыря. Этотъ методъ довольно невѣренъ, такъ какъ съ одной стороны, сокращенія матки послѣ введенія инструмента обыкновенно заставляютъ долго себя ждать, съ другой стороны, растянутый, очень тонкостѣнный пузырь легко лопається, а катетръ по прошествіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ портится и теряетъ свою эластичность. То-же самое можно сказать и относительно предложенныхъ *Tarnier* скрипкообразныхъ тампоновъ. Они состоятъ изъ двухъ каучуковыхъ пузырей величиною съ яйцо, которые соединены между собою полой средней частью, а съ внѣшнимъ міромъ сообщаются посредствомъ каучуковой трубки. Вводятся эти тампоны такимъ образомъ, что помощью зонда, вставленнаго въ небольшой, находящійся на наружной поверхности верхняго тампона и открытый книзу карманчикъ, инструментъ въ пустомъ его состояніи продвигается вверхъ на столѣцко, чтобы верхній тампонъ находился надъ внутреннимъ зѣвомъ, нижній помѣщался



передъ наружнымъ зѣвомъ, а средняя соединительная часть тампона лежала въ цервикальномъ каналѣ. Будучи введены такимъ образомъ, оба тампона умѣренно растягиваются впрыскиваемою въ нихъ водою. Но и такого рода тампонація не обладаетъ вѣрнымъ дѣйствіемъ и можетъ при долгомъ лежаніи сдѣлаться опасною вслѣдствіе разложенія застаивающихся секретовъ подъ вліяніемъ попавшаго вмѣстѣ съ тампонами воздуха.

д) Отдѣленіе плодныхъ оболочекъ отъ нижняго сегмента матки (*Hamilton* и *Riecke*).

*Hamilton* предлагалъ отдѣлять оболочки пальцемъ, *Riecke* — женскимъ катетромъ на протяженіи нижняго отрѣзка матки; но и этотъ методъ былъ опять оставленъ, какъ совершенно невѣрный и небезопасный.

е) Катетеризація матки (*Lehmann*, *Krause*).

*Lehmann*, съ цѣлью вызвать преждевременные роды, вводилъ между внутренней поверхностью матки и плоднымъ пузыремъ возможно высоко восковые бужи, а *Krause* — эластическій катетръ.

Этотъ методъ оказывается очень сильнымъ, возбуждающимъ сокращенія матки, средствомъ. Вмѣсто катетра цѣлесообразнѣе вводить солидный, не окончатый, эластическій бужъ. Опасность этого метода заключается въ томъ что вмѣстѣ съ инструментомъ можно занести между маткой и плоднымъ яйцомъ септическія вещества и воздухъ.

Стараются избѣгнуть этой опасности, обеззараживая бужъ самымъ тщательнымъ образомъ. Послѣ этого его проводятъ подъ руководствомъ пальца сначала чрезъ наружный зѣвъ и затѣмъ въ направленіи наименьшаго сопротивленія на столько высоко въ полость матки, чтобы пуговка бужа могла упираться въ заднюю стѣнку вагины. Укрѣпленіе пуговки извнѣ, напр. къ волосамъ наружныхъ половыхъ частей совершенно излишне. Но такъ какъ при введеніи инструмента прониканіе мелкихъ

пузырьковъ воздуха совершенно неизбѣжно, и кромѣ того съ наружныхъ частей и изъ влагалища, даже если они были предварительно очищены обеззараживающимъ спринцованіемъ, могутъ быть занесены инфекціонные зародыши, то я совѣтоваль-бы—вводить бужъ при помощи широкаго цилиндрическаго зеркала, и притомъ такимъ образомъ, чтобы, послѣ введенія зеркала и установки въ немъ влагалищной части, послѣдняя была обмыта 2—3% растворомъ карболовой кислоты или 1 : 1000 растворомъ сулемы, затѣмъ эта жидкость была слита и замѣнена такимъ новымъ количествомъ дезинфицирующаго раствора въ зеркалѣ, чтобы влагалищная часть находилась совершенно подъ водою. Сквозь прозрачную жидкость наружный зѣвъ видимъ совершенно хорошо, и предварительно также тщательно обеззараженный бужъ проводится сквозь эту жидкость въ зѣвъ на столько, чтобы его пуговка подошла близко къ влагалищной части; затѣмъ удаляютъ зеркало, а пуговку прижимаютъ къ задней влагалищной стѣнкѣ, чтобы ее тамъ фиксировать.

Извѣстно, что нерѣдко во время введенія бужа произвольно былъ разрываемъ плодный пузырь.

*ж) Методъ внутриматочной инъекціи (Cohen).*

Этотъ методъ является до извѣстной степени продолженіемъ внутриматочной катетеризаціи. Между тѣмъ какъ уже введеніемъ катетра обуславливается отдѣленіе плодныхъ оболочекъ отъ внутренней поверхности матки, методомъ *Cohen*'а мы стараемся сдѣлать это отдѣленіе болѣе обширнымъ, впрыскивая помощью введеннаго катетра жидкость между стѣнками матки и плоднымъ пузыремъ. *Cohen* употреблялъ для этого дегтярную воду. Позднѣе впрыскивалась помощью хорошо замыкающей спринцовки горячая вода около 40° С. одинъ разъ въ сутки, въ среднемъ количествѣ 500 grm. Но послѣ того какъ въ литературѣ стали извѣстны уже 10 случаевъ, гдѣ при этомъ методѣ проникалъ воздухъ въ вены матки, онъ былъ почти совершенно оставленъ и въ настоящее время примѣняется очень немногими.

з) Проколъ плодныхъ оболочекъ (*Scheel, Hopkins, Meissner*).

*Scheel* предложилъ въ 1799 году для возбужденія преждевременныхъ родовъ вскрывать плодный пузырь тотчасъ надъ зѣвомъ.

*Hopkins*, напротивъ, предложилъ въ 1826 г. вскрывать пузырь выше при помощи особаго рода длиннаго троакара, и *Meissner* привелъ это предложеніе къ практическому выполнению. Изъ всѣхъ извѣстныхъ до сихъ поръ методовъ искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ проколъ оболочекъ самый вѣрный. Ему присущъ еще только тотъ недостатокъ, что благодаря ему воды истекаютъ слишкомъ рано, и уже болѣе путемъ теоретическихъ дедукцій изъ этого недостатка вывели дальнѣйшія вредныя послѣдствія для матери и плода.

Но съ тѣхъ поръ, какъ *Braun* доказалъ, что проколъ пузыря есть не только вѣрный, но и безопасный для матери и плода методъ, онъ сталъ находить болѣе общее примѣненіе.

*Braun* производитъ теперь проколъ пузыря помощью заостренныхъ гусиныхъ перьевъ, которыя онъ вводитъ по руководству маточнаго зонда. Для прокола достаточно и одного зонда, каковой и примѣняется для этого въ клиникѣ *Späth*'а по настоящее время.

Авторъ въ девяти наблюдавшихся имъ случаяхъ убѣдился въ вѣрности и безопасности прокола пузыря. Боли наступали обыкновенно очень скоро за проколомъ, и роды оканчивались въ означенныхъ случаяхъ въ 7 и самое большее въ 22 часа. Только въ двухъ случаяхъ наступленіе потужной дѣятельности замедлилось до втораго, а еще въ одномъ случаѣ до третьяго дня послѣ производства прокола оболочекъ.

---

Если мы теперь бросимъ общій взглядъ на предложенные для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ методы, то прежде всего намъ бросится въ глаза ихъ большое число. Въ данномъ случаѣ, какъ и вообще въ нашей наукѣ, причина этого явленія кроется въ томъ, что ни одно изъ извѣстныхъ до сихъ поръ

средствъ для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ не удовлетворяетъ всѣмъ требованіямъ, которыя въ теоріи по праву могутъ быть предъявляемы такому средству.

Эти требованія суть, во-первыхъ, вѣрность дѣйствія и, во-вторыхъ, полная безопасность для матери и плода.

Опасности, присущія отдѣльнымъ средствамъ, заключаются въ инфекціи, вхожденіи воздуха въ маточныя вены, отравленіи или замедленіи хода родовъ.

При обсужденіи отдѣльныхъ методовъ мы уже выяснили, по скольку они удовлетворяютъ обоимъ поставленнымъ здѣсь условіямъ. Поэтому мы хотимъ еще разъ указать на то, что изъ всѣхъ перечисленныхъ нами методовъ относительно самые вѣрные и безопасные суть: катетеризація матки и проколъ плодныхъ оболочекъ.

Выпадетъ-ли въ будущемъ на долю пилокарпина роль среди средствъ для возбужденія преждевременныхъ родовъ, мы не можемъ еще въ настоящее время утверждать съ положительностью. Во всякомъ случаѣ, какъ уже сказано, я считаю необходимыми дальнѣйшіе опыты, въ виду того, что пилокарпинъ, какъ это признается и другими авторами, былъ-бы однимъ изъ лучшихъ средствъ для искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ, и въ томъ случаѣ, если-бы удалось найти вѣрный способъ его примѣненія, навѣрно вытѣснилъ-бы всѣ другія извѣстныя намъ средства.

И теперь еще употребляемые нѣкоторыми акушерами горячіе души имѣютъ мало приверженцевъ по причинѣ невѣрности ихъ дѣйствія и отчасти опасности; а равно не можетъ быть рекомендуемо и расширение цервикальнаго канала прессованной губкой, *laminaria* и *tupelo*, въ виду сдѣланныхъ въ гинекологіи и въ акушерствѣ неблагоприятныхъ наблюдений.

Для возбужденія искусственнаго выкидыша мы потому не охотно прибѣгаемъ къ проколу оболочекъ, что выкидышъ протекаетъ тѣмъ легче и безопаснѣе, чѣмъ болѣе мы имѣемъ шансовъ получить плодное яйцо неповрежденнымъ. На этомъ основаніи здѣсь слѣдуетъ

поставить на первый планъ катетеризацію матки, проколу же пузыря должно быть отведено только второе мѣсто.

## 2. Подготовительныя операціи, имѣющія цѣлью устраненіе препятствій со стороны родовыхъ путей.

Мы намѣрены въ этомъ отдѣлѣ разобрать нѣкоторыя небольшія подготовительныя операціи, которыя имѣютъ своей задачей устраненіе механическихъ препятствій со стороны мягкихъ или даже твердыхъ родовыхъ путей.

Родовой каналъ образуется стѣнками маточной шейки, влагалища и наружныхъ половыхъ частей, окружающими мягкими частями и сосѣдними органами, помѣщающимися въ тазу нормально или при патологическихъ условіяхъ, и, наконецъ, стѣнками самого таза.

Со стороны всѣхъ названныхъ органовъ и тканей могутъ возрасти препятствія патологическаго характера; послѣдними и ихъ устраненіемъ мы и намѣрены здѣсь заняться.

Я отчасти отступлю здѣсь отъ обычно принятаго въ ученіи объ операціяхъ плана — излагать отдѣльныя операціи, ихъ условія и показанія по порядку. Ради большей легкости въ ориентированіи я избираю для этой главы въ качествѣ принципа раздѣленія на операціи, а относящіяся сюда аномаліи мягкихъ и твердыхъ родовыхъ путей, а касательно терапіи этихъ аномалій я не только буду говорить объ излагаемыхъ обыкновенно въ отдѣльныхъ главахъ операціяхъ расширенія маточнаго зѣва, влагалища и наружныхъ частей кровавымъ или некровавымъ путемъ, но буду упоминать и о другихъ методахъ леченія механическихъ препятствій для родовъ, которыя здѣсь должны будутъ излагаться только отчасти, а болѣе подробно будутъ описаны ниже.

Механическія препятствія со стороны мягкихъ родовыхъ путей могутъ происходить: 1) отъ недостаточной растяжимости всей шейки, или только ея зѣва и его ближайшей окружности, 2) влагалища, 3) наружныхъ половыхъ органовъ, наконецъ 4) отъ опухолей, которыя или развились въ самомъ тазовомъ каналѣ, или, развившись въ брюшной полости, вслѣдствіе смѣщенія попали въ тазъ, или, наконецъ, произошли изъ сосѣднихъ, принадлежащихъ къ по-

лости таза полостныхъ органовъ. Понятіе объ опухоли, какъ мы увидимъ, принимается въ данномъ случаѣ въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова, такъ какъ не только дѣйствительныя новообразования, но и воспалительные продукты, кровоизліянія, аномаліи положенія и развитія даютъ «опухоли», могущія стать препятствіемъ для родовъ.

Если мы прежде всего начнемъ съ вопроса о томъ, на сколько недостаточная растяжимость шейки можетъ составлять препятствіе для родовъ, то высшую степень этой аномаліи, въ формѣ отсутствія или закрытія зѣва, мы находимъ отмѣченною въ учебникахъ акушерства подъ названіемъ *conglutinatio orificii* и иллюстрируемую въ литературѣ многочисленными случаями.

Дѣйствительное отсутствіе зѣва матки можно-бы было, впрочемъ, считать доказаннымъ только для тѣхъ случаевъ, гдѣ дѣло идетъ о беременности въ одной половинѣ двурогой матки (*uterus bicornis*), полость которой не сообщается ни съ другой половиной, ни съ влагалищемъ. Существуютъ въ литературѣ лишь не многіе случаи, гдѣ при подобныхъ обстоятельствахъ беременность донашивалась до нормальнаго, или почти до нормальнаго конца. Въ большинствѣ случаевъ происходилъ раньше разрывъ рога, обыкновенно не достаточно развитаго.

Всѣми признано, что въ такихъ случаяхъ въ нормальномъ концѣ беременности показуется кесарское сѣчение по *Porro*. Старый методъ кесарскаго сѣченія не можетъ быть рекомендуемъ въ виду послѣдовательнаго задержанія послѣродовыхъ отдѣленій въ оставленномъ рогѣ матки. Итакъ, здѣсь имѣется дѣйствительное закрытіе или отсутствіе зѣва.

Сомнительны однако тѣ случаи, гдѣ при беременности въ нормально развитой полости матки допускали отсутствіе зѣва. Понятно, здѣсь приходилось прибѣгать къ такому объясненію, что яко-бы зѣвъ первоначально былъ проходимъ, а втеченіе беременности закрылся.

Но во всѣхъ этихъ случаяхъ могла быть рѣчь только о необыкновенной ригидности и неподатливости существующаго, но очень узкаго и, кромѣ того, во время

родовъ ненормально помѣщающагося отверстія маточнаго зѣва.

При высшей степени неподатливости наружнаго зѣва, послѣдній не расширяется во время родовъ, и подлежащая часть (въ большинствѣ случаевъ головка) сильно оттѣсняетъ переднюю, рѣдко заднюю стѣнку сильно растянутой, совершенно сглаженной шейки книзу и тѣмъ самымъ смѣщаетъ точечное отверстіе зѣва кзади. Если его теперь не поискать сзади, и такъ какъ оно кромѣ того по своей малой величинѣ легко можетъ быть просмотрѣно, то такіе случаи и идутъ подъ названіемъ отсутствія или заращенія зѣва. Что при этомъ подъ напоромъ пальца или зонда сильно растянутая и чрезмѣрно истонченная передняя стѣнка шейки разрывается, разрывъ сильно увеличивается, и въ заключеніе роды происходятъ черезъ этотъ разрывъ, — это доказано многими относящимися сюда наблюденіями поперечныхъ разрывовъ передней губы при недостаточной растяжимости зѣва и одновременномъ смѣщеніи послѣдняго кзади. Къ сожалѣнію, подобные случаи иногда даютъ поводъ къ смѣшенію подлежащей, сильно растянутой и истонченной шейки съ плодовымъ пузыремъ, или даже съ полнымъ открытіемъ зѣва при отошедшихъ водахъ. Послѣдняго рода случаи заслуживаютъ особеннаго вниманія съ нашей стороны. А именно, неоднократно случалось, что при этомъ накладывали щипцы на, повидимому, совершенно свободно помѣщающуюся въ вагинѣ головку и обѣими ложками продыравливали боковые своды влагалища.

Ригидность зѣва, которая далеко не всегда достигаетъ такой степени, чтобы симулировать *conglutinatio orificiі*, большею частью есть слѣдствіе хроническаго воспаленія ткани шейки съ новообразованіемъ плотной соединительной ткани и вытѣсненіемъ мышечныхъ волоконъ. Она встрѣчается у молодыхъ субъектовъ, причѣмъ не всегда можно бываетъ отыскать причину этого въ предшествовавшемъ воспаленіи. Но чаще всего она наблюдается у старыхъ первородящихъ. Является вопросъ, имѣемъ-ли мы дѣло у послѣднихъ только со старческимъ

измѣненіемъ ткани, или скорѣе не присоединяются ли къ незначительному измѣненію, обусловленному возрастомъ, еще другія измѣненія, которыя, будучи воспалительнаго происхожденія, находятся въ причинной связи и съ позднимъ зачатіемъ. Такъ мы знаемъ, что катарры, хроническіе воспалительные процессы часто до самаго ихъ излеченія препятствуютъ забеременеванію и въ то же время производятъ на влагалищной части тѣ стойкія измѣненія въ ткани, которыя мы привыкли называть ригидностью.

Въ качествѣ препятствія для родовъ со стороны шейки мы наблюдаемъ далѣе, во всякомъ случаѣ рѣже, чѣмъ подобную же аномалію въ вагинѣ, — намекъ на удвоеніе въ формѣ сагитально идущей отъ передней къ задней губѣ мясистой перемычки. Такія перемычки въ случаѣ надобности, разсѣкаются ножницами.

Дальнѣйшій видъ недостаточной растяжимости шейки мы находимъ иногда въ такъ называемой гипертрофіи влагалищной, средней и надвлагалищной части шейки.

Если при раньше существовавшей гипертрофіи влагалищной части наступаетъ беременность, то *portio vaginalis* можетъ принять такіе размѣры, что ея нижній конецъ будетъ лежать въ наружныхъ половыхъ частяхъ или даже впереди ихъ. При этомъ шейка матки испытываетъ соотвѣтственное увеличеніе и во всѣхъ другихъ размѣрахъ.

Такъ-же какъ гипертрофія влагалищной части въ строгомъ смыслѣ слова, наблюдаются во время родовъ и случаи гипертрофіи средней части шейки при выпаденіи, вслѣдствіе влеченія, передней стѣнки вагины, а равно случаи гипертрофіи надвлагалищной части шейки при выпаденіи передней и задней стѣнокъ рукова. Всѣ эти случаи проходятъ обыкновенно подъ наименованіемъ выпаденія беременной матки. Но это совершенно ошибочно, такъ какъ здѣсь имѣется лишь удлинненіе и утолщеніе названныхъ отдѣловъ шейки, а никакъ не опущеніе тѣла матки.

Эти случаи, вслѣдствіе значительной длины и малой



растяжимости полости шейки обусловливаютъ большую частью значительныя затрудненія для родовъ, которыя въ концѣ концовъ все-таки преодолѣваются силами природы при соотвѣтственномъ содѣйствіи искусства, которое, если можно, должно заключаться въ извлеченіи за ножку. Надрѣзы полезны здѣсь только при гипертрофіи собственно влагалищной части шейки.

Терапія при неподатливости и при только что описанномъ видѣ гипертрофіи шейки въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при дальнѣйшемъ выжиданіи дѣйствія силъ природы ни на что болѣе нельзя рассчитывать, состоитъ въ искусственномъ расширеніи.

Послѣднее, такъ называемая *hysterostomatia*, производится слѣдующимъ образомъ. Въ основательно дезинфицированныя половые органы лежащей на поперечной кровати роженицы вводится, по руководству двухъ пальцевъ, до края маточнаго зѣва рѣзущій только у острія пуговчатый бистурій, или еще лучше длинныя прямыя, или по краю изогнутыя ножницы съ закругленными концами; затѣмъ одинъ изъ двухъ пальцевъ проводится между головкой и зѣвомъ, а другой кладется снаружи на шейку, и тогда подъ постояннымъ контролемъ пальцевъ дѣлаются съ обѣихъ сторонъ соотвѣтственно глубокіе надрѣзы краевъ шейки.

Потребная глубина этихъ разрѣзовъ будетъ зависѣть, съ одной стороны, отъ мѣста прикрѣпленія свода рукова къ шейкѣ, съ другой—отъ существующей уже въ моментъ операціи степени раскрытія зѣва, наконецъ—отъ протяженія тканевыхъ измѣненій отъ зѣва кнаружи. Надрѣзы дѣлаются всегда съ боковъ, и никогда—спереди или сзади.

Другія показанія для насильственнаго, кроваваго или некроваваго, расширенія, какъ-то угрожающія явленія со стороны матери или плода, въ настоящее время уже не имѣютъ больше никакого значенія, такъ какъ всѣ они болѣе или менѣе напоминаютъ о насильственномъ родо-разрѣшеніи (*accouchement forcé*), которое, къ счастью, теперь уже оставлено. Только при изложеніи методовъ возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ

мы упомянули еще о нѣсколькихъ способахъ расширенія шейки, которые однако стремятся достигнуть означенной цѣли не столько непосредственно, сколько косвенно— путемъ возбужденія сокращеній матки.

Переходя затѣмъ къ препятствіямъ для родовъ вслѣдствіи недостаточной растяжимости влагалища, мы должны здѣсь разсмотрѣть такъ называемыя врожденныя и приобретенныя суженія его.

Врожденные суженія встрѣчаются или на мѣстѣ дѣвственной плевры, или на протяженіи рукава. Рѣдко дѣло идетъ при послѣднихъ о болѣе значительномъ распространеніи суженія, большею-же частью имѣются выдающіяся въ просвѣтъ рукава въ формѣ гребней, циркулярно или спирально идущія складки.

Обыкновенно такія складки не обусловливаютъ столь значительнаго суженія, чтобы изъ этого проистекало препятствіе для родовъ; но, съ другой стороны, встрѣчаются также случаи суженій такой высокой степени, что влагалище оказывается проходимымъ для гусиного пера или едва для одного пальца. Но и въ подобныхъ случаяхъ роды протекали иногда произвольно, тогда какъ въ другихъ являются значительныя препятствія для родовъ, могущія, какъ въ случаѣ *Kennedy*, повести къ смертельному разрыву матки. Терапія здѣсь заключается въ легкихъ насѣчкахъ ножомъ или ножницами выдающихся складокъ, сильно натянутыхъ напиряющею головкою, причемъ *Breisky* даетъ совѣтъ, по-возможности ожидать дальнѣйшаго произвольнаго теченія родовъ, «такъ какъ растяженіе произвольно подвигающеюся впередъ головкою будетъ болѣе равномерно и въ своемъ направленіи часто болѣе выгодно, чѣмъ при извлеченіи щипцами».

Не рѣдкую форму припятствія для родовъ вслѣдствіе врожденнаго стенозирования составляютъ продольныя перегородки влагалища, которые суть ни что иное, какъ намеки на удвоеніе влагалища. Онѣ большею частью представляются въ видѣ узкихъ мясистыхъ полосокъ, проходящихъ въ сагитальномъ направленіи во входѣ въ рукавъ, иногда же онѣ образуютъ и далѣе вверхъ

простирающіяся раздѣленія влагалища на двѣ боковыя половины.

Терапія препятствій для родовъ, создаваемыхъ этими перегородками, состоитъ въ разсѣченіи послѣднихъ ножницами. Если-бы въ силу болѣе сильнаго развитія сосудовъ можно было опасаться кровотечения послѣ простаго разсѣченія, то можно наложить на перемычку двѣ лигатуры и между ними разрѣзать.

Приобрѣтенныя суженія влагалища наблюдаются въ формѣ рубцовыхъ стенозовъ — вслѣдствіе язвенныхъ процессовъ въ послѣродовомъ періодѣ, вслѣдствіе давленія пессаріевъ, вслѣдствіе сильныхъ прижиганій, послѣ операций, а чаще всего — вслѣдствіе язвенныхъ процессовъ при инфекціонныхъ болѣзняхъ, каковы тифъ, дифтеритъ, сифились, оспа.

Предсказаніе и терапія при стенозахъ вслѣдствіе рубцового стягиванія зависятъ отъ распространенія и степени суженія. При узкихъ рубцахъ, занимающихъ короткое протяженіе, или не захватывающихъ циркулярно всего влагалища, произвольному родоразрѣшенію можно способствовать и не глубокими надрѣзами. При распространенномъ, циркулярномъ или занимающемъ весь рукавъ рубцовомъ суженіи является показаніе для кесарскаго сѣченія, которое прежде, вслѣдствіе воспрепятствованнаго оттока послѣродовыхъ очищеній черезъ зарубцованное влагалище, въ такихъ случаяхъ давало особенно дурной прогнозъ, а со введеніемъ надвлагалищной ампутаціи *Porro* — соотвѣтствуетъ всѣмъ требованіямъ, особенно при только что упомянутомъ показаніи.

Что вслѣдствіе язвенныхъ процессовъ или разрывовъ могутъ происходить и сращенія въ видѣ перемычекъ, которыя проходятъ чрезъ просвѣтъ влагалища отъ одной стѣнки къ другой и могутъ обусловливать препятствія для родовъ, — это понятно.

Терапія въ подобныхъ случаяхъ состоитъ въ разсѣченіи этихъ перемычекъ съ наложеніемъ швовъ на раненыя поверхности, съ цѣлью избѣжать кровотечения и вторичнаго сращенія раздѣленныхъ поверхностей.

*Hymen intactus* наблюдается во время родовъ не

рѣдко, не представляя впрочемъ серьезнаго препятствія для послѣднихъ.

Съуженіе vulvae встрѣчается врожденно въ формѣ такъ называемой vulva infantilis, остановки половой щели на дѣтской ступени развитія. Эта аномалія совпадаетъ съ вообще недостаточнымъ развитіемъ половыхъ органовъ и тогда, разумѣется, не можетъ имѣть акушерскаго интереса. Но иногда vulva infantilis наблюдается при въ остальномъ нормально развитыхъ внутреннихъ половыхъ органахъ. Такъ какъ при этомъ нѣтъ абсолютнаго препятствія для прониканія сперматозоидовъ, какъ его нѣтъ и при высокой степени стеноза влагалища или шейки, то ни vulva infantilis, ни другія изъ сейчасъ названныхъ препятствій для введенія penis'a не могутъ быть разсматриваемы, какъ препятствія для зачатія.

Далѣе, наблюдается во время родовъ рубцовое съуженіе vulvae вслѣдствіе тѣхъ-же причинъ, какъ и рубцовое съуженіе влагалища, одновременно съ которымъ оно часто и встрѣчается.

Случай подобнаго рода я наблюдалъ въ 1876 году. Дѣло шло объ одной второрождающей, у которой за два года передъ тѣмъ при vulva infantilis, при вполне сохраненной и проходимой только для маточнаго зонда двѣтвенной плевѣ роды оказались возможными только послѣ широкихъ надрѣзовъ. Не смотря на послѣднее, все-таки получились глубокіе надрывы во входѣ и въ рукавѣ. При наблюдавшихся мною вторыхъ родахъ входъ во влагалище былъ рубцово съуженъ и едва проходимъ для двухъ пальцевъ. Головка съ значительнымъ carut succedaneum — непосредственно за съуженнымъ отверстіемъ. И на этотъ разъ пришлось сдѣлать большіе надрѣзы рубцовыхъ краевъ, чтобы дать мѣсто головкѣ. Тотчасъ послѣ родовъ произведенное изслѣдованіе всею рукою показало, что шейка матки колоссально растянута и истончена, а тѣло надъ нею плотно сокращено, такъ что въ первый моментъ получалось впечатлѣніе сидящаго на маткѣ фиброида, пока послѣдній, въ силу сообщающагося съ шейкою отверстія и находящейся надъ нимъ полости, не былъ признанъ за дно матки. Если-бы помощь искусства въ этомъ случаѣ еще болѣе запоздала, то разрывъ матки былъ-бы неизбѣженъ.

Этотъ случай иллюстрируетъ весьма ясно тѣ громадныя затрудненія, которыя можетъ представить во время родовъ какъ врожденное, такъ и приобретенное съуженіе, а равно тотъ образъ дѣйствія, котораго въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ держаться.

Очень рѣдко препятствіе для родовъ могло-бы обусловливаться извѣстными подъ названіемъ вагинизма рефлекторными судорогами мускулатуры тазоваго дна. Но что это возможно, и какой вы-

сокой степени такое препятствіе можетъ достигать,—это доказываетъ обнародованный *Venicke* случай, въ которомъ вслѣдствіе обусловленнаго судорогой суженія vulvae должна была быть произведена перфорация черепа плода.

Чаще всего приходится наблюдать непреодолимое силами природы, или, по крайней мѣрѣ, не устранимое безъ разрыва препятствіе со стороны тазового дна при недостаточной ротяжимости промежности у старыхъ первородящихъ, далѣе—при широкой или измѣненной, вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ и особенно сифилиса, промежности.

Въ такихъ случаяхъ, когда головка уже всесторонне растянула наружныя части, при наложеніи щипцовъ или такъ-же при произвольныхъ родахъ vulva для сохраненія цѣлости промежности должна быть искусственно расширена путемъ эпизиотоміи.

*Michaelis* старался посредствомъ надрѣза по гархе промежности предупредить разрывы послѣдней по тому-же направленію, такъ какъ шансы на послѣдующее заживленіе per primam при рѣзаной ранѣ, конечно, больше, чѣмъ при разорванной. Но надрѣзы по гархе, какъ показываетъ опытъ, при дальнѣйшемъ продвиганіи головки обыкновенно продолжаются въ надрывы, которые при своемъ увеличеніи переходятъ на сфинктеръ.

Поэтому предпочитаютъ дѣлать надрѣзы въ такомъ направленіи, по которому дальнѣйшіе разрывы представляются менѣе опасными, а, съ другой стороны, вслѣдствіе большей толщины тканей рѣдко и происходятъ. Таково указанное *Scanzoni* направленіе отъ боковыхъ краевъ vulvae къ сѣдалищнымъ буграмъ.

По этому направленію надрѣзъ съ одной, а въ случаѣ надобности и съ другой стороны, глубиною въ 1—2 см. производится такимъ образомъ, что на высотѣ потуги вводятъ плашмя пуговчатой бистурій между головкой и наружными частями на разстояніи не менѣе трехъ поперечныхъ пальцевъ отъ срединной линіи, затѣмъ поворачиваютъ клинокъ рѣжущимъ краемъ къ промежности и медленно приподнимаютъ рукоятку. Смотри по величинѣ дуги, которую мы послѣднею описываемъ, получается разрѣзъ большей или меньшей глубины.

Необходимость эпизиотоміи узнается по степени напряженія тканей соотвѣтственно величинѣ прорѣзавшейся уже периферіи черепа. Если высокая степень растяженія промежности наступаетъ только къ тому времени, когда черепъ прорѣзался такою периферією, которая очень близко подходитъ къ наибольшей периферіи при данной установкѣ головки, то надрѣзовъ можно избѣжать; въ противномъ же случаѣ ихъ слѣдуетъ производить тѣмъ раньше, чѣмъ раньше наступаетъ высшая степень натяженія.

При оцѣнкѣ величины прорѣзавшейся уже периферіи черепа не слѣдуетъ вовлекаться въ ошибку головной опухолью, для чего отъ времени до времени должно изслѣдовать *per rectum*.

Высшую, непосредственно предшествующую разрыву степень натяженія промежности узнають по плотной, какъ доска, консистенціи, несдвигаемости и восковой, анемической блѣдности кожи промежности.

Иногда встрѣчаются промежности, которыя достигаютъ maximum'a своего растяженія уже въ то время, когда только еще небольшой сегментъ головки вступилъ въ наружныя части. Въ такихъ случаяхъ дѣло не доходитъ даже до соотвѣтственнаго истонченія вульварнаго края раньше разрыва. При подобныхъ обстоятельствахъ не должно медлить съ эпизиотоміей.

Наконецъ, бываютъ случаи, гдѣ при растяжимой, удобосдвигаемой кожѣ препятствіе кроется не въ ней, а въ болѣе глубокихъ, мышечныхъ слояхъ промежности. Въ этихъ случаяхъ, при изслѣдованіи пальцемъ, между головкой и промежностью опредѣляется исходящій изъ послѣдней, лежащій позади задней спайки, вдающійся въ рукавъ, острый, циркулярный валикъ. Въ такихъ случаяхъ, по мнѣнію *Schultze*, могли-бы быть умѣстны неглубокіе подкожные, или лучше субвагинальные надрѣзы тенотомомъ со стороны влагалища въ наиболѣе плотныхъ и напряженныхъ мѣстахъ.

Неглубокія раны послѣ эпизиотоміи, какъ и неизбежныя у первородящихъ небольшіе надрывы слизистой оболочки входа въ рукавъ, заживаютъ при достаточной

антисептикѣ безъ нашего содѣйствія. Болѣе глубокіе и, во всякомъ случаѣ, болѣе сильно кровоточащіе надрѣзы должны быть соединяемы шелковыми швами.

И такъ, мы разсмотрѣли тѣ аномаліи, которыя препятствуютъ или затрудняютъ необходимую для физиологическаго теченія родовъ растяжимость и расширяемость стѣнокъ собственно родового канала.

Но было-бы односторонне искать препятствія со стороны родового канала только въ разобранныхъ нами аномаліяхъ. Другія порой болѣе важныя препятствія находятъ свое анатомическое мѣстоположеніе внѣ стѣнокъ собственно родового канала, и такъ какъ они образованы болѣе или менѣе объемистыми опухолями, то они могутъ въ самыхъ различныхъ степеняхъ затруднять роды, замедлять ихъ или дѣлать даже совершенно невозможными. Мы видимъ, что такого рода, въ общемъ опредѣляемая, какъ опухоли, аномаліи развитія, положенія, увеличенія объема доброкачественнаго и злокачественнаго характера, наконецъ, инородныя тѣла не рѣдко играютъ роль препятствій для родовъ, если они отчасти или совершенно выполняютъ то пространство въ тазу, которое необходимо для прохожденія головки и тазовища плода.

Исходная точка опухолей, о которыхъ идетъ рѣчь, можетъ находиться въ мягкихъ частяхъ, или также въ костяхъ тазового канала; исходя изъ этого принципа раздѣленія, мы ихъ здѣсь разсмотримъ совершенно кратко, такъ какъ болѣе подробный разборъ ихъ происхожденія, распознаванія и терапіи далеко перешель-бы за тѣ границы, которыя мы себѣ поставили, задаваясь целью изложить способы устраненія препятствій для родовъ, обусловливаемыхъ опухолями въ тазу. Упомянутыя препятствія будутъ изложены по порядку съ такимъ подраздѣленіемъ, что мы вкратцѣ опишемъ сначала тѣ ихъ нѣхъ, которыя должны быть разсматриваемы, какъ аномаліи развитія относящихся сюда органовъ, далѣе тѣ, которыя носятъ характеръ аномалій положенія, затѣмъ тѣ, которыя обусловлены оте-

комъ, кровоизліяніемъ, воспаленіемъ, нообразованіями и инородными тѣлами.

Препятствія для родовъ вслѣдствіе опухолей, имѣющихъ характеръ пороковъ развитія, должны быть признаны за необыкновенно рѣдкія явленія.

Тѣмъ не менѣе въ литературѣ имѣются четыре случая, гдѣ при двурогой маткѣ второй, рудиментарно развитый рогъ ея настолько гипертрофировался во время беременности въ другомъ рогѣ, что при изслѣдованіи симулировалъ лежащій позади матки неправильный фиброидъ.

*Müller*, которому принадлежитъ описаніе одного случая такого рода, совѣтуетъ при этомъ, какъ и при всѣхъ другихъ подвижныхъ опухоляхъ тазового входа, возможно рано продвигать tumor вверхъ за край малаго таза и одновременно низводить подлежащую часть плода. Въ опубликованныхъ до настоящаго времени случаяхъ этого рода два раза потребовался поворотъ и экстракція, причемъ плодъ былъ извлеченъ мертвымъ, и два раза — перфорация.

Не наблюдавшееся до сихъ поръ препятствіе для родовъ, судя по описанному *Kroner*'омъ случаю, могло-бы обусловливаться *meningocele sacralis anterior* матери. Въ названномъ случаѣ имѣлся выполняющій полость таза и простирающійся на два поперечныхъ пальца выше пупка мѣшокъ съ жидкимъ содержимымъ, проколъ котораго привелъ къ смерти отъ менингита, и который оказался *meningocele*, сообщавшееся съ спинно-мозговымъ каналомъ посредствомъ тонкаго отверстія, находившагося на передней поверхности крестца подъ первымъ крестцовымъ позвонкомъ. Я упоминаю объ этомъ случаѣ, наблюдавшемся у небеременной, потому, что нельзя отрицать того, что при случаѣ подобная опухоль можетъ быть найдена также во время беременности или родовъ. Если-бы при этомъ оказалось возможнымъ придти къ вѣрному діагнозу путемъ изслѣдованія *reg gestum*, или вслѣдствіе явленій давленія на мозгъ при болѣе сильномъ надавливаніи на кисту, то послѣдняя должна-бы быть разсматриваема, какъ *poli me tangere*, или, въ случаѣ абсолютнаго препятствія для родовъ, ее вслѣдовало-бы опорожнить съ величайшей осторожностью и при самой строгой антисептикѣ.



Препятствія для родовъ вслѣдствіе аномалій положенія могутъ явиться при существованіи *cystocoele vaginalis*. Если случай таковъ, что головка вколочена въ тазу, изгибаетъ и придавливаетъ къ симфизу уретру выпавшаго мочевого пузыря, то вслѣдствіе наполненія послѣдняго можетъ развиваться серьезное препятствіе для родовъ. Если-бы при этомъ не удалось уже провести катетра, или путемъ осторожнаго отодвиганія головки вправить выпавшій пузырь, то оставалось-бы, слѣдую методу Кее, пунктировать мочевой пузырь тонкимъ троакаромъ со стороны влагалища и постараться окончить роды раньше, чѣмъ пузырь успѣетъ вновь наполниться.

Грыжи тазового канала, въ формѣ *herniae vaginalis posterioris*, *herniae perinealis* или *labii majoris*, встрѣчаются очень рѣдко и могутъ быть разсматриваемы не столько, какъ препятствіе для родовъ, сколько какъ показанія къ ускоренію родовъ, чтобы вслѣдствіе продолжительнаго давленія со стороны головки въ выпавшей кишечной петлѣ не развилось застоевъ и разстройствъ циркуляціи.

*Retroflexio uteri gravidi*, какъ препятствіе для родовъ, встрѣчается только въ томъ случаѣ, если эта аномалія не была своевременно распознана, или если не удалось вправленіе, слѣдовательно—очень рѣдко, и въ послѣднемъ случаѣ она должна быть устранена посредствомъ частичнаго опорожненія матки, т. е. вскрытія плоднаго пузыря черезъ цервикальный каналъ или чрезъ наложенное съ этой цѣлью пункціонное отверстіе въ подлежащей задней стѣнкѣ матки, съ послѣдовательнымъ исправленіемъ положенія матки.

Тогда какъ препятствіе этого рода можетъ возникнуть только въ первые мѣсяцы беременности, слѣдовательно—при выкидышѣ, при такъ называемой частичной ретрофлексіи матки беременность можетъ достигнуть и нормальнаго конца. Если мы себѣ представимъ перегибъ назадъ беременной матки на третьемъ или четвертомъ мѣсяцѣ, при которомъ не было произведено вправленіе, и не произошелъ выкидышъ, то про-

должающий развиваться живой плодъ можетъ приобрести достаточное для себя пространство только благодаря тому, что передняя, обращенная при ретрофлексіи кверху, стѣнка матки сильно растягивается и поднимается въ брюшную полость, между тѣмъ какъ дно матки остается лежать въ *Douglas*'овомъ пространствѣ. Тогда во время родовъ одна крупная часть плода будетъ помещаться внизу въ днѣ, а другая—въ растянутой передней стѣнкѣ, и роды могутъ стать возможными только послѣ вправленія дна матки въ колѣбно-локтевомъ положеніи, если нужно, то послѣ частичнаго опорожненія матки посредствомъ вскрытія плоднаго пузыря.

Отечное опуханіе, какъ препятствіе для родовъ, наблюдается въ зѣвѣ матки вслѣдствіе ущемленія передней губы между головкой и тазомъ, причемъ въ однихъ случаяхъ имѣется чистый отекъ, а въ другихъ—и одновременное кровоизліяніе въ ткань.

Терапія состоитъ во вправленіи опухшей губы за головку во время необходимаго въ большинствѣ случаевъ для преодоленія препятствія извлеченія щипцами, или въ надрѣзѣ и опорожненіи кровоизліянія при болѣе значительномъ объемѣ послѣдняго.

Отечныя опуханія наружныхъ половыхъ органовъ также могутъ служить препятствіемъ для родовъ, которое однако быстро и съ успѣхомъ устраняется посредствомъ насѣчекъ.

Кромѣ упомянутыхъ кровоизліяній въ ущемленную переднюю губу зѣва, значеніе препятствія для родовъ имѣютъ также гематомы влагалища и наружныхъ частей. Не смотря на то, что въ настоящее время всѣ совершенно справедливо высказываются въ пользу консервативнаго леченія гематомъ, онѣ должны быть вскрыты и опорожнены, если-бы онѣ, развившись *sub partu*, затрудняли роды, или влекли за собою опасность разрывовъ, обширность которыхъ нельзя заранѣе предвидѣть.

*Barnes* наблюдалъ также одинъ случай заматочной кровяной опухоли (*haematocoele retrouterina*), послужившей препятствіемъ для родовъ, хотя

нѣкоторые авторы и утверждаютъ, что такихъ кровоизліяній, будто-бы, во время беременности не встрѣчается.

Какъ послѣдствія воспалительныхъ процессовъ, наблюдаются опухоли въ формѣ гипертрофіи передней губы маточнаго зѣва.

Далѣе, сюда относится стоящій одиноко случай *Hugenberger'a*, гдѣ плотныя экссудативныя массы въ тазу составляли такое препятствіе для родовъ, что потребовалась кефалотрипсія, а равно наблюденіе *Park'a*, судя по которому опорожненіе мѣшка эхиноккока въ тазу можетъ вызвать такое сморщиваніе тазовой клѣтчатки, что является во время родовъ пространственное несоотвѣствіе весьма серьезнаго свойства.

Въ качествѣ препятствій для родовъ, развившихся вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ, мы въ заключеніе можемъ назвать абцессы *Bartholini*'евыхъ железъ или ихъ кисты, которые, если они не лопнули раньше, должны быть вскрыты при прохожденіи головки.

Теперь мы перейдемъ къ пространственнымъ несоотвѣтствіямъ, обусловливаемымъ новообразованіями, слѣдовательно—опухольями въ тѣсномъ смыслѣ.

Начнемъ въ кисты. Въ этомъ отношеніи кисты влагалища рѣдко обращаютъ на себя вниманіе, а и чниковыя-же опухоли, особенно кистовиднаго характера, напротивъ, — чаще, въ силу вообще большей частоты этого рода новообразованій. Помимо того, что опухоли яичниковъ съ жидкимъ содержимымъ часто разрываются уже въ началѣ родовъ подъ вліяніемъ повышеннаго внутрибрюшнаго давленія, и такого рода случайность, какъ я это наблюдалъ у одной особы въ двухъ послѣдовательныхъ беременностяхъ, можетъ проходить безъ всякой реакціи, а иногда можетъ кончатся и летально, — расположенныя во входѣ въ тазъ опухоли яичниковъ не рѣдко въ началѣ родовъ произвольно отходятъ вверхъ.

Если-же послѣдняго не происходитъ, то прежде всего должно прибѣгнуть къ подражанію этому естественному процессу путемъ искусственнаго вправленія. Это удается

чаще при опухоляхъ съ жидкимъ содержимымъ, чѣмъ при плотныхъ. При плотныхъ же, лежащихъ въ тазу, неправимыхъ опухоляхъ яичниковъ умѣренной величины или показуются искусственные преждевременные роды, или же *sub partu* могутъ найти примѣненіе всѣ тѣ акушерскія операціи, которыя показуются, вообще, при пространственныхъ несоотвѣтствіяхъ, принимая во вниманіе тѣ условія, которыя требуются каждой операціей. Преобладающій приемъ однако, при завѣдомо жидкомъ содержимомъ, кромѣ вправленія, если таковое не удастся, будетъ состоять въ пункціи со стороны влагалища.

Въ прогностическомъ и терапевтическомъ отношеніяхъ важно, слѣдовательно, при яичниковыхъ опухоляхъ отличать плотныя отъ кистовидныхъ съ жидкимъ содержимымъ. Первые, если онѣ опустились въ *Douglas*'ово пространство, содержатся совершенно такъ-же, какъ сидящіе на длинныхъ ножкахъ субсерозные фиброиды матки, отъ которыхъ онѣ во время родовъ едва-ли когда и могутъ быть отличены. Зато опухоли обоихъ названныхъ видовъ и опухоли, исходящія отъ передней поверхности крестца, иногда могутъ быть дифференцированы путемъ тщательнаго изслѣдованія *per rectum*.

Изъ фиброматозныхъ опухолей мягкихъ родовыхъ путей заслуживаютъ упоминенія, какъ могущія послужить препятствіемъ для родовъ, фибромы стѣнокъ вагины, и особенно фибромы матки.

Подслизистыя, сильно выдающіяся надъ поверхностью слизистой оболочки фибромы матки, какъ опухоли, расположенныя въ формѣ полиповъ въ цервикальномъ каналѣ или во влагалищѣ впереди плода, могутъ потребовать вырѣзыванія во время родовъ, если только онѣ, какъ это чаще наблюдалось, еще до всякаго вмѣшательства искусства не отрываются подъ напоромъ тѣла плода и не изгоняются впереди него. Болѣе объемистыя стебельчатыя фибромы иногда давали поводъ къ смѣшенію ихъ съ подлежащей головкой, пока анатомическія отношенія не выяснились уже во время извлеченія щипцами.

Если подслизистыя фибромы не имѣютъ ножки, то, вслѣдствіе ограниченія пространства, онѣ могутъ обусловить необходимость въ наложеніи щипцовъ или въ перфорациі. Если такія фибромы сидятъ подслизисто въ шейкѣ, то иногда удается путемъ ихъ вылущенія устранить препятствія для родовъ. *Braxton Hicks* оперировалъ одинъ подобный случай и удалилъ фиброму въ 1 фунтъ вѣсомъ съ благоприятнымъ для роженицы исходомъ.

Интерстиціальныя міомы составляютъ препятствіе только въ томъ случаѣ, если онѣ развились глабоко внизу въ задней стѣнкѣ или въ самой шейкѣ, тогда какъ подбрюшинныя фибромы только тогда могутъ стать препятствіемъ для родовъ, если онѣ имѣютъ длинную ножку и смѣщаются въ *Douglas*'ово пространство.

На основаніи сказаннаго мы должны особенно опасаться, какъ препятствій для родовъ, низкосидящихъ интерстиціальныхъ и смѣстившихся подбрюшинныхъ міомъ.

Но и при этихъ опухоляхъ наблюдалось во время родовъ, особенно послѣ разрыва пузыря, произвольное отхожденіе ихъ изъ тазоваго входа.

Если этого не происходитъ, то должна быть сдѣлана попытка вправленія черезъ влагалище или прямую кишку, лучше всего — непосредственно послѣ отхода водъ, въ боковомъ или колѣнно-локтевомъ положеніи роженицы.

Наибольшую опасность представляютъ истинныя цервикальныя міомы; онѣ растутъ большею частью одновременно кверху и книзу, и притомъ въ послѣднемъ направленіи — или въ *Douglas*'ово пространство или во влагалище. Чѣмъ объемистѣе эти міомы и чѣмъ глубже онѣ сидятъ, тѣмъ менѣе можно надѣяться на ихъ вправленіе. Онѣ требуютъ или искусственнаго родоразрѣшенія, въ большинствѣ случаевъ съ принесеніемъ въ жертву жизни ребенка, или же при полномъ закрытіи родоваго канала — кесарскаго сѣченія.

Терапія при міомахъ, если онѣ обусловливаютъ препятствіе для родовъ, заключается, слѣдовательно, смотря по роду случая, во вправленіи, удаленіи опухоли раньше

плода, въ наложеніи щипцовъ, поворотѣ, перфوراціи или въ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ, наконецъ, въ родоразрѣшеніи путемъ кесарскаго сѣченія.

Фибромы и саркомы влагалища также, въ случаѣ необходимости, должны быть вырѣзываемы *sub partu*, а края раненыхъ поверхностей соединяемы швомъ.

Къ сожалѣнію, не очень рѣдкое явленіе, дающее самый дурной прогнозъ для роженицы, а часто и для плода, — это ракъ матки. Нашъ образъ дѣйствія зависитъ здѣсь вполнѣ отъ того распространенія, котораго новообразование достигло.

Въ большинствѣ случаевъ наилучшая терапія, пожалуй, будетъ состоять въ кесарскомъ сѣченіи, на основаніи принципа: спасать, что еще можно спасти. Такъ какъ мать, въ силу извѣстной злокачественности страданія, за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ, всегда должна считаться погибшею, то названной операціей мы будемъ стараться спасти, по крайней мѣрѣ, ребенка.

Кесарское сѣченіе при *sarcoma uteri* должно производиться въ тѣхъ случаяхъ, когда поражено болѣе двухъ третей окружности зѣва, и когда ракъ, хотя-бы при одностороннемъ заболѣваніи, перешелъ за внутренній зѣвъ или на окружающія части, т. е. влагалище или тазовую клѣтчатку, особенно, если плодъ живъ.

Напротивъ того, если поражена только одна губа маточнаго зѣва, причемъ заболѣваніе задней губы, вслѣдствіе ея меньшаго значенія для родового акта, должно считаться болѣе благопріятнымъ, то мы нерѣдко наблюдаемъ произвольное окончаніе родовъ.

Рѣдко новообразование представляетъ при этомъ настолько рѣзкія границы, что можно думать о радикальномъ удаленіи его ножомъ и ножницами съ послѣдующимъ наложеніемъ швовъ, каковая операція, при упомянутомъ предположеніи, можетъ быть произведена и во время беременности, не обращая вниманія на послѣднюю. Надрѣзы заболѣвшихъ краевъ зѣва въ этихъ случаяхъ только тогда приводятъ къ достаточному увеличенію пространства для родоразрѣшенія, если заболѣваніе

ограничивается узенькимъ краемъ вокругъ наружнаго зѣва. Не слѣдуетъ, впрочемъ, обманывать себя относительно расширяемости карциноматозной шейки послѣ надрѣзовъ. Шейка, во всякомъ случаѣ, дѣлается тѣмъ шире, чѣмъ глубже мы рѣжемъ, но передъ нами ткань, неспособная къ растяженію; въ заключеніе, послѣ того какъ удалось кровавымъ путемъ расширить зѣвъ до проходимости его для четырехъ пальцевъ, все таки во время родовъ происходятъ самыя тяжелыя для роженицы поврежденія. Кромѣ того роды при этомъ настолько затягиваются, что умираетъ и тотъ, кто еще могъ быть спасенъ, т. е. ребенокъ.

Изъ числа родоразрѣшающихъ операций, при умѣренныхъ степеняхъ развитія рака, показуются при живомъ плодѣ щипцы, при мертвомъ — перфорация и краниоклазія. Но неблагопріятно при живомъ плодѣ извлеченіе за тазовой конецъ, почему, разумѣется, и нельзя рекомендовать въ этихъ случаяхъ поворота на тазовой конецъ, такъ какъ послѣдующая головка слишкомъ долго задерживается при ея прохожденіи черезъ раково-инфильтрированныя мягкія части.

По *Cohnstein*'у при этомъ заболѣваніи процентъ смертности матерей, умершихъ тотчасъ-же во время родовъ или уже въ послѣродовомъ періодѣ, равняется 57,1 проц., смертность дѣтей — 63,8 проц. Относительно смертности матерей мы, и въ будущемъ едва-ли будемъ въ состояніи достигнуть существенной разницы, но большая смертность дѣтей должна насъ поражать. Она зависитъ далеко не исключительно отъ осложненія родовъ ракомъ матки, а пожалуй больше всего до сихъ поръ — отъ нецѣлесообразности примѣнявшейся терапіи въ смыслѣ сохраненія жизни плода.

На основаніи сказаннаго, я позволю себѣ въ заключеніе еще разъ подчеркнуть, что при ракѣ матки, вслѣдствіе' большою частью летальнаго прогноза для матери, показуется возможно бережное отношеніе къ родовому каналу и спасеніе плода, каковыя оба показанія выполняются кесарскимъ сѣченіемъ.

Теперь мы переходимъ къ нѣкоторымъ рѣдкимъ пре-

пятствіямъ для родового акта, обусловливаемымъ инородными тѣлами и паразитами.

*Lithopädion* (который мы причисляемъ, не надѣясь встрѣтить возраженія, къ инороднымъ тѣламъ) въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ, помѣщаясь послѣ внѣматочной беременности въ *Douglas'*овомъ пространствѣ, при слѣдующей маточной беременности составлялъ препятствіе для родовъ.

Камни мочевого пузыря также могутъ наблюдаться во время беременности и *sub partu*, какъ это видно изъ сопоставленія 29 случаевъ (*Winckel*).

Въ семи изъ собранныхъ случаевъ роды, хотя окончились произвольно, но съ тяжелыми поврежденіями *septi vesicovaginalis*. Въ восьми случаяхъ произведено оперативное родоразрѣшеніе черезъ естественный путь. Вправленіе камня, о которомъ прежде всего можно-бы подумать, удалось только въ одномъ изъ этихъ случаевъ. Одинъ разъ камень, послѣ протиранія пузырно-влагалищной перегородки, былъ изгнанъ впереди головки, и въ семи случаяхъ были произведены во время родовъ хирургическія операціи, обычно употребляемыя для удаленія камней. Остальные пять случаевъ были наблюдаемы во время беременности.

Этою небольшою статистикою намѣченъ и тотъ путь, по которому мы должны будемъ идти въ подобномъ случаѣ. Самый лучшій и самый радикальный путь есть несомнѣнно удаленіе камня. При мягкихъ камняхъ должна быть примѣняема литотрипсія въ одинъ сеансъ (или литолапаксія, какъ ее теперь называютъ) съ немедленнымъ вымываніемъ обломковъ; въ другихъ-же случаяхъ влагалищная литотомія лучше всего устранить препятствіе. Она состоитъ въ срединномъ разрѣзѣ *septi vesicovaginalis* съ зашиваніемъ дефекта, производимымъ тотчасъ же, или непосредственно по окончаніи родовъ.

Какъ камни и, вообще, инородныя тѣла мочевого пузыря, точно также и таковыя мочеиспускательнаго канала могутъ составлять препятствіе для родовъ. Терапія ихъ та же, что и пузырныхъ камней.

Относительно распознаванія пузырныхъ и уретраль-



ныхъ камней я хотѣлъ бы указать на то, что при лежащихъ впереди влагалища или матки опухоляхъ никогда не слѣдуетъ опускать изслѣдованія мочевого пузыря зондомъ или металлическимъ катетромъ.

Мѣшки эхинококковъ въ тазу, какъ препятствіе для родовъ, отмѣчены въ литературѣ въ 10 случаяхъ. Мѣшки помѣщались большею частью сзади, въ рыхлой подбрюшинной клѣтчаткѣ *Douglas'*ова пространства, и только въ одномъ случаѣ — спереди, между мочевымъ пузыремъ и маткой. Въ наблюдавшихся случаяхъ они представляли весьма значительную резистентность, отчасти вслѣдствіе напряженія стѣнки мѣшка, а во время родовъ и вслѣдствіе давленія со стороны опустившейся части плода. Ни разу не удавалось получить флюктуацию, такъ что у кровати роженицы ихъ обыкновенно принимали за плотныя опухоли.

Такъ какъ здѣсь о вправленіи нельзя думать, то эти опухоли становятся абсолютнымъ препятствіемъ для родовъ, закладывая совершенно входъ въ тазъ. Распознаваніе можетъ быть сдѣлано лишь на основаніи пункціи *per vaginam*, каковая операція въ то же время устраняетъ и само препятствіе.

Наконецъ, и каловыя массы въ прямой кишкѣ, какъ извѣстно, могутъ обусловливать препятствіе для родовъ.

Мы видимъ такимъ образомъ, что опухоли самаго разнообразнаго характера могутъ мѣшать или препятствовать родамъ.

На практикѣ, именно вслѣдствіе большого разнообразія опухолей, которыя мы должны имѣть въ виду, далѣе — вслѣдствіе обыкновенно не терпящихъ отлагательства условій во время родовъ, представляются величайшія затрудненія въ особенности относительно дифференціального распознаванія. Поэтому всего лучше, при существованіи въ тазу опухоли, разрѣшить у кровати роженицы по порядку слѣдующіе важныя въ терапевтическомъ отношеніи вопросы:

1) Вправима-ли опухоль? Отвѣтъ на этотъ вопросъ дается осторожно производимой попыткой вправленія.

2) Можетъ-ли она быть уменьшена? Уменьшеніе сводится здѣсь почти исключительно на пункцію при несомнѣнно или предположительно жидкомъ содержимомъ. Пункція должна быть производима съ соблюденіемъ антисептическихъ предосторожностей всегда *per vaginam* и никогда *per rectum*. Наблюдались непріятныя послѣдствія послѣ пункціи плотныхъ новообразованій, напр., міомъ, вслѣдствіе ихъ рознаго распадаенія опухоли. Но при строгой антисептикѣ такого исхода можно не опасаться.

3. Можетъ-ли опухоль быть экстирпирована или, вообще, удалена? Мы раньше указали на тѣ случаи, гдѣ можно рассчитывать на такого рода устраненіе препятствія.

4. Наконецъ, послѣдній вопросъ будетъ касаться того, какой способъ родоразрѣшенія долженъ быть примѣненъ при той случайности, если на предыдущіе три вопроса былъ полученъ отрицательный отвѣтъ.

Способъ родоразрѣшенія, на основаніи общихъ оперативно-акушерскихъ принциповъ, будетъ сообразоваться со степенью пространственнаго несоотвѣтствія, обусловливаемого присутствіемъ опухоли, принимая во вниманіе ея величину, положеніе, сжимаемость, съ одной стороны, и величину плода, съ другой.

Легко понять, что самое благопріятное предсказаніе во время родовъ получается послѣ вправленія и, во-вторыхъ—послѣ пункціи, почему мы должны предложить себѣ у кровати роженицы относящіяся сюда вопросы прежде всего. По *Playfair*'у и *Jetter*'у изъ 28 женщинъ послѣ вправленія яичниковыхъ опухолей умерли три, изъ 25 послѣ пункціи — пять. Но эти смертельные исходы касаются запущенныхъ случаевъ родовъ, въ которыхъ, кромѣ того, вслѣдствіе болѣе плотнаго или густаго содержимаго, послѣ пункціи не наступило соотвѣтственнаго уменьшенія опухоли.

При пароваріальныхъ кистахъ пункціей достигается даже радикальное излеченіе вслѣдствіе заустѣнія. При очень густомъ содержимомъ кисты былъ-бы умѣстенъ соотвѣтственный разрѣзъ черезъ стѣнку влагалища и кисты для опорожненія содержимаго.

Опухоли таза, т. е. исходящія изъ стѣнокъ костнаго таза и растущія въ тазовой каналъ опухоли, каковы энхондрома, остеома, разлитая мозоль послѣ переломовъ, ракъ, фиброма, саркома, должны быть оцѣниваемы во время родовъ съ точки зрѣнія обуславливаемого ими пространственнаго несоотвѣтствія.

Терапія причиненныхъ заболѣваніями костей пространственныхъ несоотвѣтствій должна находить свое изложеніе въ отдѣльныхъ главахъ объ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ, о щипцахъ, краниотоміи и кесарскомъ сѣченіи.

### 3. Подготовительныя операціи, имѣющія цѣлью устраненіе препятствій для родовъ со стороны плоднаго яйца.

Препятствія для родовъ со стороны плоднаго яйца раздѣляются, естественно, на таковыя со стороны плода и со стороны его придатковъ.

Обращаясь прежде всего къ препятствіямъ для родовъ со стороны плода, мы должны-бы остановиться на чрезмѣрномъ развитіи всего плода. Значеніе этой аномаліи для родового акта идентично съ значеніемъ пространственнаго несоотвѣтствія при узкомъ тазѣ и нормальномъ развитіи плода. При устраненіи обусловленнаго такимъ образомъ пространственнаго несоотвѣтствія дѣло будетъ идти частью о произвольномъ преодолѣніи его силами природы, частью о наложеніи щипцовъ, о поворотѣ или перфорациі.

Увеличеніе отдѣльныхъ частей плода также можетъ вести къ препятствіямъ для родовъ и въ той или иной формѣ наблюдается не очень уже рѣдко. На первомъ планѣ здѣсь должно быть поставлено патологическое увеличеніе черепа вслѣдствіе такъ называемой головной водянки (*hydrocephalus*), леченіе которой, если таковое потребуется, должно состоять въ пункціи; далѣе, въ качествѣ препятствія для родовъ, наблюдаются

увеличенія объема живота. Здѣсь могутъ быть: асцитъ, переполненіе мочевого пузыря, кисты почекъ, новообразованія брюшныхъ внутренностей, и въ особенности почекъ, печени, селезенки или остающихся въ брюшной полости яичекъ.

Значительныя увеличенія объема живота, какъ *Ahlfeld* это нашель въ одномъ случаѣ, до 50½ см. окружности, обусловливаются также растяженіемъ мочеточниковъ. *Sänger* и *Klopp* при окружности живота въ 49 см., какъ причину такого увеличенія объема, нашли въ брюшной полости пять кистъ, которыя при анатомическомъ изслѣдованіи оказались частью такъ называемыми кишечными кистами, развившимися вслѣдствіе фѣтальнаго перитонита съ отшнурованіемъ или образованіемъ дивертикуловъ въ отдѣльныхъ участкахъ кишекъ, частью фѣтальной водяной желчнаго пузыря, частью кистами желчныхъ протоковъ. Далѣе роды могутъ затрудняться врожденными крестцовыми опухолями, какъ напр. въ случаяхъ *Preuss'a* и *Ahlfeld'a* и которыя *Ahlfeld* признаеть исходящими отъ втораго, недоразвитаго плода.

Рѣже наблюдаются, въ качествѣ препятствій для родовъ, отекъ кожи, elephantiasis, новообразованія самаго различнаго характера въ области шеи, грудной клѣткѣ и на брюшныхъ покровахъ.

Относительно всѣхъ этихъ случаевъ увеличенія отдѣльныхъ частей плода должно замѣтить, что, благодаря имъ въ большинствѣ случаевъ является только затрудненіе при прохожденіи соотвѣтственной увеличенной части, и лишь рѣдко наступаетъ такое препятствіе для родоразрѣшенія, которое дѣлаеть необходимымъ иное вмѣшательство искусства, кромѣ извлеченія. Должно однако рѣшительно предостеречь отъ примѣненія въ подобномъ случаѣ форсированнаго, грубаго насилія съ цѣлью преодолѣть имѣющееся препятствіе.

Терапія при болѣе серьезныхъ затрудненіяхъ, обусловливаемыхъ увеличеніемъ отдѣльныхъ частей плода, должна будетъ заключаться при жидкомъ содержимомъ опухоли въ пункции, при плотныхъ-же опухоляхъ — въ эксцентераціи соотвѣтственной полости тѣла.

Сравнительно часто встрѣчаются препятствія для родовъ со стороны плода вслѣдствіе аномалій членорасположенія его.

Мы здѣсь оставимъ въ сторонѣ извѣстные виды неправильнаго членорасположенія, — какъ лицевыя или лобныя положенія, выпаденіе верхней конечности при поперечномъ положеніи, нисхожденіе одной или обѣихъ нижнихъ конечностей при тазовомъ положеніи, — которые, будутъ рассмотрѣны въ другихъ главахъ. Мы можемъ также, говоря о препятствіяхъ для родовъ, обойти выпаденіе верхней конечности при тазовомъ положеніи, такъ какъ подобнымъ неправильнымъ членорасположеніемъ при незначительномъ объемѣ тазоваго конца, никогда не создается препятствія для родовъ. Акушерскій интересъ имѣетъ только выпаденіе верхней или нижней конечности возлѣ головки.

Этотъ видъ неправильнаго членорасположенія, исключительно съ механической точки зрѣнія затрудненія родовъ, долженъ быть оцѣниваемъ такъ-же, какъ мы должны оцѣнивать суженіе таза въ смыслѣ механическаго препятствія для прохожденія черепа. А именно, выпавшая ручка требуетъ для себя въ тазу извѣстнаго пространства, которое теряется для вступающей головки. Но въ дѣйствительности не въ каждомъ случаѣ изъ выпаденія верхней или нижней конечности возлѣ головки обязательно должно проистекать препятствіе для родовъ. У кровати роженицы скорѣе дѣло идетъ о томъ, чтобы индивидуализировать каждый отдѣльный случай. Слѣдуетъ принимать въ расчетъ размѣры таза, величину и плотность головки, имѣющуюся силу сокращеній матки, и мы очень часто будемъ приходить къ тому заключенію, что въ томъ или другомъ случаѣ одновременное вступленіе конечности возлѣ головки безразлично, такъ какъ головка не выполняетъ собою всего имѣющагося пространства.

Въ такомъ случаѣ всякое вмѣшательство съ нашей стороны будетъ излишнимъ, и роды протекуть произвольно. Если-же мы, оцѣнивъ всѣ побочныя обстоятельства даннаго случая, придемъ къ тому результату, что выпавшая ручка дѣйствительно можетъ причинить препятствіе

или, по меньшей мѣрѣ, затрудненіе для родовъ, то намъ будетъ предстоять задача—устранить препятствіе, и мы этого достигаемъ посредствомъ вправленія выпавшей конечности.

Относительно вправленія выпавшей возлѣ головки конечности мы должны различать выпаденіе верхней и выпаденіе нижней конечности.

Если выпала верхняя конечность возлѣ головки, а послѣдняя стоитъ еще высоко и подвижна, то часто удается вызвать произвольное вправленіе конечности, давая роженицѣ боковое положеніе, и притомъ на боку, противоположномъ сторонѣ выпаденію. Если такимъ простымъ приѣмомъ не удастся устранить послѣднее, то конечность искусственно продвигается туда, гдѣ она должна находиться нормально, — это и называется вправленіемъ.

Оно производится, въ положеніи роженицы съ нѣсколько приподнятымъ тазомъ, рукою, соотвѣтствующею той сторонѣ матери, на которой выпала конечность, и заключается просто въ томъ, что вся рука вводится во влагалище, конечность захватывается двумя или нѣсколькими пальцами и продвигается вверхъ по передней поверхности грудной клѣтки. При этомъ должно лишь помнить, что можно передвигать конечность только по направленію сгибаемыхъ поверхностей суставовъ. Когда конечность приведена въ свое нормальное положеніе, женщину кладутъ на бокъ, противоположный сторонѣ выпаденія, и затѣмъ медленно выводятъ обратно оперировавшую руку, въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ повторно контролируютъ и оставляютъ роженицу до тѣхъ поръ въ боковомъ положеніи, пока головка не фиксируется въ тазу.

Если вправленіе не удалось, что большею частью случается при выпаденіи обѣихъ верхнихъ конечностей, а при выпаденіи одной не рѣдко наблюдается при одновременно существующемъ суженіи таза, то мы лучше всего избѣгнемъ опасности грозящаго пространственнаго несоотвѣтствія, если произведемъ поворотъ плода на ножку.

Если мы при выпаденіи верхней конечности находимъ головку уже фиксированною въ полости таза, и боли при этомъ сильны, то пока въ теченіе нѣкотораго

времени можно выждать дальнѣйшаго хода родовъ. Если-бы потуги не были въ состояніи сами преодолѣть обусловленнаго выпаденіемъ препятствія, то должно наложить щипцы по общимъ правиламъ ихъ наложенія, лишь съ тою предосторожностью, чтобы не захватить въ щипцы и выпавшую ручку.

О перфорациі едва-ли когда можетъ быть рѣчь только ради одного выпаденія конечности; при одновременномъ-же существованіи суженія таза она, понятно, можетъ быть показана.

Если нижняя конечность одна или одновременно съ верхнею выпадаетъ возлѣ головки, то всегда имѣется довольно высокая степень косвеннаго положенія плода. Очень часто такое явленіе наблюдается при очень маленькихъ, мертвыхъ и мацерированныхъ плодахъ и при такихъ обстоятельствахъ не требуетъ никакого вмѣшательства съ нашей стороны. Если-же выпадаетъ нижняя конечность возлѣ головки живого и жизнеспособнаго плода, то показуется поворотъ, который при этомъ большею частью и легко удается, такъ какъ мы пользуемся для поворачиванія плода именно выпавшею уже ножкою. Только изрѣдка, послѣ достаточно глубокаго низведенія нижней конечности головка все еще медлитъ своимъ отхожденіемъ; тогда поворотъ долженъ быть оконченъ помощью такъ называемаго двойнаго приема, имѣющаго быть описаннымъ ниже.

Аномаліи положенія плода, какъ препятствія для родовъ, будутъ изложены въ главѣ о поворотѣ.

Иногда наблюдается еще препятствіе для родовъ при двойняхъ, и при томъ при раздѣльныхъ двойняхъ, когда обѣ головки одновременно вступаютъ въ тазъ. При этомъ можетъ произойти такой случай, что первый плодъ въ головномъ положеніи достигъ тазоваго дна, но одновременно головка втораго плода опустилась въ полость таза и легла возлѣ шеи перваго. Или же первый плодъ находится въ тазовомъ положеніи, ягодицы и часть туловища проходятъ безпрепятственно; при прохожденіи верхней части туловища и послѣдующей головки замѣчается препятствіе, причиною котораго оказывается головка

второго плода, которая опять-таки, расположившись возлѣ шейки перваго, вступила въ полость таза раньше его головки и теперь мѣшаетъ находящемуся въ тазовомъ положеніи плоду родиться окончательно (фиг. 3.).

Фиг. 3.



Наша помощь въ случаяхъ перваго рода относительно проста и даетъ благопріятные результаты. Во многихъ изъ этихъ случаевъ, когда оба черепа двойней одновременно вступили въ полость таза, они и рождаются произвольно. Если-же этого не происходитъ, то черепъ перваго плода извлекаютъ щипцами, тогда черепъ втораго родится произвольно или также можетъ быть извлеченъ.

Препятствіе для родовъ при двойняхъ, вслѣдствіе вступленія головки втораго плода раньше головки перваго, находящагося въ тазовомъ положеніи.

Гораздо хуже прогнозъ, когда прохожденію перваго плода въ тазовомъ положеніи препятствуетъ преждевременное вступленіе въ полость таза черепа втораго плода.

При такихъ условіяхъ, чтобы сдѣлать возможнымъ извлеченіе черепа плода, находящагося въ тазовомъ положеніи, предварительно должно быть устранено препятствіе, т. е. черепъ втораго плода, помощью щипцовъ, послѣ чего черепъ перваго плода во всякомъ случаѣ слѣдуетъ легко, но ребенокъ почти всегда, какъ это и понятно, оказывается уже умершимъ.

Наконецъ, двойныя уродства могутъ составлять препятствія для родовъ весьма серьезнаго свойства.



Для отдѣльнаго врача даже при большомъ матеріалѣ рѣдкое событіе — наблюдать роды при двойномъ уродствѣ. Поэтому на основаніи значительнаго собственнаго опыта именно въ этой главѣ мы никогда не можемъ установить правилъ, имѣющихъ практическую основу, но мы въ состояніи приобрести вѣрный взглядъ на руководящія въ данномъ случаѣ обстоятельства, только изучая всю относящуюся сюда литературу. Послѣ того какъ въ свое время *Hohl*, а въ ближайшемъ прошломъ *Gustav Veit* взяли на себя трудъ собрать изъ литературы всѣ наблюдавшіеся случаи и расположить ихъ въ извѣстномъ порядкѣ, сообразно практическимъ требованіямъ у кровати роженицы, мы намѣрены отчасти слѣдовать здѣсь этимъ обоимъ работамъ, особенно-же послѣдней изъ нихъ.

*Veit*, исходя изъ акушерской точки зрѣнія, дѣлитъ всѣ двойныя уродства на три группы.

Въ первой группѣ этихъ случаевъ мы находимъ увеличеніе объема или всего тѣла, или отдѣльныхъ его частей. Къ этой группѣ принадлежатъ *diprosopus*, *kerhalothoracopagus* и *dipygus*.

У *diprosopus*'а (фиг. 4) мы находимъ удвоеніе перед-

Фиг. 4.

Фиг. 5.

Фиг. 6.



*Diprosopus*.

*Kerhalothoracopagus*.

*Dipygus*.

ней окружности черепа и вслѣдствіе этого увеличеніе всей головы; у *kerhalothoracopagus*'а (фиг. 5.) — удвоеніе не только черепа, но и туловища, такъ что оба сросшіеся между собою черепа и туловища вмѣстѣ имѣютъ,

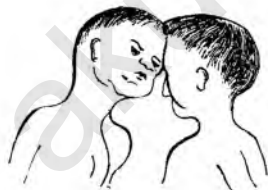
естественно, большій объемъ. У *diryugus*'a (фиг. 6) мы находимъ удвоеніе тазового конца.

Относительно родовъ для этихъ трехъ видовъ двойныхъ уродствъ имѣетъ значеніе, слѣдовательно, обусловленное удвоеніемъ увеличеніе объема головы, туловища или ягодицъ, такъ что при наступающемъ затрудненіи въ родахъ у *diprosopus*'a могутъ потребоваться щипцы или перфорация, у *kephalothoracosragus*'a при головномъ положеніи—щипцы и затѣмъ извлеченіе или уменьшеніе туловища, тогда какъ у *diryugus*'a должны быть низведены всѣ конечности, если плодъ предлежитъ тазовымъ концомъ, съ тою цѣлью, чтобы и безъ того удвоенныя ягодицы не увеличивались еще въ объемѣ лежащими возлѣ нихъ нижними конечностями; при предлежащей головкѣ у *diryugus*'a не является никакого препятствія.

Ко второй группѣ двойныхъ уродствъ принадлежатъ тѣ изъ нихъ, въ которыхъ два плода сращены между собою только однимъ или другимъ концомъ тѣла и поэтому во время родовъ могутъ устанавливаться своими длинными осями болѣе или менѣе по одной прямой линіи. Къ этой группѣ принадлежатъ *kranioragus*, *ischioragus* и *rugoragus*.

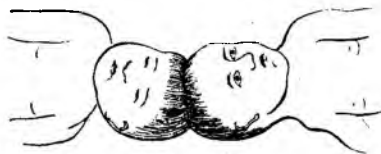
У *kranioragus*'a оба плода представляются слившимися между собою лбами (фиг. 7) или затылками, и тогда

Фиг. 7.



лбомъ

Фиг. 8.

Краніорagus  
сращенный

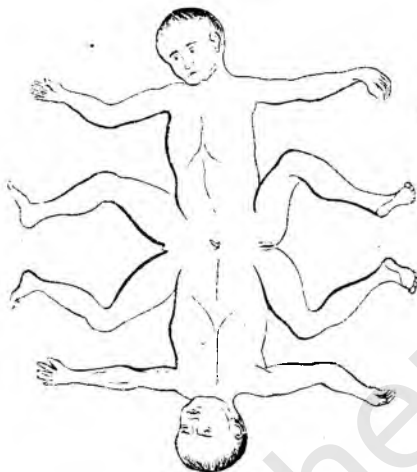
теменемъ

обѣ плодныхъ оси перекрещиваются подъ прямымъ или острымъ угломъ; или же сращеніе обоихъ плодовъ происходитъ въ области темени (фиг. 8), — и тогда ихъ длинныя оси дѣйствительно могутъ быть приведены въ одну прямую линію.

У *ischioragus*'а (фиг. 9) оба плода сращены своими тазовыми концами и образуютъ собою опять прямую линію.

У *rugoragus*'а (фиг. 10) сращеніе происходитъ въ области крестца или копчика, при чемъ оба плода стоятъ своими осями подъ острымъ угломъ другъ къ другу.

Фиг. 9.



*Ischiopagus.*

Фиг. 10.



*Rugopagus.*

Если теперь одно изъ относящихся къ этой группѣ двойныхъ уродствъ установится къ родамъ однихъ изъ двухъ несращенныхъ своихъ концовъ, то роды происходятъ произвольно или при помощи умѣреннаго влеченія за родившіяся уже части тѣла плода. Такимъ образомъ у *cranioragus*'а роды окончатся произвольно при тазовомъ положеніи, у *ischio-* и *rugoragus*'а — при головномъ положеніи; умѣренное замедленіе въ теченіи родовъ въ этихъ случаяхъ наступитъ у сращеннаго лбами или затылками *cranioragus*'а во время прохожденія головокъ, равно какъ у *rugoragus*'а — при прохожденіи сращенныхъ тазовыхъ концовъ, вслѣдствіе положенія обѣихъ плодныхъ осей подъ угломъ другъ къ другу; потягиваніемъ, впрочемъ, подобное замедленіе легко можетъ быть устранено.

Однако, если при одномъ изъ принадлежащихъ къ занимающей насъ теперь группѣ двойныхъ уродствъ бу-

дутъ подлежать оба сращенные между собою конца тѣла, то могутъ наступить весьма серьезныя препятствія для родовъ; таковы, слѣдовательно, головныя положенія при kranioragus'ѣ, тазовыя положенія у ischio- и rugoragus'a. Но подобные случаи при kranioragus'ѣ и ischiopagus'ѣ не имѣютъ значенія хотя-бы потому, что они на практикѣ до сихъ поръ никогда не наблюдались, да, пожалуй, и не легко могутъ быть наблюдаемы, такъ какъ оба срощенные между собою концы обладаютъ такимъ объемомъ, что естественно могутъ помѣститься только въ днѣ матки.

У rugoragus'a же тазовыя положенія наблюдались, но, если была принята предосторожность — низвести все четыре ноги, они обра-

Фиг. 11.



Dicerphalus dibrachius.

зуютъ препятствіе лишь при освобожденіи ручекъ и при прохожденіи обѣихъ послѣдующихъ головокъ. Последнія должны быть выведены одна послѣ другой обычными ручными приемами.

Къ третьей группѣ двойныхъ уродствъ *Veit* причисляетъ тѣ, которыя проявляютъ большую или меньшую сдвигаемость отдѣльныхъ тѣлъ или частей тѣла другъ возлѣ друга. Сюда принадлежатъ dicerphalus во всѣхъ своихъ разнообразно-

стяхъ, далѣе — thoracopagus и хурhoropagus.

Dicerphalus dibrachius представляетъ собою плодъ, къ туловищу котораго прикрѣпляются двѣ шеи съ двумя

головами. Если здѣсь при головномъ положеніи вступаетъ въ тазъ одна голова и затѣмъ произвольно или при помощи искусства рождается наружу, то при очень малой величинѣ плода туловище его и, наконецъ, вторая голова могутъ родиться произвольно съ механизмомъ самоизворота. При нѣскольکو большихъ плодахъ должно будетъ ускорить самоизворотъ помощью эмбриотоміи.

На практикѣ подобный случай представляется въ слѣдующемъ видѣ: мы находимъ въ тазу головку, прохожденіе которой замедляется; ее извлекаютъ щипцами, но уже во время тракцій, а еще больше—послѣ ея извлечения, она проявляетъ наклонность уйти обратно въ полость таза. Тогда изслѣдованіе всей рукою обнаруживаетъ присутствіе второй головки, отклонившейся вправо или влево отъ входа въ тазъ, и связанной съ туловищемъ извлеченной уже головки. Слѣдовательно, препятствіе для полного извлечения плода въ подобномъ случаѣ заключается въ поперечномъ положеніи находящагося еще въ полости матки плода. Здѣсь можно поступить двояко.

Можно сдѣлать выполнимымъ поворотъ, отрѣзая родившуюся уже головку, такъ какъ она фиксируетъ плечо въ тазу и этимъ до извѣстной степени искусственно дѣлаетъ поперечное положеніе запущеннымъ. Если же послѣ отдѣленія родившейся головки оставшійся плодъ въ поперечномъ положеніи все-таки окажется не достаточно подвижнымъ, чтобы допустить производство поворота безъ опасности для матери, то придется прибѣгнуть къ декапитации и второй головки, или къ эксцентераціи.

Если въ подобномъ случаѣ двуголоваго плода послѣдній очень малъ, то можетъ произойти то, что послѣ рожденія первой головки вторую находятъ уже въ тазу. Въ такомъ случаѣ роды или совершаются произвольно, или могутъ быть окончены посредствомъ извлечения второй головки щипцами.

Если, далѣе, послѣ рожденія первой головки вторая оказывается лишь очень мало отклонившеюся отъ входа, то ей можно облегчить вступленіе въ тазъ тѣмъ, что декапитируютъ первую головку. Тогда плечи отходятъ сами собою и уступаютъ мѣсто въ тазу второй головкѣ.

Гораздо меньше затруднений представляют эти дву-головые плоды, если они устанавливаются к родам своим тазовым концом. Лишь при вступлении обих последующих головок является препятствие, которое устраняют таким образом, что сначала низводят ближе-лежащую головку, после чего вторая обыкновенно слѣдует влечению за плечики.

Подобнымъ-же образомъ, какъ при *dicerphalus dibrachius*, протекаютъ роды и при болѣе высокихъ степеняхъ удвоения, которыя намъ извѣстны какъ *dicerphalus tribrachius* (фиг. 12), или какъ *dicerphalus tripus dibrachius* или *tribrachius*, а также при высшей степени дицефалии — *dicerphalus quadribrachius* (фиг. 13).

Фиг. 12.



*Dicerphalus tribrachius.*

Фиг. 13.



*Dicerphalus quadribrachius.*

Вслѣдствие большей подвижности и удаляемости другъ отъ друга обихъ головокъ, первая изъ нихъ легко проходитъ здѣсь черезъ тазъ, а прохожденіе второй совершается или такимъ путемъ, что она вдавливаются въ животъ плода, или-же бываетъ нужно произвести поворотъ на ножки.

Послѣднее преимущественно необходимо при *dicerphalus quadribrachius*, который, слѣдовательно, какъ мы это сейчасъ увидимъ, относительно терапии мало чѣмъ отличается отъ *thoracopagus*'а. Если при *dicerphalus tripus*

предлежит тазовой конецъ, то должно низвести всѣ три ноги. Прохождение обѣихъ раздѣленныхъ головокъ путемъ влеченія снизу совершается здѣсь, вслѣдствіе большаго разстоянія между ними, легче, чѣмъ при *dicerphalus dibrachius*.

*Tricerphalus* до сихъ поръ извѣстенъ въ литературѣ только въ одномъ случаѣ. При такомъ уродствѣ, если имѣется головное положеніе, должна быть произведена декапитация первой извлеченной головки, а затѣмъ случай долженъ быть веденъ, какъ *dicerphalus*, по указаннымъ уже правиламъ.

*Thoracopagus* (фиг. 14) заключается въ сращеніи двойней обѣими грудными клѣтками. Этотъ видъ двойного уродства, повидимому, самый частый.

Фиг. 14.



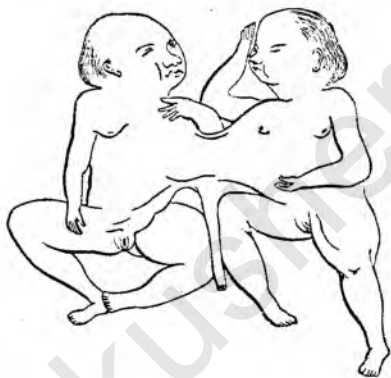
*Thoracopagus.*

Лучше всего роды происходятъ здѣсь въ тазовомъ положеніи, при чемъ должны быть низводимы всѣ четыре ноги. Но дѣло можетъ дойти и до эвисцерации по причинѣ большаго объема обоихъ туловищъ. Если же оба плода находятся въ головномъ положеніи, и обѣ головки стремятся одновременно вступить въ тазъ, но такъ, что одна другой мѣшаетъ въ этомъ, то стараются одну головку отодвинуть и

тѣмъ освободить мѣсто для второй; или, если это не удастся, дѣлаютъ поворотъ на всѣ четыре ножки. Но если бы и поворотъ оказался невыполнимымъ, по причинѣ уже далеко зашедшей фиксаціи обѣихъ предлежащихъ во входѣ головокъ, тогда перфорация одной изъ нихъ, вѣроятно, дастъ достаточно пространства для прохождения обѣихъ вмѣстѣ.

Если при *thoracopagus*'ѣ вступаетъ въ полость таза одна только головка, то обыкновенно легко удаётся извлечь ее щипцами. Если послѣ этой операціи и вторая головка оказывается въ тазу, то и ее извлекають щипцами; если-же вторая головка будетъ найдена отклонившеюся отъ тазоваго входа въ сторону, тогда, не долго медля, придется произвести поворотъ второго плода на ножки. Плоды расположены тогда другъ къ другу подъ угломъ, приближающемся болѣе или менѣе къ прямому и ножки второго плода находятся при этомъ много ближе ко входу въ тазъ и потому легче достижимы. Когда онѣ низведены, то за ними обыкновенно легко слѣдуетъ и тазовой конецъ уже на половину рожденнаго плода.

Фиг. 15.



Xiphopagus.

У *xiphopagus*'а (фиг. 15) мы находимъ, что оба плода соединены между собою только при посредствѣ мечевидныхъ отростковъ или развившихся здѣсь фиброзныхъ перемычекъ, длиною отъ 1-го до 3-хъ дюймовъ.

Это двойное уродство отличается большою подвижностью обоихъ сросшихся двойней относительно другъ друга, и притомъ такъ, что одинъ изъ нихъ можетъ родиться въ головномъ положе-

ніи, а другой — въ тазовомъ, какъ это было наблюдаемо у извѣстныхъ сіамскихъ близнецовъ. Когда первый плодъ здѣсь родится отчасти, то можетъ оказаться необходимымъ поворотъ второго плода на ножки, на основаніи тѣхъ-же принциповъ, которые мы только что изложили относительно *thoracopagus*'а.

Указанныя нами правила веденія родовъ при двойныхъ уродствахъ примѣнимы, впрочемъ, лишь въ томъ случаѣ, если мы возможно скоро въ теченіи родовъ по-



лучаемъ вѣрное представленіе о видѣ двойного уродства. Легко понять, что нашъ образъ дѣйствія будетъ тѣмъ увѣреннѣе и цѣлесообразнѣе, чѣмъ полнѣе наше распознаваніе относительно вида двойного уродства.

Поэтому слѣдуетъ поставить себѣ за правило, при предлежаніи двухъ одноименныхъ концовъ тѣла во входѣ въ тазъ всегда думать о сращеніи двойней. Разъ подобное подозрѣніе возникло, то будетъ уже легко подтвердить его или опровергнуть, если войти для изслѣдованія цѣлой рукою, что впрочемъ, въ случаѣ замедленнаго вступленія одной изъ двухъ лежащихъ частей, и безъ того часто будетъ необходимо—для низведенія ножки.

Если при двойняхъ первый плодъ находится въ поперечномъ положеніи, что, какъ извѣстно, встрѣчается крайне рѣдко (по *Braun* у въ 1% всѣхъ случаевъ), то, вводя руку ради производства поворота, должно въ то-же время воспользоваться этимъ для рѣшенія вопроса, имѣемъ-ли мы дѣло съ раздѣльными или со сращенными двойнями.

Въ случаѣ болѣе затруднительнаго изслѣдованія бываетъ достаточно получить прежде всего представленіе о степени удвоенія лежащей части. Важное значеніе для діагноза степени удвоенія будетъ имѣть число конечностей, соответствующихъ данному концу тѣла плода, такъ какъ опытъ намъ показываетъ, что число конечностей идетъ параллельно со степенью удвоенія на обоихъ концахъ туловища.

Сращеніе двойней можетъ быть исключено съ увѣренностью, если при предлежаніи двухъ тазовыхъ концовъ удастся при изслѣдованіи доказать различіе половъ.

Такъ-же вѣрно могутъ быть диагностированы раздѣльныя двойни, если мы находимъ лежащими два плодныхъ пузыря, или-же одинъ конецъ тѣла опредѣляется непосредственно, а другой оказывается покрытымъ плоднымъ пузырёмъ.

---

На практикѣ теченіе и терапія родовъ при этихъ двойныхъ уродствахъ складываются своеобразно въ силу

того, что врача приглашаютъ большею частью уже тогда, когда препятствіе для родовъ стало очевиднымъ. Съ другой стороны, и призванный врачъ, вслѣдствіе большой рѣдкости занимающихъ насъ случаевъ, очень часто только тогда нападаетъ на мысль о сращеніи двойней, когда примененная имъ сначала терапия для преодоленія имѣющагося препятствія не приводитъ къ цѣли, или если онъ наталкивается на препятствія, для которыхъ онъ не можетъ найти основанія въ существующихъ обыкновенныхъ условіяхъ. Поэтому намъ необходимо, имѣя въ виду встрѣчающіяся на практикѣ именно при двойныхъ уродствахъ затрудненія подобнаго рода, изложить эти случаи такъ, какъ они на самомъ дѣлѣ представляются врачу, особенно въ такое время, когда роды уже болѣе или менѣе подвинулись впередъ, и мысль о двойномъ уродствѣ возникла у него лишь вслѣдствіе ненормальнаго ихъ теченія; затѣмъ мы укажемъ ему путь, по которому должна идти терапия въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, принимая во вниманіе руководящія у кровати роженицы практическія принципы, вытекающіе изъ всѣхъ собранныхъ въ литературѣ случаевъ.

Мы прежде всего должны отличать двѣ главныхъ группы подобныхъ случаевъ. Къ первой группѣ относятся всѣ тѣ случаи, гдѣ плодъ предлежитъ головкой; ко второй—всѣ тѣ, гдѣ онъ устанавливается къ родамъ тазовымъ концомъ. Въ каждой изъ этихъ группъ, въ свою очередь, можетъ задержаться только одна изъ двухъ крупныхъ частей, или обѣ одновременно—во входѣ въ тазъ, въ его полости или даже послѣ выхода изъ наружныхъ половыхъ частей матери.

Предположимъ сначала такой случай, что предлежитъ только одна головка, и что она уже задерживается во входѣ въ тазъ; при этомъ, если вообще имѣется двойное уродство, можетъ быть рѣчь или о *diprosopus*'ѣ, или о *kerhalothorocosopagus*'ѣ.

(Если-бы во входѣ въ тазъ предлежалъ головкою *kranioragus*, то онъ уже тамъ встрѣтилъ-бы препятствіе. Но мы можемъ не останавливаться на этомъ случаѣ, ибо таковой еще не наблюдался, а въ осталь-

номъ его терапія совпадала-бы съ терапіей обоихъ другихъ видовъ двойныхъ уродствъ.)

Главнымъ образомъ слѣдуетъ остерегаться при этомъ смѣшенія *diprosopus*'а съ гидроцефаликомъ; терапія тогда будетъ заключаться при подвижной головкѣ въ поворотѣ, а при фиксированной — въ преодоленіи препятствія въ тазовомъ входѣ помощью наложенія щипцовъ или посредствомъ перфорациі.

Если предлежитъ одна головка, и при этомъ она задерживается въ полости таза, то ее безъ особенныхъ затрудненій удастся вывести помощью щипцовъ. Когда такимъ образомъ головка проведена черезъ наружныя части матери, то она, какъ-бы подъ влияніемъ дѣйствующей изнутри силы, притягивается по направленію къ полости таза, и только теперь вниманіе врача обращается къ мысли о двойномъ уродствѣ.

Самое естественное побужденіе, являющееся въ подобномъ случаѣ, состоитъ въ томъ, чтобы усилить влеченіе за прорѣзавшуюся часть плода; если туловище слѣдуетъ влеченію за родившуюся головку, то, если имѣется въ данномъ случаѣ *dicerphalus dibrachius*, возлѣ туловища мы находимъ вторую головку, или, при еще болѣе значительной подвижности и удаляемости обѣихъ головокъ другъ отъ друга, какъ при *dicerphalus tripus*, вторая головка оказывается придавленной къ животу плода.

Второй случай можетъ быть таковъ, что туловище не слѣдуетъ влеченію за родившуюся головку. Тогда должно произвести изслѣдованіе всею рукою, причѣмъ или находятъ вторую головку въ полости таза — ее нужно извлечь щипцами, и при осмотрѣ родившагося плода окажется *dicerphalus dibrachius*, *thoracopagus* или *xiphopagus*, — или-же введенная для изслѣдованія рука находитъ вторую головку лишь мало уклонившеюся отъ тазового входа. Въ этихъ случаяхъ терапія должна будетъ заключаться въ декапитаціи первой, уже родившейся головки, съ тѣмъ чтобы послѣ отхожденія плеча вторая, мало отклонившаяся въ сторону головка могла вступить въ тазъ; ибо здѣсь идетъ дѣло о

*dicerphalus dibrachius*. Наконецъ, изслѣдующая рука можетъ найти вторую головку сильно отклонившеюся въ сторону. Не слѣдуетъ довольствоваться этимъ результатомъ, но должно провести руку еще выше и постараться констатировать границу разъединенія и число имѣющихся верхнихъ конечностей. Если разъединеніе простирается очень далеко, или если мы находимъ четыре верхнихъ конечности (что должно считаться равнозначнымъ), то дѣло идетъ о *thoracopagus*'ѣ или о *dicerphalus quadribrachius*, и поворотъ второго плода на ножки устраняетъ препятствіе и дѣлаетъ возможными роды. Если-же разъединеніе распространяется только на шеи, и мы находимъ лишь двѣ верхнихъ конечности, то имѣется опять *dicerphalus dibrachius*, и терапия тогда должна будетъ состоять или въ декапитациі родившейся головки съ послѣдующимъ поворотомъ, или, если послѣдній представляется уже невыполнимымъ, съ послѣдующей декапитацией второго плода или его эвисцерацией.

Наконецъ, даже при предлежаніи одной только головки, она можетъ произвольно пройти тазъ, а равно плечи съ грудной клѣткой могутъ также родиться до извѣстнаго предѣла. И тогда только наступаетъ препятствіе; при этомъ дѣло идетъ объ *ischioragus*'ѣ или *rugoragus*'ѣ.

Препятствіе легко можетъ быть преодолено посредствомъ влеченія за родившуюся уже часть плода; еще цѣлесообразнѣе въ подобномъ случаѣ войти рукою и изъ имѣющихся четырехъ конечностей низвести двѣ, если онѣ, быть можетъ, не выпали уже, съ тою цѣлью, чтобы вторыя ягодицы не были вынуждены вступать въ полость таза одновременно со всѣми четырьмя нижними конечностями.

Таковы, слѣдовательно, могутъ быть случаи, и такъ долженъ складываться нашъ образъ дѣйствія при различныхъ обстоятельствахъ, если устанавливается только одна головка при двойномъ уродствѣ.

Если-же предлежать одновременно обѣ головки, то онѣ прежде всего могутъ задержаться

уже во входѣ въ тазъ. Если онѣ подвижны надъ входомъ, то мы стараемся искусственно одну изъ нихъ фиксировать во входѣ, или удалить отъ входа и низвести вторую, что въ большинствѣ случаевъ удается благодаря примѣненію бокового положенія роженицы, или при помощи наружныхъ приѣмовъ. Если же это оказывается невозможнымъ, то долженъ быть произведенъ поворотъ, и при томъ на всѣ нижнія конечности, которыя будутъ найдены при одновременно производимомъ изслѣдованіи. Большею частью въ этихъ случаяхъ дѣло идетъ о *thoracopagus*'ѣ, и поворотъ долженъ быть производимъ на всѣ четыре нижнихъ конечности.

Если двѣ головки уже фиксированы во входѣ въ тазъ, то нечего больше думать о поворотѣ, препятствіе для вступленія плодовъ должно быть устранено прободеніемъ одного, рѣже обоихъ череповъ. И здѣсь послѣ родовъ мы находимъ *thoracopagus*'а.

Наконецъ, обѣ одновременно предлежація головки могутъ также одновременно вступить въ полость таза, и тогда мы ихъ находимъ лежащими въ тазу одна возлѣ другой, при чемъ во всякомъ случаѣ одна стоитъ нѣсколько глубже, другая нѣсколько выше. И здѣсь дѣло идетъ о *thoracopagus*'ѣ, рѣдко—о *dicerphalus*'ѣ, и роды при покойномъ выжиданіи идутъ дальше или произвольно, или они могутъ быть ускорены наложеніемъ щипцовъ, при чемъ сначала извлекаютъ ниже-стоящую а затѣмъ, если нужно, и вторую головку.

Если мы теперь съ той-же точки зрѣнія рассмотримъ, какимъ образомъ складываются обстоятельства на практикѣ, у кровати роженицы, при тазовыхъ положеніяхъ, то и здѣсь прежде всего могутъ предлежать только однѣ ягодицы во входѣ въ тазъ. Если эти однѣ ягодицы встрѣчаютъ препятствіе уже во входѣ, при чемъ для этого нельзя найти никакого основанія въ условіяхъ самаго таза, то дѣло идетъ о *dirugus tripus* или *dicerphalus tripus*. Препятствіе для вступленія ягодицъ заключается здѣсь въ негибаемости и въ своеобразно косомъ направленіи третьей нижней конечности. Терапія здѣсь будетъ состоять въ томъ, что

низводятъ всѣ три ножки, послѣ чего роды легко могутъ быть окончены. Если-же соотвѣтственно задержавшимся во входѣ, весьма объемистымъ ягодицамъ будутъ найдены четыре нижнихъ конечности, то дѣло идетъ о *rigoragus*'ѣ, и здѣсь опять-таки должны быть низведены всѣ четыре ножки.

Предположимъ, далѣе, такой случай, что предлежать однѣ ягодицы, что онѣ произвольно проходятъ весь тазъ и встрѣчаютъ препятствіе только тогда, когда онѣ уже прошли тазъ. Подобное явленіе указываетъ или на *spanioragus*'а, у котораго сращеніе имѣетъ мѣсто въ области лба или затылка, при чемъ послѣ рожденія перваго туловища прежде всего наступаетъ короткое замедленіе, которое впрочемъ быстро уступаетъ извлеченію, или-же на *dicephalus dibrachius*, *tribrachius* или *quadribrachius*. Препятствіе обусловливается тогда одновременнымъ вступленіемъ обѣихъ послѣдующихъ головокъ. Прежде всего освобождаютъ ручки и потомъ выводятъ сперва ближнюю головку, послѣ чего вторая слѣдуетъ влеченію за плечо.

Если-же мы теперь предположимъ такой случай, что во входѣ предлежать два совершенно отдѣльных другъ отъ друга тазовыхъ конца и тамъ находятъ препятствіе для своего дальнѣйшаго поступательнаго движенія, то во всякомъ случаѣ прежде всего должна возникнуть мысль о раздѣльныхъ двойняхъ, и поэтому сперва должна быть произведена попытка за двѣ принадлежащія одному плоду нижнія конечности провести одинъ плодъ возлѣ другого; лишь послѣ того, какъ это не удалось, мысль о двойномъ уродствѣ приобретаетъ болѣе прочное основаніе, и тогда лучше всего низвести всѣ четыре нижнихъ конечности. При этомъ дѣло идетъ или о *dirugus*'ѣ съ полнымъ удвоеніемъ нижняго конца тѣла, или о *thoracoragus*'ѣ или *xiphoragus*'ѣ.

Препятствіе для вступленія обоихъ тазовыхъ концовъ заключается здѣсь въ томъ, что нижнія конечности вполнѣ или отчасти прилежатъ къ животу и слишкомъ значительно увеличиваютъ объемъ обѣихъ ягодицъ. Посредствомъ выше предложеннаго низведенія всѣхъ четы-

рехъ конечностей это препятствіе устраняется, и становится возможнымъ вступленіе обоихъ тазовыхъ концовъ и ихъ прохожденіе черезъ тазовой каналъ.

Если оба тазовыхъ конца прошли черезъ тазъ, произвольно или при посредствѣ вышеуказанной помощи искусства, и если послѣ ихъ прохожденія является еще препятствіе, то дѣло идетъ или о двухъ только что упомянутыхъ видахъ двойнаго уродства, т. е. о *thoracopagus*'ѣ или *xiphopagus*'ѣ, или же о *diptygus tetragrachiis*. Препятствіе для прохожденія туловища заключается тогда въ его чрезмѣрномъ объемѣ и, если сильное влеченіе за родившіеся тазовые концы не приводитъ къ цѣли, должно быть устранено посредствомъ эксцентераціи.

Обѣ головки при *thoracopagus*'ѣ выводятся по описанному уже способу.

Въ заключеніе мы должны-бы были еще упомянуть о той случайности, когда во время производства поворота при поперечномъ положеніи плода убѣждаются въ присутствіи двойней, и притомъ сращенныхъ между собою. Тогда во всякомъ случаѣ должно будетъ произвести поворотъ не на двѣ, а на всѣ четыре или три нижнихъ конечности, за исключеніемъ того единственнаго случая, когда находятъ *craniopagus*. При этомъ поворотъ долженъ-бы быть производимъ только на двѣ, и притомъ принадлежащія одному плоду конечности.

Такимъ образомъ мы исчерпали терапію механическихъ препятствій со стороны плода и перейдемъ теперь къ изложенію препятствій для родовъ со стороны придатковъ плоднаго яйца.

На первомъ планѣ мы должны здѣсь упомянуть о плодномъ пузырьѣ, который въ извѣстныхъ случаяхъ также можетъ обусловить препятствіе для родовъ или замедленіе въ ихъ теченіи. Это препятствіе устраняется искусственнымъ вскрытіемъ плоднаго пузыря ручнымъ или инструментальнымъ. Главнымъ показаніемъ для искусственнаго вскрытія пузыря являются слишкомъ растяжимыя плодныя оболочки; такое свойство ихъ должно признавать, если при полномъ раскрытіи зѣва и

при сильныхъ потугахъ пузырь не разрывается, и въ такомъ случаѣ, какъ только признано продольное положеніе плода, должно вскрыть пузырь искусственно.

При этомъ можетъ также случиться, что послѣ плоднаго открытія зѣва грозитъ или уже началось преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста въ силу того, что плодный пузырь оттѣсненъ глубоко во влагалище или до самыхъ наружныхъ половыхъ частей и теперь въ свою очередь тянетъ за собою дѣтское мѣсто. Такимъ образомъ искусственное вскрытіе плоднаго пузыря устранить и эту опасность въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ. Иногда же плодный пузырь еще при узкомъ зѣвѣ выпячивается полипообразно во время сокращенія матки; такое обстоятельство указываетъ на высокую степень разрыхленія связи между плоднымъ яйцомъ и внутренней поверхностью матки и поэтому въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ наблюдается при мертвыхъ и мацерированныхъ плодахъ, и только въ видѣ исключенія—при живыхъ и доношенныхъ. Въ этихъ случаяхъ также показуется искусственное вскрытіе плоднаго пузыря.

Затѣмъ является вопросъ, слѣдуетъ-ли при двойняхъ, послѣ рожденія перваго плода, вскрывать плодный пузырь второго, или-же должно ждать. Есть врачи, которые высказываются въ пользу немедленнаго вскрытія пузыря, такъ какъ онъ при существующемъ полномъ раскрытіи зѣва и безъ того сдѣлался лишнимъ, между тѣмъ какъ другіе совѣтуютъ ждать изъ опасенія, что можетъ наступить атонія матки, если послѣдняя будетъ опорожнена слишкомъ быстро. Правильный путь въ такихъ случаяхъ былъ-бы тотъ, что для предупрежденія атоніи матки выжидаютъ одну или двѣ сильныхъ схватки, или вызываютъ ихъ искусственно потираніемъ матки, и затѣмъ вскрываютъ пузырь. Слишкомъ долгое откладываніе вскрытія пузыря можетъ, пожалуй, въ такихъ случаяхъ причинить опасность для жизни второго плода, такъ какъ вѣдь къ этому времени мѣсто прикрѣпленія *placentae*, вслѣдствіе значительнаго уменьшенія объема матки, также должно было подвергнуться уменьшенію.



Во всѣхъ упомянутыхъ до этого случаяхъ искусственное вскрытіе плоднаго пузыря является средствомъ для ускоренія родовъ, и притомъ—путемъ удаленія механическаго препятствія для проявленія эффекта потужной дѣятельности.

Какъ усиливающее потуги средство, искусственное вскрытіе плоднаго пузыря должно быть разсматриваемо при сильномъ растяженіи матки, особенно при чрезмѣрномъ скопленіи околоплодныхъ водъ (hydramnios). Въ этихъ случаяхъ, а равно при очень тонкостѣнной маткѣ многородящихъ вскрытіе плоднаго пузыря произведетъ то дѣйствіе, что послѣ частичнаго опорожненія матки стѣнки ея станутъ толще и будутъ въ состояніи работать съ бѣльшимъ успѣхомъ.

Искусственное вскрытіе пузыря, далѣе, должно быть производимо также при кровотеченіяхъ вслѣдствіе placenta praevia даже при узкомъ еще зѣвѣ, чтобы низвести ножку при поворотѣ или при ягодичномъ положеніи и затампонировать ею шейку матки.

Затѣмъ понятно, что плодный пузырь долженъ быть вскрытъ, если дѣло идетъ объ оперативномъ родоразрѣшеніи или о приготовленіи къ таковому, слѣдовательно—при поворотѣ, при кесарскомъ сѣченіи, или для возбужденія искусственныхъ родовъ.

Очень рѣдко показаніемъ для искусственнаго вскрытія плоднаго пузыря будетъ являться ретрофлексія беременной матки на третьемъ или четвертомъ мѣсяцѣ, или такъ называемая частичная ретрофлексія въ нормальномъ концѣ беременности, и притомъ только въ томъ случаѣ, если прерываніе беременности стало неизбежнымъ, и вправленіе ненормально расположенной матки не удастся, а послѣ вскрытія пузыря, вслѣдствіе уменьшенія объема матки, обѣщаетъ увѣнчаться успѣхомъ.

Относительно техники искусственнаго вскрытія плоднаго пузыря можно-бы замѣтить, что для этой незначительной операціи при раскрытомъ зѣвѣ достаточно пальца. Вскрываютъ пузырь пальцемъ такимъ образомъ, что во время потуги сильно надавливаютъ на выпячивающіяся плодныя оболочки, или при соотвѣтственномъ

давленіи быстро скользятъ концомъ пальца по поверхности пузыря, или, наконецъ, при отсутствіи переднихъ водъ ногтемъ протираютъ пузырь на головкѣ плода. При закрытомъ зѣвѣ вскрытіе пузыря производится при помощи зонда. Только при ретрофлексіи, въ силу невозможности провести зондъ черезъ цервикальный каналъ; можно иногда быть вынужденнымъ вскрыть полость яйца помощью тонкаго троакара, вкалываемаго сквозь стѣнку рукава и матки.

Дальнѣйшая аномалія придатковъ яйца, побуждающая врача къ оперативному вмѣшательству, есть выпаденіе пуповины.

Такъ какъ я его разбираю среди препятствій для родовъ со стороны плода, то, во избѣжаніе недоразумѣній, я долженъ категорически заявить, что оно не представляетъ собою никакого механическаго препятствія, но можетъ быть рассматриваемо лишь какъ нарушеніе физиологическаго теченія родовъ для плода вслѣдствіе разстройства или прекращенія газоваго обмѣна его.

Выпаденіе пуповины пріобрѣтаетъ значеніе лишь при живомъ плодѣ. При мертвомъ плодѣ оно представляется совершенно безразличнымъ явленіемъ.

Распознаваніе выпаденія пуповины въ общемъ легко. Но весьма важно для нашего вмѣшательства или невмѣшательства распознаваніе жизни или смерти плода на основаніи пульсаціи или отсутствія ея въ выпавшей пуповинѣ.

Конечно ясно, что, если пуповина пульсируетъ, ребенокъ долженъ быть живъ. Но, наоборотъ, бываетъ иногда, что случайно въ моментъ изслѣдованія находятъ пуповину не пульсирующей, не смотря на то, что сердцебіеніе плода сильно. А именно, передача пульсовыхъ волнъ въ выпавшую петлю пріостанавливается вслѣдствіе внезапнаго, но преходящаго сжатія послѣдней между головкою плода и тазомъ матери. Отсутствіе пульсаціи въ выпавшей петлѣ, слѣдовательно, только въ томъ случаѣ можетъ быть рассматриваемо, какъ признакъ наступившей смерти плода, если оно продолжительно, и поэтому послѣ бѣглаго только изслѣдованія, въ особенности, если оно производится во время потуги, никогда не слѣдуетъ изъ отсутствія пуль-

саціи дѣлать черезъ-чуръ поспѣшнаго вывода о смерти плода.

Выпаденіе пуповины имѣеть совершенно различное значеніе, смотря по положенію плода; наибольшее значеніе присуще ему при головномъ положеніи, меньшее— при тазовомъ положеніи, и всего меньше оно при попережномъ положеніи. А именно, всегда дѣло сводится на объемъ подлежащей части плода и на то обстоятельство, на сколько послѣдняя выполняетъ собою родовой каналъ.

Разсматривая прежде всего выпаденіе пуповины при головномъ положеніи, мы должны признать, что это явленіе во всякомъ случаѣ обуславливаетъ величайшую опасность для плода, и наша задача здѣсь будетъ заключаться въ томъ, чтобы или возстановить опять плацентарное дыханіе, или дать ребенку возможность дышать атмосфернымъ воздухомъ. Первому показанію мы удовлетворяемъ въправленіемъ пуповины, второму — искусственнымъ родоразрѣшеніемъ.

Вправленіе пуповины часто удается благодаря лишь измѣненію положенія роженицы, если дѣло идетъ о такъ называемомъ предлежаніи пуповины, т. е. нахожденіи ея впереди головки при цѣломъ еще пузырьѣ. Роженицу кладутъ на ту сторону, гдѣ пуповина не находится, и кромѣ того можно способствовать произвольному вправленію пуповины посредствомъ приподнятаго положенія таза. Если однако при цѣломъ еще пузырьѣ произвольное вправленіе не совершилось, и если предлежитъ очень большая петля или же нѣсколько петель, то нельзя рассчитывать на произвольное обратное отхожденіе этой петли до разрыва пузыря, а, напротивъ, должно ожидать послѣ отхода водъ очень труднаго вправленія. Въ такомъ случаѣ лучше всего произвести ручное вправленіе еще до разрыва пузыря, такъ какъ при этомъ легче удается продвинуть за головку сдерживаемый плоднымъ пузырьемъ конгломератъ петель. Если во время этой манипуляціи разрывается пузырь, прежде чѣмъ удалось собственно окончить вправленіе, и петли пуповины выпадаютъ возлѣ руки во

влагалище, то тотчасъ же введенною уже рукою дѣлають поворотъ.

Послѣ отхода водъ вправленіе показуется при высоко стоящей и подвижной головкѣ, при достаточномъ для проведенія руки раскрытіи зѣва, при отсутствіи пространственныхъ несоотвѣтствій и при не слишкомъ большой длинѣ выпавшей петли. Здѣсь также производять вправленіе рукою, соотвѣтствующею той сторонѣ матери, на которой произошло выпаденіе, приче́мъ, захвативъ слегка пуповину введенною рукою, продвигаютъ ее черезъ головку до самой передней поверхности груди. Когда пуповина такимъ образомъ вправлена, роженица должна принять боковое положеніе, — и притомъ на сторонѣ, противоположной выпаденію, — затѣмъ рука медленно извлекается, приче́мъ одновременно другая рука старается отбѣснить головку съ противоположной стороны ко входу въ тазъ. И послѣ удавшагося вправленія роженица должна будетъ оставаться въ боковомъ положеніи, пока головка не будетъ совершенно фиксирована въ тазу, и нельзя уже будетъ опасаться, чтобы выпаденіе возобновилось.

Послѣ вправленія нельзя покидать роженицу, но должно тщательно слѣдить за сердцебіеніемъ плода, такъ какъ уже до вправленія, а еще болѣе вслѣдствіе дѣлающагося при немъ необходимымъ, неизбежнаго механическаго инсульта пуповины, можетъ развиваться асфиксія плода, такъ что даже послѣ удачнаго вправленія мы нерѣдко бываемъ вынуждены оканчивать роды искусственно.

Если же при выпаденіи пуповины имѣется подвижная высокостоящая головка, достаточное раскрытіе зѣва и пространственное несоотвѣтствіе, или выпаденіе очень объемистой петли, и, наконецъ, если попытка вправленія не приводитъ къ цѣли, то не должно медлить тотчасъ-же произвести поворотъ.

Кромѣ указанныхъ случаевъ поворотъ и немедленное извлеченіе будутъ показаны, если въ моментъ прихода врача дѣятельность сердца плода уже значительно упала. Въ такихъ случаяхъ даже послѣ вправленія полное восстановление газоваго обмѣна потому не можетъ быть ожидаемо, что уже слишкомъ много крови отвлечено въ ле-

гочный кругъ кровообращенія плода и тѣмъ самымъ значительно нарушено плацентарное кровообращеніе.

Наконецъ, если при изслѣдованіи, или при попыткѣ къ вправленію выпавшей пуповины мѣсто прикрѣпленія послѣдней къ дѣтскому мѣсту будетъ найдено въ ближайшемъ сосѣдствѣ зѣва матки, то также нельзя ожидать никакой выгоды отъ вправленія, и поворотъ съ немедленнымъ извлеченіемъ будетъ являться единственнымъ средствомъ спасти жизнь плода.

Вообще, должно поставить себѣ за основное правило приступать къ вправленію лишь тамъ, гдѣ можно рассчитывать на легкой успѣхъ его, и никогда не терять слишкомъ много времени на манипуляціи для вправленія. Въ противномъ случаѣ пуповина подверглась-бы слишкомъ сильнымъ сдавливаніямъ, и успѣхъ удавагося, наконецъ, вправленія былъ бы кажущимся. Поэтому при такихъ обстоятельствахъ лучше прибѣгать къ искусственному родоразрѣшенію.

Если пуповина выпадаетъ при узкомъ еще маточномъ зѣвѣ, то передъ нами открыты два пути, первыхъ — инструментальное вправленіе (такъ какъ ручное вслѣдствіе малаго раскрытія зѣва невозможно), во-вторыхъ — поворотъ по способу *Braxton Hicks'a*. Послѣдній показуется безъ всякой предварительной попытки къ вправленію во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ произошло паденіе очень длинной петли.

Здѣсь является вопросъ, не слѣдуетъ-ли, вообще, при мало-открытомъ зѣвѣ всегда прежде попытаться произвести поворотъ и только въ случаѣ неудачи послѣдняго приступать къ инструментальному вправленію пуповины. Если мы вспомнимъ, какъ затруднительно инструментальное вправленіе, какъ легко при этомъ происходитъ длительное сдавленіе пуповины во время продвиганія ея черезъ зѣвъ матки, и какъ мало, въ заключеніе, мы можемъ быть убѣждены въ томъ, что пуповина въ томъ мѣстѣ, куда она, наконецъ, была продвинута, свободно пульсируетъ, то, мы, пожалуй, должны будемъ отдать предпочтеніе повороту.

И такъ, я высказываю слѣдующее основное положеніе: если пуповина выпала при мало-открытомъ, зѣвѣ, то прежде всего должно приступить къ повороту по *Braxton Hicks*'у, а инструментально вправлять пуповину слѣдуетъ только въ томъ случаѣ, если поворотъ даже съ примѣненіемъ

Фиг. 16.



Эластическій катетръ, какъ инструментъ для вправленія пуповины.

наркоза, встрѣчаетъ непреодолимыя затрудненія, что, говоря мимоходомъ, должно-бы причисляться къ рѣдкимъ явленіямъ.

Инструментальное вправленіе проще всего производится помощью эластическаго катетра слѣдующимъ образомъ (фиг. 16). Эластическій катетръ долженъ быть снабженъ такъ называемымъ мандриномъ. Передъ употребленіемъ инструментъ долженъ быть самымъ тщательнымъ образомъ обеззараженъ. Затѣмъ берутъ тесьму въ нѣсколько миллиметровъ ширины и въ 20 см. длины, концы ея связываютъ. Вводятъ мандринъ въ катетръ такъ, чтобы его верхушка выступала изъ бокового отверстія катетра, затѣмъ надѣваютъ тесьму на конецъ мандрина и медленно выдвигаютъ послѣдній на столько, чтобы онъ только что проскользнулъ въ отверстіе и такимъ путемъ увлекъ-бы съ собою тесьму. Когда послѣ этого мандринъ окончательно продвигается въ катетръ, то тесьма крѣпко виситъ на мандринѣ, и такимъ образомъ мы имѣемъ передъ собою импровизированный инструментъ для вправленія пуповины. Выпавшая

петля вправляется при помощи этого приспособленія такимъ образомъ что берутъ катетръ въ правую руку, а въ петлю тесьмы вводятъ снизу два пальца лѣвой

руки, натягиваютъ нѣсколько петлю этими двумя пальцами и затѣмъ вводятъ ихъ во влагалище, проходя позади выпавшей петли пуповины. Когда это удалось, вводятъ во влагалище также и катетръ, проводя его верхушку—впередѣ выпавшей петли пуповины—черезъ петлю тесемки; такимъ образомъ петля пуповины оказывается свободно прикрѣпленною къ катетру посредствомъ этой тесьмы. Тогда проводятъ катетръ черезъ маточный зѣвъ на сколько возможно вверхъ, извлекаютъ затѣмъ мандринъ, и катетромъ производятъ легкія ротаторныя движенія съ тою цѣлью, чтобы освободившаяся теперь тесьма выскользнула изъ отверстія катетра, и послѣдній сталъ свободнымъ. Когда это произошло, что мы узнаемъ по свободной подвижности катетра, мы медленно извлекаемъ послѣдній, и вправленіе окончено.

Катетръ для вправленія пуповины имѣетъ то преимущество передъ всѣми остальными изобрѣтенными для этой цѣли инструментами, что онъ всегда имѣется подъ руками, тогда какъ другихъ въ большинствѣ случаевъ на практикѣ тогда-то и нѣтъ, когда они нужны.

Изъ остальныхъ инструментовъ для вправленія пуповины я упомяну лишь объ апотетерѣ *Braun'a*, устройство котораго, впрочемъ, въ принципѣ совершенно совпадаетъ съ только-что описаннымъ импровизированнымъ инструментомъ.

Изъ вышесказаннаго явствуетъ, слѣдовательно, что при высокомъ и подвижномъ стояніи головки мы изберемъ или поворотъ, или вправленіе выпавшей петли.

Если-же головка вскорѣ послѣ того, какъ совершилось паденіе, окажется уже фиксированною въ тазу, то ни о вправленіи, ни о поворотѣ нельзя уже думать; въ такихъ случаяхъ, при благопріятныхъ пространственныхъ отношеніяхъ и очень сильныхъ боляхъ, произвольное окончаніе родовъ иногда происходитъ еще быстрѣе, чѣмъ можно подуматъ объ оперативномъ.

Если-же этого нѣтъ, то должно безъ всякаго замедленія наложить щипцы, конечно такъ, чтобы пуповина не подверглась сдавленію, и возможно быстро окончить роды.

Когда говорятъ о перфорациі при выпаденіи пуповины, то само собою разумѣется, что здѣсь идетъ рѣчь не о терапіи выпаденія пуповины, а только объ операціи, которая и безъ того была-бы необходима въ силу существующаго пространственнаго несоотвѣтствія. Если въ подобномъ случаѣ выпадаетъ пуповина, и если поворотъ уже не выполнимъ, то и пуповину вправить также нельзя будетъ, и черезъ короткое время она окажется не пульсирующею; этимъ обстоятельствомъ значительно облегчается для насъ выборъ времени для производства перфорациі. Съ этой точки зрѣнія нельзя, слѣдовательно, отрицать у выпаденія пуповины извѣстнаго вліянія на постановку показаній къ перфорациі.

Относительно часто наблюдается выпаденіе пуповины при тазовыхъ положеніяхъ.

Является вопросъ, слѣдуетъ-ли въ этихъ случаяхъ вправлять выпавшую петлю, или нѣтъ? Если мы выяснимъ себѣ причины выпаденія пуповины въ такихъ случаяхъ, то мы не будемъ въ состояніи ожидать какого-либо успѣха отъ вправленія. А именно, причины выпаденія кроются главнымъ образомъ въ незначительномъ объемѣ и неправильной формѣ предлежащей части плода, въ неравномѣрномъ прилеганіи послѣдней къ нижнему сегменту матки, а затѣмъ, пожалуй, еще въ близости мѣста прикрѣпленія пуповины къ плоду отъ зѣва матки. Всѣ эти причины не могутъ быть устранены и вправленіемъ. Онѣ останутся, и выпаденіе возобновится. А такъ какъ кромѣ того актъ вправленія самъ по себѣ, какъ мы уже раньше объ этомъ упоминали, влечетъ за собою опасность для свободнаго кровообращенія въ пуповинѣ, то при выпаденіи послѣдней возлѣ тазового конца предпочтительнѣе — прежде всего позаботиться о томъ, чтобы пуповина могла безпрепятственно пульсировать, и затѣмъ возможно скоро окончить роды. Мы удовлетворяемъ обоимъ этимъ показаніямъ, низводя одну ножку. Тогда пуповина, помѣщаясь на томъ мѣстѣ, которое до того занимала ножка, можетъ безпрепятственно пульсировать, а когда, при полномъ открытіи зѣва, это будетъ уже невозможно, то низведенная ножка позволитъ немедленно произвести экстракцію.

Если пуповина выпадаетъ при поперечномъ поло-



женіи, то мы противъ выпаденія, какъ такового, ничего не предпринимаемъ, такъ какъ терапія его совпадаетъ въ такомъ случаѣ съ терапіей ненормальнаго положенія плода.

Что при выпаденіи пуповины и абсолютномъ суженіи таза мы должны воздерживаться отъ всякаго вмѣшательства черезъ естественные родовые пути, — это едва-ли требуетъ поясненія; при живомъ плодѣ мы тѣмъ съ бѣльшей скоростью должны въ такомъ случаѣ приступить къ кесарскому сѣченію.

Задержание послѣда можетъ дать поводъ къ замедленію окончанія третьяго періода родовъ и, слѣдовательно, въ этомъ смыслѣ можетъ быть также разсматриваемо, какъ препятствіе для родовъ.

Задержание послѣда обусловливается, во-первыхъ, перигибомъ — уменьшеніемъ просвѣта шейки, во-вторыхъ, суженіемъ таза, въ третьихъ, слишкомъ большимъ объемомъ *placentae*, въ четвертыхъ, ненормальнымъ приращеніемъ дѣтскаго мѣста или ворсистой оболочки къ внутренней поверхности матки.

Задержание послѣда въ первые часы послѣ родовъ не имѣетъ особеннаго значенія, если нѣтъ кровотеченія ни наружнаго, ни внутренняго. Опасность при отсутствіи кровотеченія является лишь въ томъ случаѣ, если наступаютъ процессы разложенія въ задержанныхъ, находящихся теперь внѣ циркуляціи органахъ, — слѣдовательно, главнымъ образомъ — въ дѣтскомъ мѣстѣ. А такъ какъ эти процессы разложенія обыкновенно начинаютъ проявляться въ теченіе вторыхъ двѣнадцати часовъ послѣ родовъ, то можно-бы было до этого срока держаться выжидательно, если-бы изъ утилитарныхъ соображеній не вытекало показанія уже раньше удалять послѣдъ и такимъ образомъ сокращать ненормальную продолжительность третьяго періода. Руководящей нитью для нашего образа дѣйствія должно будетъ служить при этомъ знаніе нормальной продолжительности третьяго періода родовъ при произвольномъ его теченіи. Такъ какъ въ настоящее время почти повсюду третій періодъ укорачивается благодаря методу *Credé*, то едва-ли мы когда

нибудь бываемъ въ состояніи получить представленіе о томъ, сколько времени можетъ собственно продолжаться третій періодъ родовъ, если не выжимать послѣда. Поэтому мы должны быть особенно благодарны *Ahlfeld*'у за то, что онъ въ послѣднее время показалъ намъ, какъ долго продолжается періодъ изгнанія послѣда при выжидательномъ веденіи его.

Наблюденія *Ahlfeld*'а показали, что безъ вреда для роженицы, безъ опасенія получить кровотеченіе можно при простомъ наблюденіи за сокращеніемъ матки ждать до 1—1½, даже до 2 часовъ, чтобы по истеченіи этого времени увидѣть произвольное изгнаніе *placentae* по крайней мѣрѣ во влагалище. Въ виду этихъ фактовъ (которые я могу подтвердить на основаніи опытовъ, производившихся мною втеченіе болѣе ½ года въ завѣдуемой мною клиникѣ съ тѣмъ-же успѣхомъ, какъ и у *Ahlfeld*'а), предполагая отсутствіе кровотеченія, нѣтъ причины до истеченія указаннаго срока говорить о задержаніи послѣда и приступать къ его удаленію, какъ этого требуютъ нѣкоторые авторы, уже по истеченіи получаса или, самое большее, одного часа. Понятіе задержанія послѣда, если фізіологическая продолжительность третьяго періода родовъ доходитъ до двухъ часовъ, можетъ вступать въ свои права лишь послѣ двухъ часовъ. По истеченіи этого срока, а при кровотеченіи — въ моментъ его появленія, слѣдуетъ уже принимать активныя мѣры къ удаленію послѣда.

Послѣдняго можно достигнуть двоякимъ путемъ. Болѣе простой, болѣе безопасный и въ большинствѣ случаевъ достигающій цѣли состоитъ въ примѣненіи способа *Credé*; и только если послѣдній не удался, должно приступать къ ручному отдѣленію дѣтскаго мѣста введенною въ полость матки рукою. Не слѣдуетъ забывать передъ примѣненіемъ способа *Credé*, а равно передъ ручнымъ отдѣленіемъ — опорожнить мочевой пузырь.

Способъ *Credé*, по собственнымъ словамъ автора его, долженъ примѣняться слѣдующимъ образомъ: «Должно слегка положить всю руку на область матки, производить сначала легкія, глядящія

движенія по возможно бѣльшей поверхности матки, пока не будетъ замѣчено подъ рукою начинающееся сокращеніе. Тогда слѣдуетъ охватить матку разведенными пальцами и рукою, а если одной руки мало, то и обѣими, и въ тотъ моментъ, когда сокращеніе, повидимому, достигнетъ наибольшей энергіи, должно смѣло давить на дно и стѣнки матки по направленію къ вогнутости крестца. Производить давленіе на матку, съ тѣмъ чтобы удалить послѣдъ, въ сокращенія — въ высшей степени ошибочно и не приводитъ къ цѣли».

Если способъ *Credé* не удастся, то производится ручное отдѣленіе дѣтскаго мѣста слѣдующимъ образомъ. Для этой операціи дѣйствующая рука должна быть на столько тщательно обеззаражена, на сколько, вообще, это только возможно. Въ общемъ совершенно безразлично, какою рукою оперировать. Нѣкоторые советуютъ всегда употреблять для этого лѣвую руку на томъ основаніи, что placenta въ большинствѣ случаевъ прикрѣпляется справа. Сама операція производится такимъ образомъ, что послѣ тщательной дезинфекціи наружныхъ половыхъ частей и влагалища захватываютъ одною рукою и умѣренно натягиваютъ висящую наружу пуповину, тогда какъ оперирующая рука вдоль пуповины медленно направляется къ дѣтскому мѣсту. Когда будетъ достигнуто мѣсто прикрѣпленія пуповины, должно пройти по фетальной поверхности дѣтскаго мѣста къ его краю и найти, — лучше всего слѣдуя послѣднему, — то мѣсто, гдѣ placenta уже отдѣлилась, такъ какъ въдь въ такихъ случаяхъ почти никогда не бываетъ полного приращенія, а почти безъ исключенія — лишь частичное слишкомъ плотное соединеніе. Начиная отъ этого свободного края, медленно и осторожно отдѣляютъ дѣтское мѣсто отъ внутренней поверхности матки, проникая между ними частью локтевымъ краемъ ручной кисти, частью — верхушками пальцевъ. Въ большинствѣ случаевъ эта операція удается легко; только въ видѣ рѣдкихъ исключеній приходится отщемлять пальцами болѣе плотныя,

крѣпкія перемычки, происходящія отъ соединительно-тканно-переродившихся перегородокъ между отдѣльными котиледонами, принадлежащія, слѣдовательно, фетальной части дѣтскаго мѣста.

Смѣшать стѣнку матки съ дѣтскимъ мѣстомъ не легко, такъ какъ во время операціи матка сокращается, и мы безъ труда будемъ въ состояніи отличить мягкогубчатую ткань *placentae* отъ плотной стѣнки матки. Когда мы увѣрены, что *placenta* совершенно отдѣлена, то должно находящуюся снаружи рукою натянуть пуповину и вывести такимъ образомъ дѣтское мѣсто и оболочки. Но оперирующая рука остается внутри и еще разъ должна обзислѣдовать полость матки, въ особенности мѣсто прикрѣпленія *placentae*, чтобы убѣдиться, не остались-ли еще части дѣтскаго мѣста или оболочки, которыя въ такомъ случаѣ пришлось-бы отдѣлить и вывести наружу. Послѣ операціи дѣлается обеззараживающее промываніе всей полости матки и принимаются мѣры для дальнѣйшаго хорошаго сокращенія органа, каковое впрочемъ, послѣ этой операціи рѣдко отсутствуетъ.

Со времени введенія въ практику метода *Credé* ручное отдѣленіе послѣда стало очень рѣдкою операціею.

Гораздо чаще представляется намъ необходимость удалять рукою остатки дѣтскаго мѣста или плодныхъ оболочекъ, оставшіеся въ полости матки послѣ выхода послѣда. Диагнозъ задержанія остатковъ *placentae* или обрывковъ оболочекъ можетъ быть поставленъ: во-первыхъ, на основаніи осмотра родившагося послѣда; во-вторыхъ, по тому, что послѣ родовъ является кровотеченіе, при которомъ, если оно не останавливается подъ вліяніемъ механическаго раздраженія матки, всегда должна возникнуть мысль о задержавшихся остаткахъ дѣтскаго мѣста. Наконецъ, въ третьихъ, явившаяся въ первые дни послѣродоваго періода лихорадка или очень обильныя сукровичныя послѣродовыя отдѣленія могутъ намъ дать поводъ поизслѣдовать пальцемъ полость матки, и въ этихъ случаяхъ мы также часто, въ качествѣ причины лихорадки или увеличеннаго послѣродоваго отдѣ-

ленія, будемъ находить остатки дѣтскаго мѣста или плодныхъ оболочекъ.

Удаленіе этихъ остатковъ производится точно такимъ-же способомъ, какъ и ручное отдѣленіе *placentae* въ третьемъ періодѣ родовъ. Но именно здѣсь должно быть обращено особенное вниманіе на самое тщательное обеззараживаніе полости матки, такъ какъ подобная операція немыслима безъ причиненія новыхъ раненій на внутренней поверхности матки, а этимъ во многихъ случаяхъ, при наступившемъ уже разложеніи задержавшихся частей послѣда, открываются новые пути для прониканія возбудителей гніенія. Поэтому, если нѣкоторое время спустя послѣ родовъ должны быть отдѣляемы остатки дѣтскаго мѣста, удаленію ихъ должно предшествовать тщательное промываніе всей полости матки болѣе значительнымъ количествомъ обеззараживающей жидкости; подобное же промываніе должно слѣдовать за операціей; да и въ дальнѣйшемъ теченіи послѣродоваго періода должно заботиться объ обеззараживаніи полости матки повторными промываніями ея или введеніемъ іодоформенныхъ палочекъ.

По точно такимъ-же принципамъ, какъ при только что описанномъ отдѣленіи остатковъ *placentae* или оболочекъ и при отдѣленіи дѣтскаго мѣста, должны быть также отдѣляемы яйцо или его остатки при выкидышѣ. Впрочемъ, въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ здѣсь потребоваться также острая ложка, а именно, если послѣ выкидыша остались части яйца, вызывающія кровотеченія, между тѣмъ какъ цервикальный каналъ настолько уже закрылся, что нельзя больше пройти въ полость матки пальцемъ. И въ позднѣйшіе дни послѣродоваго періода ложка заслуживаетъ примѣненія, и притомъ лучше всего—въ формѣ предложенной *Freund*'омъ ирригаціонной кюретки. Послѣдняя есть не что иное, какъ сочетаніе ирригаціонной канюли съ острой ложкой, благодаря тому, что рукоятка послѣдней сдѣлана полою и однимъ своимъ концомъ, имѣющимъ оливовидное утолщеніе, можетъ быть соединена съ кишкой ирригатора, тогда какъ другой конецъ ея просвѣта от-

крывается на вогнутой сторонѣ ложки. Преимущества этого инструмента заключаются, какъ это легко понятно, въ томъ, что обеззараживаніе прежде всего предшествуетъ механическому удаленію остатковъ плоднаго яйца, а затѣмъ совершается постоянно въ тотъ-же самый моментъ, какъ наносится поврежденіе внутренней поверхности матки. Слѣдовательно, для этихъ рѣдкихъ случаевъ можно предложить примѣненіе острой ложки послѣ выкидыша, но съ настоятельнымъ предостереженіемъ — отнюдь не примѣнять сколько-нибудь большой силы, такъ какъ, во-первыхъ, задержавшіяся части яйца большею частью и безъ того отдѣляются очень легко, а если онѣ сращены болѣе плотно, то и съ примѣненіемъ большей силы онѣ никогда не могутъ быть удалены острою ложкою вполнѣ, безъ того чтобы одновременно не были нанесены стѣнкамъ матки болѣе значительныя поврежденія.

Послѣ четвертаго мѣсяца нѣтъ надобности примѣнять для означенной цѣли острую ложку, такъ какъ, съ одной стороны, черезъ болѣе расширенный цервикальный каналъ всегда удастся провести одинъ или два пальца, а съ другой стороны, при величинѣ полости и болѣе значительномъ разрыхленіи стѣнокъ матки острая ложка легко могла-бы причинить нежелательныя поврежденія.

#### 4. Искусственное исправленіе положенія плода.

##### Поворотъ.

Едва-ли какая другая акушерская операція подвергалась столь различнымъ опредѣленіямъ, какъ поворотъ. Проще всего его можно опредѣлить какъ измѣненіе положенія плода, называя положеніемъ въ акушерскомъ смыслѣ взаимное отношеніе продольныхъ осей матери и ребенка.

Если мы себя спросимъ, по скольку такое измѣненіе положенія можетъ быть предпринимаемо, и при этомъ будемъ помнить, что для окончанія родовъ въ концѣ концовъ мы можемъ установить только продоль-

ное положеніе, то мы получимъ слѣдующіе различные случаи поворота.

1. Исправленіе имѣющагося поперечнаго положенія въ продольное: поворотъ изъ поперечнаго положенія на головку, поворотъ изъ поперечнаго положенія на тазовой конецъ.

2. Превращеніе одного продольнаго положенія въ противоположное: поворотъ изъ тазового положенія на головку или поворотъ изъ головного положенія на тазовой конецъ.

Такимъ образомъ мы имѣемъ четыре главныхъ вида поворота, которые въ свою очередь, смотря по техническимъ приѣмамъ, подраздѣляются на поворотъ исключительно наружными приѣмами, на поворотъ одними внутренними приѣмами и, наконецъ, на поворотъ сочетанными (наружно-внутренними) приѣмами.

Въ дальнѣйшемъ изложеніи мы рассмотримъ отдѣльные случаи поворота сообразно съ только что изложеннымъ раздѣленіемъ.

Основателями поворота въ современномъ его значеніи должны быть призваны *Albertus Magnus* (1608) и *Eucharis Rösslein*, далѣе *Ambr. Paracelsus*; первые двое впервые учили новороту на головку, а послѣдній — и повороту на ножки. Въ качествѣ лицъ, оказавшихъ услуги по дальнѣйшей разработкѣ занимающей насъ операціи, должны быть упомянуты *Guillemeau, van Solingen, Mauriceau, de la Motte, Levret, Deleurye, Boër, Smellie* съ именами которыхъ мы часто будемъ встрѣчаться при изложеніи техники этой операціи, и, наконецъ, *Jörg*, который первый поставилъ поворотъ, какъ самостоятельную операцію, и строго отдѣлилъ его отъ экстракціи, — точка зрѣнія, которая и въ наше время выдвигается все больше, и въ ученіи о нѣкоторыхъ операціяхъ, напр. о поворотѣ при предлежаніи дѣтскаго мѣста, за послѣднее время вызвала формальный переворотъ въ прежнихъ воззрѣніяхъ.

Мы еще возвратимся относительно подробностей къ послѣднему обстоятельству, а въ настоящее время зададимъ себѣ вопросъ, съ какою цѣлью дѣлается поворотъ? Намъ отвѣтять, что поворотъ предписывается самыми разнообразными уклоненіями отъ нормы, внезапными, неожиданными явленіями во время родовъ и т. п.

Общая однако для всѣхъ этихъ разнообразныхъ случаевъ мысль, которая строго отдѣляетъ эту операцію отъ всѣхъ другихъ, и которую можно прослѣдить черезъ весь рядъ многочисленныхъ показаній къ этой операціи, — это идея исправленія положенія.

Въ этомъ послѣднемъ и заключается та выгода, которую мы приобретаемъ благодаря этой операціи, и мы можемъ, слѣдовательно, во всѣхъ случаяхъ поворота утверждать, что операція предпринимается съ цѣлью исправить положеніе плода, само по себѣ патологическое, или сдѣлавшееся таковымъ по отношенію къ имѣющимся аномаліямъ, слѣдовательно — измѣнить его въ томъ смыслѣ, что данный случай родовъ становится менѣе опаснымъ для матери, или для плода, или для обоихъ вмѣстѣ.

Это показаніе заключается уже въ самомъ понятіи о поворотѣ, какъ объ акушерской операціи, которая, наравнѣ со всѣми другими, должна имѣть своимъ назначеніемъ — устранять существующія аномаліи или дѣлать ихъ менѣе опасными. Если эта цѣль должна быть достигнута путемъ измѣненія положенія, то, рассуждая логически, окончательно создаваемое положеніе должно быть въ сравненіи съ бывшимъ до операціи или абсолютно, или, по крайней мѣрѣ, относительно лучшимъ, принимая во вниманіе имѣющіяся растройства въ ходѣ родовъ, такъ какъ, естественно, наше вмѣшательство никогда не можетъ клониться къ тому, чтобы абсолютно или относительно ухудшить существующее положеніе.

Такое совершенно общее представленіе о поворотѣ, какъ объ исправленіи положенія, нуждается однако для нѣкоторыхъ случаевъ въ болѣе подробномъ поясненіи.

Понятнѣе всего мысль объ исправленіи положенія при поперечныхъ положеніяхъ, такъ какъ здѣсь путемъ поворота не только исправляется имѣющееся положеніе, но благодаря такому вмѣшательству только и дѣлаются возможными роды.

При тазовомъ положеніи поворотъ на головку долженъ быть понимаемъ, какъ исправленіе положенія, въ



томъ смыслѣ, что, благодаря ему, уменьшается опасность для плода при прохожденіи его черезъ тазъ.

Также при извѣстныхъ ненормальныхъ головныхъ положеніяхъ (лицевыя и лобныя положенія), или при патологическихъ установкахъ черепа (предлежаніе передней или задней темянной костью) можно безъ труда понять, что поворотъ на тазовой конецъ можетъ собою представить исправленіе положенія.

При нормальныхъ-же, вообще, головныхъ положеніяхъ только тогда станетъ понятнымъ, какимъ образомъ посредствомъ поворота на тазовой конецъ можетъ быть исправлено положеніе, — если мы будемъ имѣть въ виду извѣстныя аномаліи, которыя, осложняя головное положеніе дѣлаютъ послѣднее въ данномъ специальномъ случаѣ менѣе благоприятнымъ; такъ что мы должны рассуждать слѣдующимъ образомъ: головное положеніе само по себѣ никогда не бываетъ неблагоприятнымъ положеніемъ, но оно можетъ стать таковымъ вслѣдствіе аномалій, какъ напр. выпаденіе пуповины, суженіе таза, предлежаніе дѣтскаго мѣста, въ каковыхъ случаяхъ мы можемъ, при извѣстныхъ обстоятельствахъ предпочитать тазовое предлежаніе, такъ что, превращая головное предлежаніе въ послѣднее, мы дѣйствительно производимъ исправленіе положенія.

И такъ, мы видимъ, что въ каждомъ случаѣ поворота безъ исключенія мы имѣемъ право говорить объ исправленіи положенія, — воззрѣніе, высказанное еще *Kilian*'омъ, но которое въ новѣйшихъ учебникахъ было вытѣснено мыслью, что въ случаяхъ послѣдняго рода дѣло идетъ объ ускореніи родовъ. Но ускореніе родовъ никогда не заключается въ самомъ поворотѣ, а лишь въ даваемой имъ возможности быстраго извлеченія за ножки, и мнѣ кажется необходимымъ, чтобы строго разграничить поворотъ и извлеченіе, особенно для начинающаго, первый поставить, какъ приготовительную операцію, исключительно какъ исправленіе положенія, а второе — какъ родоразрѣшающую операцію, какъ ускореніе родовъ.

Въ качествѣ общихъ условій для поворота требуются: во-первыхъ, подвижность плода.

Опять-таки въ самомъ представленіи объ измѣненіи положенія заключается мысль о томъ, чтобы плодъ былъ подвиженъ. Но сама подвижность колеблется въ очень широкихъ границахъ и находится подъ вліяніемъ количества имбьющихся водъ, степени напряженія маточныхъ стѣнокъ и интензивности болей, такъ что при стоящихъ водахъ, особенно при увеличенномъ количествѣ ихъ (*hydramnios*), при вялой маткѣ у многородящихъ, при отсутствіи или при очень слабой потужной дѣятельности мы часто находимъ столь значительную подвижность, что части плода при самомъ легкомъ прикосновеніи мѣняютъ свое мѣсто, тогда какъ при отсутствіи только что названныхъ условій воздѣйствіе на плодъ снаружи оказывается совершенно невыполнимымъ, а таковое изнутри представляется возможнымъ и позволительнымъ только въ томъ случаѣ, если подлежащая часть плода еще не опустилась въ тазъ, а напряжение и истонченіе стѣнокъ матки еще не достигло такой степени, что введеніе руки уже не представляется выполнимымъ безъ насилія. Подобные случаи требуютъ особенно осторожнаго образа дѣйствія и будутъ разсмотрѣны болѣе подробно въ отдѣлѣ осложненій поворота.

Второе необходимое для поворота условіе — это отсутствіе абсолютнаго сѣуженія таза, слѣдовательно — наименьшаго діаметра ниже  $6\frac{1}{2}$  см. Это условіе не требуетъ дальнѣйшаго поясненія, такъ какъ при показаніи къ кесарскому сѣченію нельзя производить операцію, которая должна быть разсматриваема, какъ приготовленіе къ родамъ черезъ тазовое кольцо.

Такъ какъ при поворотѣ дѣло идетъ лишь о подготовительной, а не о родоразрѣшающей операціи, то опредѣленная степень раскрытія зѣва требуется только для извѣстныхъ методовъ поворота, а не для поворота, какъ такового.

Въ качествѣ приготовленій, и притомъ общихъ, необходимыхъ передъ каждымъ поворотомъ, слѣдуетъ упомянуть объ опорожненіи мочевого пузыря и прямой кишки. Эта предосторожность во всякомъ случаѣ имѣетъ громадное значеніе, такъ какъ безъ нея са-

мый искусный поворотъ можетъ не удался, даже могутъ получиться поврежденія, тогда какъ, съ другой стороны, нерѣдко получается такая неожиданность, что послѣ опорожненія пузыря существовавшее до этого поперечное положеніе исправляется само собою, такъ какъ одновременно съ ненормальнымъ переполненіемъ пузыря былъ устраненъ и поводъ къ неправильному положенію плода.

Всѣ другія приготовленія значительно видоизмѣняются смотря по виду, методу, трудности поворота въ отдѣльныхъ случаяхъ, и о нихъ будетъ сказано въ соотвѣтственныхъ мѣстахъ.

Предпославъ, во избѣжаніе повтореній, эти общіе взгляды, я перехожу къ изложенію отдѣльныхъ видовъ поворота и начну съ поворота **изъ поперечнаго положенія на головку**.

Въ каждомъ случаѣ поперечнаго положенія, если беременность переступила 28-ю недѣлю, показуется поворотъ, такъ какъ выжиданіе произвольнаго исправленія или самоповорота (*versio spontanea*) слишкомъ невѣрно, а самоизворота (*evolutio spontanea*) или рожденія ребенка *duplicato corpore* можно ждать только при маленькихъ нежизнеспособныхъ, особенно при мацерированныхъ плодахъ.

Когда въ случаѣ поперечнаго положенія приходится дѣлать поворотъ, т. е. исправлять положеніе, то не слѣдуетъ ограничиваться возстановленіемъ, вообще, болѣе благоприятнаго положенія, напр, тазового, а должно въ каждомъ случаѣ стремиться къ тому, чтобы возстановить нормальное для матери и ребенка, т. е. черепное положеніе.

Какъ ни очевидно само по себѣ это показаніе, однако въ практикѣ оно рѣдко оказывается выполнимымъ, такъ какъ удачный исходъ поворота на головку прежде всего находится въ зависимости отъ извѣстныхъ, не всегда имѣющихся на лицо условій, а съ другой стороны, именно при поперечныхъ положеніяхъ мы нерѣдко встрѣ-

чаемся съ такими осложненіями, которыя насъ заставляютъ предпочитать предлежаніе тазовымъ концомъ головному.

Условія для поворота на головку при поперечномъ положеніи суть слѣдующія:

- 1) отсутствіе какого-либо показанія для немедленнаго или могущаго потребоваться позже ускоренія родовъ;
- 2) отсутствіе всякаго сѣуженія таза;
- 3) подвижность плода въ той мѣрѣ, какъ это обычно наблюдается лишь при цѣломъ пузырьѣ или тотчасъ по отходѣ водъ, при разслабленныхъ стѣнкахъ матки и при слабыхъ или отсутствующихъ потугахъ.

Изъ этихъ условій первое ясно, если мы вспомнимъ, что вслѣдствіе поворота на головку мы опять-таки получаемъ подвижную, высоко надъ входомъ въ тазъ или во входѣ стоящую головку, на которую щипцы не могутъ быть наложены; третье приведенное нами условіе станетъ понятнымъ послѣ разбора методовъ производства этой операціи, и краткаго поясненія требуетъ только второе условіе.

Если-бы мы при имѣющемся сѣуженіи таза сдѣлали поворотъ на головку, то нельзя было-бы ожидать, чтобы послѣдняя въ ближайшемъ времени фиксировалась; напротивъ, она имѣла-бы наклонность отойти вправо или влѣво, легко могло-бы случиться выпаденіе пуповины или конечностей и въ концѣ концовъ мы все-таки были-бы принуждены сдѣлать поворотъ на тазовой конецъ. Поэтому во всѣхъ подобныхъ случаяхъ мы дѣлаемъ поворотъ не на головку, а всегда только на тазовой конецъ, такъ какъ вѣдь при сѣуженіяхъ таза мы, при извѣстныхъ обстоятельствахъ, даже головное положеніе переводимъ въ тазовое, на основаніи причинъ, о которыхъ подробнѣе будетъ сказано позже, и которыя, слѣдовательно, въ то-же время служатъ противопоказаніями для поворота на головку при узкомъ тазѣ.

Если названныя три условія для поворота изъ поперечнаго положенія на головку имѣются, то должно попытаться произвести поворотъ по одному изъ тѣхъ методовъ,

которые мы сейчас опишемъ, но не слѣдуетъ удивляться, если операція тѣмъ не менѣе не всегда удается. Скорѣе всего еще можно рассчитывать на удачный исходъ ея, если головка находится нѣсколько ближе къ тазовому входу, чѣмъ ягодицы, если, слѣдовательно, поперечное положеніе въ названномъ смыслѣ приближается къ косому, или-же если матка, какъ это нерѣдко бываетъ у многородящихъ, представляется на столько вялой и легко-вдавимой, что можно предвидѣть несомнѣнное воздѣйствіе оперирующихъ рукъ на плодъ.

Методы производства поворота изъ поперечнаго положенія на головку очень многочисленны. Чтобы упростить ихъ обзоръ, мы разобъемъ ихъ на четыре группы:

- 1) поворотъ посредствомъ измѣненія положенія роженицы;
- 2) поворотъ одними наружными приѣмами;
- 3) поворотъ одними внутренними приѣмами и
- 4) поворотъ помощью сочетанія наружныхъ и внутреннихъ приѣмовъ.

Я начну съ описанія отдѣльныхъ относящихся къ этимъ четыремъ группамъ методовъ, а затѣмъ имѣю въ виду въ краткомъ критическомъ обзорѣ отмѣтить тѣ изъ нихъ, которые особенно заслуживаютъ нашего довѣрія.

Поворотъ изъ поперечнаго положенія на головку путемъ измѣненія положенія роженицы представляется, конечно, самымъ простымъ и наиболѣе индифферентнымъ изъ всѣхъ методовъ поворота. Попытка при-мѣнить его показуется въ тѣхъ случаяхъ, когда пере-крещиваніе осей матери и плода не происходитъ математически подъ прямымъ угломъ, но положеніе приближается больше къ косому, и притомъ такъ, что головка лежитъ ниже, а ягодицы — выше. Если мы теперь положимъ роженицу на тотъ бокъ, куда отклонена головка, то дно матки съ ягодицами плода по закону тяжести опустится въ ту-же сторону, причемъ головка должна отойти въ противоположную сторону, т. е. ко входу въ тазъ.

Почти навѣрное этотъ способъ поворота удается при косыхъ положеніяхъ, при поперечныхъ-же — тѣмъ вѣрнѣе, чѣмъ больше таковое приближается къ косому.

Измѣненіе положенія плода въ названномъ смыслѣ наружными приѣмами производится по *Wiegand*'у такимъ образомъ, что одна рука кладется снаружи на головку, а другая — на ягодицы, и затѣмъ то одновременными, то поочередными, толкающими или глядящими движеніями обѣихъ рукъ мы стараемся воздѣйствовать на названныя части въ томъ смыслѣ, чтобы головка опустилась вдоль стѣнки матки книзу, а ягодицы соответственно этому передвинулись вверхъ.

Понятно, что этотъ методъ примѣнимъ лишь при болѣе значительной подвижности плода, слѣдовательно, при цѣломъ пузырьѣ, или когда воды только что отошли, да и тогда — при мягкихъ, легко вдавливаемыхъ брюшныхъ покровахъ и стѣнкахъ матки, каковыя условія преимущественно имѣютъ мѣсто въ концѣ беременности, или въ началѣ родовъ, и у многородящихъ.

Если удалось низвести головку ко входу въ тазъ, то роженицу кладутъ на тотъ бокъ, изъ котораго была низведена головка, ждутъ, подъ повторнымъ контролемъ, дальнѣйшаго произвольнаго теченія родовъ и при раскрытомъ зѣвѣ вскрываютъ плодный пузырь, убѣдившись предварительно самымъ точнымъ образомъ въ томъ, что головка усталилась симметрично, и что рядомъ съ нею не предлежатъ ни конечности, ни пуповина. И дальше показывается боковое положеніе роженицы, пока головка не будетъ совершенно фиксирована.

Чтобы произвести поворотъ на головку одними внутренними приѣмами, пользуются способомъ *Busch*'а или способомъ *d'Outrepoint*'а. Первый называется также методомъ непосредственныхъ внутреннихъ приѣмовъ, а второй — методомъ не непосредственныхъ внутреннихъ приѣмовъ, на томъ основаніи, что по способу *Busch*'а головка приводится ко входу такимъ образомъ, что ее захватываютъ непосредственно рукою, соотвѣтствующею той сторонѣ матери, куда обращена головка, тогда какъ по *d'Outrepoint*'у вводятъ противоположную руку и стараются низвести головку не непосредственно, а тѣмъ, что пальцами введенной руки оттягиваютъ предлежащее плечо въ ту сторону, гдѣ находятся

ягодицы. Оба метода требуют большой подвижности плода и полного раскрытія зѣва.

Наружно-внутренними приемами поворотъ производится по *Hohl*'ю, *Carl Braun*'у и *Braxton Hicks*'у подобнымъ-же образомъ, какъ и по только-что описанному способу *d'Outrepont*'а, съ тѣмъ лишь различіемъ, что названные авторы въ то-же время стараются и снаружи дѣйствовать въ томъ-же смыслѣ непосредственно на головку.

Такимъ образомъ, пока введенная во влагалище или въ нижній отрѣзокъ матки рука отѣсняетъ плечо и туловище плода въ противоположную головкѣ сторону, лежащая въ то-же время снаружи рука отѣсняетъ головку на встрѣчу первой рукѣ, пока, наконецъ, эта послѣдняя не будетъ въ состояніи захватить головку непосредственно и окончательно низвести ее во входъ въ тазъ.

По *Hohl*'ю и *Carl Braun*'у для этого требуется такое раскрытіе зѣва, чтобы черезъ него можно было провести руку, тогда какъ способъ *Braxton Hicks*'а главнымъ образомъ былъ предложенъ для того, чтобы быть въ состояніи производить поворотъ и при мало еще раскрытомъ зѣвѣ.

Различіе между методами *Braxton Hicks*'а и прежде-названныхъ автороръ заключается лишь въ томъ, что при первомъ входятъ рукою только во влагалище, а черезъ зѣвъ проводятъ всего два пальца, чтобы ими достигнуть вытѣсненія и отѣсненія въ сторону всего того, что не есть головка.

Давши этотъ очеркъ имѣющихся въ нашемъ распоряженіи оперативныхъ методовъ, мы должны теперь заняться рѣшеніемъ вопроса о томъ, какіе изъ этихъ методовъ заслуживаютъ предпочтенія вообще, и какіе изъ нихъ должны быть избираемы соотвѣтственно специальнымъ особенностямъ каждаго случая.

Безусловнаго предпочтенія заслуживаютъ первый и второй методы во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ они выполняемы.

Слѣдовательно, боковое положеніе роженицы должно быть примѣняемо во всѣхъ случаяхъ косыхъ или при-

ближающихся къ нимъ положеній плода, тогда какъ во всѣхъ другихъ случаяхъ поперечнаго положенія, гдѣ имѣются условія вообще для поворота на головку, показуется поворотъ наружными приѣмами по *Wiegand*'у.

Методы поворота на головку помощью внутреннихъ приѣмовъ въ настоящее время больше не примѣняются, такъ какъ при этихъ двухъ методахъ трудно понять, почему вторая рука, могущая оказать столь существенную помощь оперирующей внутри рукѣ, должна оставаться совершенно безъ употребленія; да и методы поворота наружно-внутренними приѣмами едва-ли часто будутъ приводить къ цѣли, такъ какъ для нихъ требуется почти такая-же степень подвижности плода, какъ и для способа *Wiegand*'а, такъ что тамъ, гдѣ не удастся послѣдній, мы большею частью не пытаемся воспользоваться и первыми, а приступаемъ къ повороту на тазовой конецъ.

Въ заключеніе мы должны еще сознаться, что поворотъ изъ поперечнаго положенія на головку часто остается на практикѣ недостижимымъ идеаломъ. Большею частью насъ призываютъ на роды слишкомъ поздно, когда плодный пузырь уже разорванъ, воды давно отонли, и плодъ обладаетъ столь малою подвижностью, что мы должны радоваться, если только удастся безъ большихъ затрудненій поворотъ на ножки.

Далѣе, осложненіе поперечнаго положенія суженіемъ таза встрѣчается сравнительно часто. Вѣдь представляетъ же узкій тазъ далеко не рѣдкій этиологическій моментъ для поперечнаго положенія. Что мы въ подобномъ случаѣ во время родовъ не имѣемъ права дѣлать поворотъ на головку, когда тазъ уже въ послѣднее время беременности препятствовалъ ей вступить во входъ, объ этомъ мы упоминали еще вначалѣ.

Такимъ образомъ для этого столь благотворнаго оперативнаго приѣма остаются лишь тѣ рѣдкіе случаи, гдѣ имѣется достаточное еще количество водъ и отсутствуетъ суженіе таза. Что, къ сожалѣнію, и въ такихъ случаяхъ изъ эгоизма предпочитаютъ поворотъ на ножку, такъ какъ послѣдній производитъ болѣе импонирующее впечатлѣніе на непосвященныхъ, тогда какъ скромный, но требующій не менѣе опытныхъ рукъ поворотъ наружными приѣмами не встрѣчаетъ достодолжной оцѣнки, — это не можетъ и не должно вліять на нашъ образъ дѣйствія.



Теперь мы переходимъ къ повороту **изъ поперечнаго положенія на тазовой конецъ.**

Онъ показуется во всѣхъ случаяхъ, гдѣ при имѣющихся условіяхъ для поворота на головку пытались произвести послѣдній, но безъ успѣха; а во-вторыхъ, во всѣхъ случаяхъ, гдѣ съ самаго начала поворотъ на головку не былъ показанъ, слѣдовательно, при суженіяхъ таза, или въ случаяхъ, гдѣ или уже имѣется показаніе для ускоренія родовъ, или его съ вѣроятностью можно предвидѣть.

И для этой операціи имѣются въ нашемъ распоряженіи наружные и наружно-внутренніе приемы; но мы уже теперь позволимъ себѣ высказаться въ томъ смыслѣ, что наружнымъ приемамъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ они выполнимы, мы отдаемъ предпочтеніе, вслѣдствіе ихъ безвредности, сравнительно съ внутренними приемами, составляющими всегда болѣе или мѣнѣе серьезное вмѣшательство.

Такимъ образомъ мы устанавливаемъ правило: во всѣхъ случаяхъ, гдѣ показуется поворотъ на тазовой конецъ, при достаточной подвижности плода его должно производить наружными приемами, пользоваться же внутренними приемами слѣдуетъ лишь тогда, когда наружные противопоказаны вслѣдствіе недостаточной подвижности плода, или если примѣненіе ихъ не увѣнчалось успѣхомъ.

Намъ могутъ, конечно, возразить, что вѣдь поворотъ на тазовой конецъ показуется и въ такихъ случаяхъ, гдѣ имѣется надобность въ ускореніи родовъ, и что произвести экстракцію за низведенную ножку легко, а за высокостоящія ягодицы—невозможно.

Но этотъ доводъ теряетъ свою доказательность, если мы вспомнимъ, что, произведя ягодичное положеніе, намъ легко будетъ низвести ножку, чтобы за нее произвести извлеченіе,—вмѣшательство, несомнѣнно менѣе серьезное, чѣмъ внутренній поворотъ, и которое должно вести къ цѣли во всѣхъ случаяхъ, гдѣ путемъ внутренняго поворота удастся низвести ножку.

Послѣ всего сказаннаго нами по поводу поворота наружными приемами на головку, намъ остается о на-

ружномъ поворотѣ на ягодицы добавить лишь нѣсколько замѣчаній. И здѣсь нашему вмѣшательству благоприятствуютъ большая подвижность плода, далѣе, извѣстная степень косога положенія его, на этотъ разъ, конечно, въ томъ смыслѣ, чтобы ягодицы были ниже-лежащею частью. И здѣсь существеннымъ подспорьемъ во время и послѣ операциі будетъ положеніе роженицы на томъ боку, куда обращенъ тазовой конецъ плода. Точно такимъ-же образомъ, какъ это описано выше, но только въ обратномъ смыслѣ, производятся здѣсь манипуляціи для поворота, и точно также послѣ удавшагося поворота нашъ образъ дѣйствія относительно пузыря сообразуется со степенью раскрытія зѣва, такъ что, слѣдовательно, при мало-еще раскрытомъ зѣвѣ мы для сохраненія полученнаго продольнаго положенія пользуемся лишь соотвѣтственнымъ боковымъ положеніемъ роженицы, а при достаточномъ раскрытіи зѣва прибѣгаемъ кромѣ того къ искусственному вскрытію пузыря.

Если-же поворотъ наружными приѣмами не удастся, или если съ самаго начала нѣтъ надежды на успѣшный исходъ такового, то тазовое положеніе должно быть установлено внутренними приѣмами, — операциа, которая по раньше уже изложеннымъ причинамъ на практикѣ чаще всего находитъ примѣненіе въ терапіи поперечныхъ положеній, такъ что при послѣднихъ, хотя и несправедливо, большею частью только и имѣютъ въ виду этотъ видъ исправленія положенія.

При этомъ говорятъ о поворотѣ внутренними приѣмами на ножку, такъ какъ всего цѣлесообразнѣе какъ мы сейчасъ увидимъ, низводитъ тазовой конецъ влеченіемъ за ножку. Впрочемъ, выраженіе «внутренніе приѣмы» справедливѣе было-бы замѣнить выраженіемъ «наружно-внутренніе приѣмы», такъ какъ поворотъ никогда не производится исключительно одною рукою изнутри, а всегда одновременно и другою рукою снаружи.

Я считаю особенно важнымъ для начинающаго тутъ же въ самомъ началѣ описанія операциі указать на это имѣющее весьма большое значеніе обстоятельство, такъ

какъ часто, какъ мнѣ извѣстно, совершается та ошибка, что хотаять произвести чистый «внутренній» поворотъ безъ содѣйствія второй руки.

Итакъ, когда же при поперечномъ положеніи долженъ быть производимъ поворотъ на ножку наружно-внутренними приѣмами? На это можно отвѣтить такъ: Когда поворотъ на головку невозможенъ или противопоказанъ, и когда наружный поворотъ на ягодицы также не удается или не можетъ удасться, слѣдовательно—какъ послѣднее средство для возстановленія продольнаго положенія, когдавсѣ другіе виды поворота а priori или а posteriori оказываются невыполнимыми. Такое ограниченіе этой операціи я потому считаю показаннымъ, что она, какъ сопряженная съ наибольшими опасностями, самая тяжелая и въ то-же время технически болѣе затруднительная, легче всего влечетъ за собою вредныя послѣдствія для матери и плода.

Операція въ общихъ чертахъ производится такъ, что вводятъ въ полость матки всю руку или только два пальца, чтобы захватить ножку, низвести ее и такимъ образомъ косвенно заставить ягодицы установиться во входѣ.

Стараемся-ли мы достигнуть этой цѣли тѣмъ или инымъ путемъ, это опять зависитъ отъ того времени, когда поворотъ дѣлается необходимымъ, а это въ свою очередь зависитъ отъ момента отхода водъ. Если пузырь не разрывается до тѣхъ поръ, пока зѣвъ не раскроется совершенно или, по крайней мѣрѣ, на столько, что свободно можетъ пропустить руку, то поворотъ производится всею рукою; это и есть поворотъ въ обычномъ смыслѣ этого слова.

Если-же пузырь разрывается преждевременно, что такъ часто наблюдается при поперечныхъ положеніяхъ, слѣдовательно, при совершенно неоткрытомъ еще зѣвѣ, то тотчасъ-же истекаетъ большая часть водъ, такъ какъ нѣтъ крупной предлежащей части, которая, прилегая плотно къ нижнему сегменту матки, препятствовала-бы этому истеченію.

Если-бы мы при такихъ обстоятельствахъ захотѣли

ждать, чтобы воспользоваться для поворота тѣмъ моментомъ, когда зѣвъ будетъ проходимъ для всей руки, то едва-ли когда-либо при поперечномъ положеніи можно-бы было производить поворотъ, развѣ только съ величайшею опасностью для стѣнокъ матки, и ребенокъ обыкновенно былъ-бы уже мертвый. Это потому, что послѣ отхода водъ въ каждахъ родахъ расширять зѣвъ должна сама предлежащая часть. Если предлежитъ, какъ это и есть при поперечномъ положеніи, плечо и грудная клѣтка, то эти части плотно прижимаются къ нижнему отрѣзку матки, который отчасти сдвигается надъ ними вверх и не оставляетъ ни малѣйшаго пространства между тѣломъ плода и шейкой матки, куда-бы впослѣдствіи могла проникнуть рука. Поперечное положеніе такимъ образомъ становится запущеннымъ, и если плодъ не на столько малъ, чтобы быть въ состояніи родиться путемъ механизма самоизворота, то для искусственнаго окончанія родовъ остается только декапитация или экстенерация.

Отсюда ясно, что, во избѣжаніе всѣхъ этихъ крайне серьезныхъ осложненій, мы должны своевременно приступать къ повороту, а такъ какъ послѣдній удается лишь вскорѣ послѣ отхода водъ, то на основаніи сказаннаго, время производства операціи сообразуется главнымъ образомъ съ послѣднимъ обстоятельствомъ. Слѣдовательно, мы производимъ поворотъ при цѣломъ пузырьѣ въ томъ случаѣ, если послѣдній сохранился до полнаго раскрытія зѣва, а иначе — всегда, возможно скоро, послѣ отхода водъ.

Методъ, по которому можетъ быть совершаемъ поворотъ при мало раскрытомъ зѣвѣ, есть ниже описываемый, такъ называемый способъ наружно-внутренними приѣмами по *Braxton Hicks*'у.

Мы разберемъ сначала тотъ случай, когда предстоитъ произвести поворотъ при полномъ открытіи или, по крайней мѣрѣ, при такомъ состояніи зѣва, что онъ проходимъ для руки.

Приготовленія состоятъ въ устройствѣ поперечной кровати, въ наркозѣ и тщательномъ обеззараживаніи всей

руки и предплечья, которыя должны будутъ войти въ полость матки.

Какую руку должны мы избрать для производства поворота? Этимъ вопросомъ мы начинаемъ цѣлый рядъ вопросовъ, которые должны быть предпосланы описанію самой операціи.

Правило относительно выбора руки слѣдующее: должно производить поворотъ всегда рукою, соотвѣтствующею той сторонѣ матери, на которой помѣщаются ножки. Слѣдовательно, при первомъ поперечномъ положеніи (ягодицы вправо)—лѣвою рукою, при второмъ — правою.

Это правило вытекаетъ изъ того разсужденія, что введенною рукою только тогда бываетъ ловко захватить ножки, лежать-ли послѣднія впереди или позади туловища плода, если ея ладонная поверхность безъ усиленной пронаціи или супинаціи можетъ быть обращена къ центру полости матки. А это возможно лишь въ томъ случаѣ, если правая рука будетъ введена въ лѣвую половину матки, и обратно.

Несоблюденіе этого правила очень часто затрудняетъ производство поворота, не дѣлая его, однако, невозможнымъ.

Дальнѣйшій вопросъ заключается въ томъ, какого образа дѣйствія должно держаться относительно плоднаго пузыря, если мы находимся въ благопріятномъ положеніи—производить поворотъ еще до отхода водъ.

На этотъ счетъ имѣются три предложенія: методы *Levret*, *Deleurye* и *Hueter*'а.

*Levret* совѣтуетъ вскрывать пузырь въ зѣвѣ матки, съ тѣмъ чтобы черезъ полученное отверстіе тотчасъ-же проникнуть въ полость яйца.

По *Deleurye*, пройдя зѣвъ, должно осторожно отдѣлить плодный пузырь отъ стѣнки матки съ той стороны, гдѣ лежатъ ножки, пока мы не дойдемъ до послѣднихъ, и затѣмъ на достигнутой уже высотѣ — разорвать пузырь.

Наконецъ, по *Hueter*'у мы сначала поступаемъ совершенно такъ-же, какъ и по методу *Deleurye*, но не вскрываемъ пузыря на уровнѣ ножекъ, а низводимъ послѣднія черезъ цѣлый пузырь до наружнаго зѣва, и уже здѣсь его вскрываемъ.

Самый простой и наиболѣе цѣлесообразный способъ—это первый.

Методъ *Deleurye* имѣетъ, по-видимому, то преимущество,

что въ моментъ разрыва пузыря предплечье оператора какъ-бы въ формѣ тампона выполняетъ влагалище, и вслѣдствіе этого воды истекаютъ лишь въ то время, когда рука съ захваченной ножкою появляется въ вагинѣ, слѣдовательно, когда поворотъ уже почти оконченъ. Но на самомъ дѣлѣ это лишь кажущееся преимущество, такъ какъ непосредственно послѣ отхода водъ пространственныя отношенія въ полости матки вслѣдствіе ослабленнаго состоянія ея стѣнокъ такъ-же благоприятны, какъ и при цѣломъ пузырьѣ, между тѣмъ какъ за этимъ преимуществомъ кроется опасность занесенія инфекции на внутреннюю поверхность матки оперирующею рукою, или, если послѣднюю можно признать точно дезинфицированной, то — неизбѣжно проникающимъ съ нею воздухомъ, а равно опасность отдѣленія дѣтскаго мѣста, въ томъ непредвидимомъ случаѣ, если оно прикрѣпляется къ той стѣнкѣ матки, отъ которой мы отдѣляемъ оболочки; всѣ эти опасности избѣгаются при способѣ *Levret*, такъ какъ здѣсь во все время пребыванія руки въ полости матки между стѣнками послѣдней и оперирующей рукою находятся оболочки.

Тѣ-же недостатки, которые нами указаны въ методѣ *Deleurye*, присущи и способу *Hueter*'а. Къ тому-же плодныя оболочки едва-ли когда бываютъ на столько растяжимы и податливы, чтобы онѣ могли выдержать всѣ необходимыя для выполненія метода манипуляціи.

Итакъ, согласно сказанному всего цѣлесообразнѣе вскрывать пузырь непосредственно въ зѣвѣ матки.

Дальнѣйшій занимающій насъ предварительный вопросъ будетъ тотъ: какимъ путемъ мы достигнемъ до ножекъ?

И здѣсь намъ предстоитъ выборъ между тремя методами: 1) *Voer*'а, 2) *Baudelocque*'а и 3) *Levret* и *Deutsch*'а.

По *Voer*'у мы ищемъ ножки тамъ, гдѣ онѣ нормально лежатъ, т. е. возлѣ живота плода, слѣдовательно — намъ нужно будетъ вести руку прямо туда, куда обращена его брюшная поверхность, т. е. кзади при I позиціи и кпереди при II.

По *Baudelocque*'у мы направляемся къ спинкѣ плода, затѣмъ проходимъ по ягодицѣ къ бедру, голени и, наконецъ, къ ножкѣ.

Методъ *Levret* и *Deutsch*'а имѣетъ цѣлью облегчить отысканіе ножекъ въ тѣхъ случаяхъ, когда къ нимъ нельзя пройти прямымъ путемъ, вслѣдствіе недостатка мѣста. Онъ заключается въ томъ, что прежде всего рукою оттѣсняютъ нѣсколько туловище плода, а затѣмъ поворачиваютъ его около продольной оси такимъ образомъ, чтобы ножки обратились книзу, т. е. на встрѣчу оперирующей рукѣ.

Относительно этого послѣднаго метода можно было-бы сказать только то, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ плодъ еще настолько подвиженъ, что допускаетъ названный поворотъ около продольной оси, и отыскиваніе ножекъ *in loco* не встрѣтило-бы никакихъ затрудненій, тогда какъ, наоборотъ, при имѣющемся уже ущемленіи плода до такой степени, что нельзя пройти рукою къ ножкамъ, нечего больше думать и о повертываніи плода вокругъ продольной оси. Слѣдовательно, этотъ методъ излишенъ тамъ, гдѣ онъ примѣнимъ, и невозможенъ тамъ, гдѣ онъ былъ-бы необходимъ.

Изъ обоихъ остальныхъ методовъ каждый выполнимъ и примѣнимъ. Болѣе простъ, во всякомъ случаѣ, способъ *Voër*'а, но въ извѣстныхъ случаяхъ придется прибѣгнуть къ способу *Baudelocque*'а, такъ, напр., при ошибкѣ въ діагнозѣ относительно позиціи, которая выясняется только послѣ введенія руки, далѣе—при отвисломъ животѣ у роженицы (*venter propendens*), если ножки плода обращены впередъ.

Стоящій теперь на очереди вопросъ, должны-ли мы низводить одну или обѣ ножки, долженъ быть разрѣшенъ въ томъ смыслѣ, что обыкновенно захватываютъ только одну ножку. Во-первыхъ, легче захватить и низвести одну ножку, чѣмъ разомъ двѣ, а во вторыхъ (и въ этомъ заключается главное основаніе только что приведеннаго правила), при тазовомъ положеніи, которое мы создаемъ изъ поперечнаго, не захваченная нами согнутая въ тазобедренномъ сочлененіи ножка составляетъ вмѣстѣ съ ягодицами болѣе полное средство для расширенія зѣва, чѣмъ однѣ ягодицы.

Тѣмъ не менѣе въ нѣкоторыхъ случаяхъ труднаго поворота приходится уклоняться отъ высказаннаго нами принципа и захватывать также вторую ножку. Такъ, при затрудненіи собственно въ поворотѣ плода за одну ножку

не рѣдко удается захватываніемъ обѣихъ ножекъ окончить поворотъ безъ дальнѣйшихъ затрудненій, при чемъ, вѣроятно, имѣеть значеніе моментально наступающее, вслѣдствіе низведенія обѣихъ ножекъ, увеличеніе свободного пространства для ягодицы, а равно и большая сила, которую мы можемъ приложить, производя влеченіе за обѣ ножки.

Если держаться правила о низведеніи одной только ножки, то тотчасъ-же является вопросъ, которую изъ обѣихъ ножекъ мы должны захватывать.

Въ этомъ отношеніи нѣтъ полнаго единогласія въ воззрѣніяхъ авторовъ. Между тѣмъ какъ одни устанавливаютъ для отдѣльныхъ случаевъ опредѣленные правила, которыхъ и должно держаться при выборѣ ножки, другіе признаютъ совершенно безразличнымъ, какую ножку мы низведемъ.

Вѣрно только то, что при затруднительномъ прониканіи въ матку и при недостаткѣ свободного мѣста мы захватимъ ту ножку, которая первую встрѣтится оперирующей рукѣ, а такую въ большинствѣ случаевъ окажется нижняя.

Отсюда, впрочемъ, не слѣдуетъ, чтобы въ болѣе благоприятныхъ случаяхъ, гдѣ намъ безъ особенной потери времени и безъ всякаго инсультированія стѣнки матки можетъ удастся захватить другую, а не ближе лежащую ножку, должно было отказываться отъ этого. если, съ другой стороны, благодаря этому можетъ быть достигнута какая-нибудь выгода. Но вѣдь въ концѣ концовъ дѣло идетъ о восстановленіи тазового положенія, механизмъ котораго, нормальный или ненормальный, можетъ имѣть самое серьезное значеніе для плода, да и для роженицы. Въ состояніи-ли мы низведеніемъ опредѣленной ножки оказать вліяніе на механизмъ тазового положенія? Экспериментъ на трупѣ и клиническое наблюденіе показываютъ, что подобное вліяніе существуетъ на самомъ дѣлѣ, и притомъ съ правильностью, которая насъ прямо побуждаетъ — въ каждомъ случаѣ, гдѣ это легко возможно — при выборѣ ножки для поворота поступать по опредѣленнымъ правиламъ.



Правило это гласить: При I. позиціи (спинка впередъ) слѣдуетъ дѣлать поворотъ на ниже-лежащую ножку, при II. позиціи — на выше-лежащую.

Въ другой редакціи это правило можетъ быть и таково: должно производить поворотъ на ножку, разноименную съ введенной рукою. Поэтому, слѣдовательно, правая рука должна всегда низводить лѣвую ножку, а лѣвая рука — всегда правую ножку.

Легко усмотрѣть, что при I. позиціи (спинка впередъ) направленіе спинки впередъ должно оставаться и при имѣющемъ получиться послѣ поворота тазовомъ положеніи. А это достигается низведеніемъ ближе-лежащей нижней ножки, т. е. правой при первомъ поперечномъ положеніи (головка влѣво), лѣвой — при второмъ (головка вправо).

При II. позиціи (брюшная поверхность впередъ) мы можемъ однако, захватывая дальнюю ножку, во время влеченія за нее -воздѣйствовать на продольную ось плода въ томъ смыслѣ, что спинка его повернется впередъ, и механизмъ родовъ такимъ образомъ опять станетъ нормальнымъ, тогда какъ, низводя ниже-лежащую ножку, мы могли-бы опасаться, что брюшная поверхность плода и въ полости таза останется обращенной впередъ. Положимъ, совершенно вѣрно, что и въ случаяхъ послѣдняго рода обыкновенно удастся въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ, до прохожденія плечиковъ и головки (самыхъ важныхъ частей), исправить механизмъ, но начинающій пусть останется при вышеизложенныхъ правилахъ, чтобы не создавать себѣ затрудненій, съ которыми ему, въ заключеніе, быть можетъ, и не удастся справиться. При описаніи экстракцій при тазовыхъ положеніяхъ мы еще возвратимся къ этому вопросу.

Должно, однако, остерегаться для отысканія верхней ножки проходить рукою между ниже-лежащей ножкою и животомъ плода, такъ какъ, возвращаясь тѣмъ-же путемъ, легко получить перекрещиваніе ножекъ и черезъ это слѣлать собственно поворотъ совершенно невозможнымъ.

Вторая редакція правила станетъ понятною, если со-

поставить данныя нами раньше предписанія о выборѣ руки съ только что изложенными — о выборѣ ножки.

Изъ того вліянія, которымъ мы обладаемъ вслѣдствіе низведенія опредѣленной ножки на дальнѣйшее положеніе плода, можно въ извѣстныхъ случаяхъ сдѣлать еще иное примѣненіе, если имѣть въ виду, что бедро низведенной ножки почти всегда обращается къ лонному соединенію матери, а бедро другой (согнутой въ тазобедренномъ сочлененіи) — къ вогнутости крестца.

Польза, которую мы въ состояніи извлечь изъ этого факта, сказывается въ случаяхъ поворота при косо-суженномъ тазѣ. При такого рода тазяхъ, конечно, желательно, чтобы затылокъ, какъ болѣе объемистая часть, вступилъ въ болѣе вмѣстительную половину таза. Этого можно достигнуть, если, не обращая вниманія на вышеизложенныя правила, захватывать всегда ножку одноименную болѣе обширной половинѣ таза.

Я долженъ, впрочемъ, еще разъ настоятельно указать на то, что въ случаяхъ затрудненнаго вслѣдствіе недостаточной подвижности плода поворота лучше отказаться отъ такого рода ухищреній, и скорѣе можно примириться съ трудностями неправильнаго механизма при тазовомъ положеніи, чѣмъ еще болѣе осложнять положеніе плода и до невозможности затруднять поворотъ.

Послѣ этихъ необходимыхъ предварительныхъ замѣчаній мы можемъ теперь приступить къ описанію самаго поворота.

Относительно положенія роженицы остаются въ силѣ общія правила (см. стр. 12).

Избранная, сообразно случаю, для поворота рука обнажается выше локтя, обеззараживается, смазывается по тыльной поверхности карболовымъ вазелиномъ, затѣмъ путемъ возможной аддукціи вытянутыхъ пальцевъ складывается конически и вводится въ наружныя половыя части роженицы, причемъ другая рука раздвигаетъ губы, чтобы предупредить заворачиваніе ихъ внутрь при введеніи первой руки. Когда послѣдняя совсѣмъ вошла въ вагину, мы постепенно проходимъ верхушками пальцевъ черезъ зѣвъ, тогда какъ свободная рука одновременно кладется на брюшныя покровы, и притомъ лучше всего на ту часть ихъ, которая соотвѣт-

ствуется положенію ягодиць плода. Эта рука имѣетъ двойное назначеніе: во-первыхъ, оттѣснить матку ко входу въ тазъ и тѣмъ противодѣйствовать стремленію оперирующей руки приподнять ее вверхъ, а во-вторыхъ, направляя и фиксируя ягодицы плода, укоротить тотъ путь, который должна совершить въ полости матки оперирующая рука.

Послѣдняя продвигается въ томъ направленіи, гдѣ на основаніи заранѣе точно поставленнаго діагноза должны находиться ножки, слѣдовательно, тотчасъ назадъ или впередъ. Въ послѣднемъ случаѣ, т. е. когда ножки лежатъ впереди, мы значительно облегчаемъ себѣ производство операціи, если мы во время проведенія руки кладемъ роженицу на тотъ бокъ, гдѣ находятся ягодицы, причемъ одноименное оперирующей рукѣ бедро роженицы должно быть переложено черезъ руку оператора кнаружи и въ этомъ положеніи удерживаемо.

Такъ какъ мы уже условились относительно способа отысканія ножекъ и выбора ножки, намъ остается еще только сказать о томъ, какъ и гдѣ должна быть захватываема послѣдняя, прежде чѣмъ мы ее будемъ низводить.

Никогда нельзя напередъ сказать, къ какому мѣсту конечности прежде всего попадутъ концы пальцевъ. Да это и безразлично, такъ какъ отъ достигнутой точки всегда должно спускаться по конечности внизъ до тѣхъ поръ, пока не будетъ достигнуто голенно-стопное сочлененіе. Послѣднее захватываютъ между указательнымъ и среднимъ пальцами, изъ которыхъ одинъ придется на тылъ стопы, а другой на пятку, между тѣмъ какъ верхушка большого пальца кладется на подошву. Такимъ образомъ ножка захвачена прочно, причемъ рука вмѣстѣ съ ножкой не занимаетъ существенно большаго пространства, чемъ безъ нея.

Захватывать конечность за колѣно, или пытаться низвести непосредственно ягодицы, заводя одинъ палецъ въ пахъ, я-бы не совѣтовалъ. Такимъ путемъ легко происходить переломы длинныхъ костей конечности.

Когда ножка захвачена, то ее низводятъ по тому-же

пути, по которому вошли, между тѣмъ какъ снаружи лежащая рука оставляетъ ягодицы и старается облегчить измѣненіе положенія плода, оттѣсня головку вверхъ.

Когда ножка выведена наружу до колѣна, поворотъ можно считать оконченнымъ.

Въ заключеніе я долженъ еще упомянуть объ одномъ обстоятельстве, имѣющемъ важное значеніе. Всѣ вышеупомянутыя манипуляціи въ полости матки должны быть производимы только въ промежуткѣ между болями. Во время болей оперирующая рука должна прекращать всякое движеніе, всякую попытку проникнуть дальше и должна оставаться совершенно пассивной, пока слѣдующая пауза не позволитъ продолжать операцію. Едва-ли нужно объяснять, что только строгимъ соблюденіемъ этого правила можно избѣжать поврежденія стѣнки матки, не говоря уже о томъ, что всѣ попытки движенія во время потуги обыкновенно остаются совершенно безуспѣшными.

Нерѣдко, спустя болѣе продолжительное время послѣ отхода водъ, удается дойти до ножки, низвести ее даже до зѣва, во влагалище или изъ наружныхъ частей, и все-таки поперечное положеніе остается безъ измѣненія и не уступаетъ ни влеченію за ножку, ни давленію на головку.

Въ подобныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ предложенному *Smellie* такъ называемому двойному приему, который состоитъ въ томъ, что соответствующею головкѣ рукою, введенною внутрь, непосредственно снизу оттѣсняютъ внѣ боли плечо вверхъ. Ножка между тѣмъ фиксируется и оттягивается внизъ другою рукою посредствомъ наложенной предварительно на голенно-стопное сочлененіе, такъ называемой петли для поворота.

Послѣдняя состоитъ изъ шелковой тесьмы, шириною приблизительно въ палецъ, длиною около 50 см., на одномъ концѣ которой прорѣзано отверстіе. Проведеніемъ другого конца тесьмы черезъ это отверстіе получается петля. Въ случаѣ нужды подобная петля можетъ быть замѣ-

нена прочной, предварительно обеззараженной, полотняной тесьмой.

Въ предъидущемъ изложеніи поворота на ножку мы сдѣлали предположеніе, что зѣвъ матки свободно проходимъ для руки. Если-же при поперечномъ положеніи пузырь разрывается при мало раскрытомъ еще зѣвѣ, то на основаніи вышеизложенныхъ причинъ мы тѣмъ не менѣе должны неотложно попытаться произвести поворотъ по другому методу, каковымъ является наружно-внутренній способъ поворота при узкомъ зѣвѣ по *Braxton Hicks*'у.

Этотъ методъ совершается точно по правиламъ вышеописаннаго поворота при достаточномъ раскрытіи зѣва, съ тѣмъ однако различіемъ, что въ полость матки вводятся только два пальца находящейся во влагалищѣ руки, которыми въ остальномъ мы дѣйствуемъ совершенно также, какъ при иныхъ условіяхъ всюю рукою. Существеннымъ подспорьемъ въ этой операціи, требующей, понятно, большого терпѣнія и ловкости со стороны оператора, являются точное распознаваніе положенія и позиціи плода, глубокой наркозъ и энергическое содѣйствіе снаружи лежащей руки. Что кромѣ того вялые брюшные покровы и вялыя, мало раздражительныя стѣнки матки должны быть очень благоприятны, а сильная потужная дѣятельность очень неблагоприятна для удачнаго исхода поворота,— это понятно само собою. Тѣмъ не менѣе именно при поперечномъ положеніи эта операція большею частью удается, быть можетъ, по той причинѣ, что разстояніе ножекъ отъ зѣва само по себѣ не велико, а давленіемъ снаружи каждый разъ еще замѣтно можетъ быть уменьшаемо.

Мы, однако, все-таки намѣрены обсудить нашъ образъ дѣйствія въ томъ случаѣ, если-бы при преждевременн мъ разрывѣ пузыря поворотъ по *Braxton Hicks*'у не удался.

Уже раньше было достаточно выяснено, что мы въ подобномъ случаѣ не можемъ выжидать, не опасаясь черезъ это потерять плодъ или причинить вредъ матери. А такъ какъ неприятное для врача положеніе создалось

лишь благодаря преждевременному разрыву пузыря, то нѣтъ ничего проще, какъ замѣнить въ такомъ случаѣ отсутствующій пузырь искусственн) — посредствомъ внутриматочнаго кольпейринтера. Лежащимъ въ нижнемъ сегментѣ матки наполненнымъ тампономъ лежащая часть плода, въ нашемъ случаѣ плечо съ грудною клѣткою, оттѣсняется далеко отъ нижняго отрѣзка матки, а существующія боли во многихъ случаяхъ усиливаются. Если послѣ полного раскрытія зѣва или, что все равно, послѣ выпаденія кольпейринтера тотчасъ-же приступить къ повороту, то оперирующая рука во всякомъ случаѣ встрѣтитъ достаточно пространства, чтобы пройти въ полость матки и низвести ножку: поворотъ удается безъ затрудненія.

Прежде чѣмъ кольпейринтеръ будетъ введенъ внутрь матки, его посредствомъ тщательнаго скатыванія дѣлаютъ по возможности безвоздушнымъ, закрываютъ затѣмъ кранъ, и тогда при расправляющемся тампонѣ воздухъ уже не можетъ въ него проникнуть. Послѣ этого его тщательно обеззараживаютъ 2—5 проц. растворомъ карболовой кислоты, осушаютъ, свертываютъ два раза вдоль, смазываютъ карболовымъ вазелиномъ и подъ руководствомъ двухъ пальцевъ проводятъ, чрезъ также дезинфицированную предварительно вагину и цервикальный каналъ, въ нижній отрѣзокъ матки; если онъ тамъ находитъ достаточно пространства, то онъ тотчасъ-же расправляется, и затѣмъ его медленно наполняютъ чрезъ идущую кнаружи трубку, при помощи спринцовки или ирригатора, умѣреннымъ количествомъ воды. Наполненіе не должно быть особенно сильно; а равно послѣ первой же спринцовки, вновь открывая кранъ, должно озаботиться удаленіемъ нѣсколькихъ, еще содержащихся, быть можетъ, въ полости кольпейринтера воздушныхъ пузырей. Лежащій такимъ образомъ въ нижнемъ отрѣзкѣ матки подъ лежащей частью тампонъ дѣйствуетъ совершенно такъ-же, какъ и плодный пузырь, при существующей потужной дѣятельности, на шейку и зѣвъ матки. Внутриполостное давленіе матки вгоняетъ тампонъ, какъ клинъ, между стѣнками шейки и обуслови-

ваетъ такимъ образомъ крайне бережное и въ то-же время быстрое раскрытіе зѣва.

Такимъ путемъ постепенно все большія периферіи баллона проходятъ черезъ зѣвъ, и въ тотъ моментъ, когда наибольшая окружность тампона пройдетъ черезъ плоскость зѣва, онъ выскальзываетъ во влагалище и обыкновенно тотчасъ-же наружу.

Такимъ образомъ, производя поворотъ по *Braxton Hicks*'у, а въ случаѣ неудачи — примѣняя внутриматочный кольпейринтеръ, намъ удастся устранить тѣ серьезныя опасности, которыя грозятъ при поперечномъ положеніи матери и плоду вслѣдствіе преждевременнаго отхода водъ.

Впрочемъ, чтобы описанное нами введеніе кольпейринтера было безопаснымъ, онъ никогда не долженъ лежать слишкомъ долго. Даже при самой строгой дезинфекціи нельзя вполне избѣгнуть введенія съ кольпейринтеромъ воздуха, который при болѣе длительной тампонаціи можетъ вызвать въ полости матки процессы разложенія. Поэтому тампонъ можно оставлять въ маткѣ только при хорошихъ боляхъ, такъ какъ тогда онъ навѣрно скоро обусловитъ необходимое раскрытіе зѣва, тогда какъ при отсутствіи болей онъ будетъ лежать безъ пользы.

Теперь мы переходимъ къ повороту изъ тазового положенія на головку.

Эта операція бываетъ возможна только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, такъ какъ полный поворотъ плода долженъ требовать, понятно, гораздо большей степени подвижности, чѣмъ поворотъ изъ поперечнаго положенія на головку или тазовой конецъ, тѣмъ болѣе, что для этой операціи мы будемъ пользоваться только наружными приѣмами, такъ какъ внутренніе не достаточно точны и, какъ внутренніе, въ силу ихъ сравнительной опасности потому никогда не могутъ быть показаны при тазовомъ положеніи, что при послѣднемъ опасность для матери при выжидательномъ образѣ дѣйствія равна нулю, а

опасность для плода все-таки не на столько велика, чтобы оправдывать причиненіе лишняго инсульта матери.

Слѣдовательно, эта операція можетъ имѣть мѣсто въ случаяхъ очень значительной подвижности плода (hydramnios), особенно у болѣе старыхъ первородящихъ, чтобы избѣгнуть опасности разрыва промежности при быстромъ выведеніи послѣдующей головки, а также опасности, грозящей плоду вслѣдствіе замедленнаго прохожденія верхней половины тѣла черезъ менѣе податливыя мягкія части.

Для этой операціи, какъ и для всякаго поворота на головку, должно предполагаться отсутствіе всякаго суженія таза, а равно необходимости въ быстромъ ускореніи родовъ, при существованіи которыхъ поворотъ на головку не могъ-бы быть разсматриваемъ, какъ исправленіе положенія.

Что касается техники поворота съ тазового конца на головку, то она должна сообразоваться съ раньше приведенными правилами поворота наружными приѣмами.

Мы должны, слѣдовательно, обѣими положенными на головку и на ягодицы руками придать плоду такое движеніе, въ силу котораго головка отошла-бы внизъ, а ягодицы — вверхъ; при этомъ сначала изъ тазового положенія производится поперечное, а затѣмъ уже изъ послѣдняго дѣлается поворотъ на головку.

При этомъ въ каждомъ случаѣ намъ предоставленъ выборъ — низводить помѣщающуюся въ днѣ головку вдоль правой, или вдоль лѣвой стѣнки матки. Легче, конечно, низводить головку по той сторонѣ, къ которой обращены брюшная поверхность и конечности плода.

Какъ ни мало возраженій можно а priori привести противъ этой операціи, на практикѣ тѣмъ не менѣе она приводится въ исполненіе лишь очень рѣдко, отчасти потому, что въ большинствѣ случаевъ отсутствуетъ то, или другое требующееся условіе, часто при попыткѣ къ производству операціи встрѣчаются неожиданныя препятствія, и, наконецъ, опасность тазового положенія на столько незначительна, что выжиданіе произвольнаго теченія родовъ вполне оправдывается.



И такъ, поворотъ съ ягодиць на головку всегда будетъ играть роль исключительной операціи.

Совершенно иное положеніе занимаетъ послѣдній видъ поворота, который намъ еще остается рассмотретьъ, — поворотъ съ головки на тазовой конецъ.

Такъ какъ головное положеніе есть нормальное, физиологическое положеніе плода, то должны имѣться очень вѣскія причины, которыя могли-бы насъ побудить — превратить это положеніе въ менѣе нормальное, заставляющее опасаться за плодъ, и все-таки видѣть въ этомъ исправленіе положенія.

Основанія для подобной операціи могутъ быть найдены только въ такихъ аномаліяхъ родовъ, которыя при существующемъ головномъ положеніи обуславливаютъ большую опасность для матери или плода, или для обоихъ вмѣстѣ, чѣмъ при тазовомъ положеніи.

Это априористическое заключеніе окажется совершенно справедливымъ, если мы поближе ознакомимся съ показаніями къ этой операціи.

Главнымъ показаніемъ для поворота изъ головного положенія служатъ извѣстныя степени и виды суженія таза.

Суженія таза или обуславливаютъ пространственное несоотвѣтствіе, или могутъ помимо такового вызывать аномаліи родовъ, требующія нашего вмѣшательства.

Пространственное несоотвѣтствіе при совершенно нормальномъ положеніи и величинѣ черепа можетъ обуславливаться исключительно степенью суженія таза, или-же являются, какъ осложненіе узкаго таза (а часто и какъ слѣдствіе его), различныя виды ненормальной установки головы, усиливающіе это несоотвѣтствіе. Сюда относятся лицевыя и лобныя положенія, и такъ называемое предлежаніе передней или задней темянною костью.

Наблюденіе и опытъ показываютъ, что при пространственномъ несоотвѣтствіи извѣстной степени тотъ-же черепъ, который въ качествѣ предлежащей части съ трудомъ или вовсе не прошелъ-бы черезъ тазъ, въ каче-

ствѣ послѣдующаго проходить тазовое кольцо гораздо легче. Это а ргіогі понятно для вышеприведенныхъ случаевъ неправильной установки головки, но находить подтвержденіе и при совершенно нормальномъ положеніи ея.

Въ объясненіе этого факта приводятъ болѣе благопріятную форму головки во время ея прохожденія при тазовомъ положеніи. Дѣйствительно, черепъ плода въ фронтальномъ разрѣзѣ, проходящемъ черезъ темянные бугры, представляетъ собою какъ-бы двойной клинъ, одна половина котораго находится выше бипаріетальнаго размѣра, а другая—ниже его. При такомъ сравненіи верхушка нижняго клина соотвѣтствовала-бы большому затылочному отверстию, а верхушка верхняго — стрѣловидному шву; легко замѣтить, что боковыя стѣнки нижняго клина сходятся у верхушки подъ острымъ угломъ, а бока верхняго — подъ тупымъ; но такъ какъ сила дѣйствія клина при прочихъ равныхъ условіяхъ бываетъ тѣмъ больше, чѣмъ острѣе уголъ его верхушки, то *Simpson* въ этомъ условіи усмотрѣлъ причину болѣе легкаго прохожденія черепа черезъ узкій тазъ при тазовомъ положеніи и болѣе труднаго — при черепномъ.

Быть можетъ, и болѣе сильный оттокъ цереброспинальной жидкости въ спинно-мозговой каналъ при тазовыхъ положеніяхъ дѣлаетъ возможнымъ большее захожденіе черепныхъ костей, болѣе замѣтное уменьшеніе объема черепа.

Но если-бы даже отсутствовало это теоретическое объясненіе, наблюдавшійся еще *Fr. B. Oslander* омъ фактъ остается неопровержимымъ, что послѣдующая головка легче проходитъ черезъ тазовой каналъ, и поэтому въ случаяхъ вышеуказаннаго рода при пространственномъ несоотвѣтствіи поворотъ, съ извѣсными ограниченіями, о которыхъ рѣчь будетъ ниже, дѣйствительно представляетъ собою исправленіе положенія.

Мнѣ кажется достойнымъ замѣчанія еще то, что въ случаѣ, если-бы и послѣдующая головка не была въ состояніи пройти черезъ тазовое кольцо, то перфорация ея могла-бы быть произведена безъ существенно болѣшихъ затрудненій, чѣмъ перфорация подлежащаго черепа.

Но и при такихъ суженіяхъ таза, которыя не создаютъ обязательно механическаго препятствія для родовъ, являются различныя аномаліи, требующія производства поворота. Таковы выпаденія конечностей или выпаденіе пуповины, стоящія съ существующимъ суже-

ніем таза въ причинной связи, и съ другой стороны оказывающіяся неправыми вслѣдствіе этого суженія, такъ какъ послѣ произведеннаго вправленія отсутствуетъ плотное прилеганіе головки къ нижнему сегменту матки, и такимъ образомъ остается поводъ къ постоянно возобновляющемуся выпаденію.

Если такимъ образомъ самымъ частымъ показаніемъ къ повороту служатъ суженія таза сами по себѣ, или осложненныя аномаліями положенія и членорасположенія, а равно выпаденіями, то второе мѣсто среди показаній къ повороту на тазовой конецъ мы должны отвести аномаліи, при которой понятіе объ исправленіи положенія выступаетъ особенно рельефно: это — *placenta praevia*.

Такъ какъ предлежаніе дѣтскаго мѣста во многихъ случаяхъ представляетъ собою трудное осложненіе для техники самого поворота, то его специальнымъ разсмотрѣніемъ мы займемся въ прибавленіи къ ученію о поворотѣ, а теперь я ограничусь, въ подтвержденіе только что сказаннаго, упоминovenіемъ о томъ, что при рано произведенномъ поворотѣ низведенная ножка есть лучшій и самый безопасный тампонъ, такъ что кровотеченіе, бывшее до того угрожающимъ, послѣ такого исправленія положенія плода останавливается, и дальнѣйшее теченіе родовъ большею частью можетъ быть предоставлено силамъ природы.

Наконецъ, поворотъ изъ головного положенія показуется также при извѣстныхъ, имѣющихъ быть упомянутыми и среди показаній къ щипцамъ, аномаліяхъ, угрожающихъ жизни или здоровью матери, или плода, или обоихъ вмѣстѣ, предполагая, что взаимно исключаютія одни другія условія для щипцовъ и для поворота благоприятны для послѣдняго. Въ этихъ случаяхъ дѣло идетъ собственно о томъ, чтобы пріобрѣсти на тѣлѣ плода точку приложенія силы. Головка, при только что сдѣланномъ нами предположеніи, по причинѣ своего высокаго стоянія и своей подвижности не можетъ служить такой точкой. Слѣдовательно, неблагоприятное при данныхъ обстоятельствахъ положеніе должно быть исправлено путемъ производства тазового положенія, при

которомъ уже безъ дальнѣйшихъ затрудненій можно будетъ произвести извлеченіе за низведенную ножку.

Условія, требующіяся для поворота изъ головнаго положенія на тазовой конецъ, суть: раскрытіе зѣва по меньшей мѣрѣ до проходимости его для двухъ пальцевъ, подвижность плода и связанное съ нею, уже нѣсколько разъ упоминавшееся условіе касательно плоднаго пузыря, наконецъ — отсутствіе абсолютнаго суженія таза.

Яснѣ всего проявятся выгоды поворота, конечно, при тѣхъ степеняхъ и видахъ суженія таза, при которыхъ подлежащая головка проходитъ съ трудомъ или только уменьшенной въ объемѣ, послѣдующая же головка можетъ быть проведена черезъ тазъ съ сохраненіемъ плода. Таковы—плоскіе (или только въ одномъ направленіи суженные) тазы съ сож. 7—8½ см. Но при очень благоприятныхъ условіяхъ я не отказывался-бы совершенно отъ поворота и при обще-суженномъ тазѣ той-же степени, во всякомъ случаѣ не ради надежды на спасеніе плода (который при этомъ погибаетъ и при черепномъ предлежаніи), но для болѣе легкой постановки показанія къ перфорациі и для облегченія и укороченія въ интересахъ матери родовой работы, требующей въ противномъ случаѣ еще цѣлыхъ дней.

Относительно техники поворота изъ головнаго положенія мы можемъ быть кратки, такъ какъ операція въ наиболѣе существенныхъ своихъ частяхъ совпадаетъ съ поворотомъ изъ поперечнаго положенія на тазовой конецъ.

И здѣсь поворотъ можетъ быть производимъ одними наружными приѣмами (на ягодицы), или внутренними (вѣрнѣе наружно-внутренними) приѣмами.

Первый способъ слѣдовало-бы испробовать при благоприятныхъ условіяхъ въ каждомъ случаѣ, причемъ низвести въ заключеніе ножку, съ цѣлью-ли экстракціи или по другимъ причинамъ, можно-бы было несомнѣнно бережнѣе, чѣмъ посредствомъ внутренняго поворота. Въ остальномъ все сказанное нами относительно наружнаго поворота при поперечномъ и тазовомъ положеніи относится и къ наружному повороту съ головки на тазовой конецъ.

Точно также и относительно поворота внутренними приемами я могу быть кратокъ и указать на изложенное уже мною учение о поворотѣ при поперечномъ положеніи.

Приготовленія, выборъ руки, образъ дѣйствія относительно плоднаго пузыря, способъ отысканія ножекъ, рѣшеніе вопроса о низведеніи одной или обѣихъ ножекъ — совпадаютъ съ раньше сказаннымъ по этому поводу.

Что касается выбора ножки, то и здѣсь остается въ силѣ правило: должно захватывать ножку разноименную оперирующей рукѣ. При головномъ положеніи это всегда будетъ та, которая расположена ближе къ брюшнымъ покровамъ матери. Все остальное, сказанное раньше о выборѣ ножки, имѣетъ значеніе и здѣсь; особенно при головныхъ положеніяхъ заслуживаютъ вниманія вышеприведенныя соображенія о выборѣ ножки при косо-сѣуженномъ тазѣ, на томъ основаніи, что ягодицы на болѣе длинномъ пути до входа въ тазъ вѣрнѣе совершать желаемые повороты.

Избранную для поворота руку слѣдуетъ всегда проводить по лицу плода до его живота и соотвѣтственно этому низводить захваченную ножку по тому-же пути. Помогаящая снаружи рука оказываетъ при этомъ существенныя услуги для достиженія ножекъ и, можетъ быть, еще болѣе для послѣдующаго поворачиванія плода. Если-бы, не смотря на это, послѣ низведенія ножки не удавалось давленіемъ снаружи отвести головку отъ входа въ тазъ, то этого всегда можно будетъ достигнуть посредствомъ двойнаго приема, который производится здѣсь совершенно аналогичнымъ образомъ, какъ и при поперечныхъ положеніяхъ, если только поворотъ, вообще, не былъ предпринятъ слишкомъ поздно.

А также поворотъ по *Braxton Hicks*'у, производимый совершенно такимъ-же образомъ и при одинаковыхъ условіяхъ, какъ и при поперечномъ положеніи, отличается въ данномъ случаѣ лишь болѣею трудностью вслѣдствіе значительнаго удаленія части плода, которую приходится низводить, почему главное участіе выпадаетъ при этомъ на долю наружныхъ приемовъ.

Въ дополненіе къ ученію о поворотѣ я хотѣлъ-бы еще упомянуть о нѣкоторыхъ аномаліяхъ, которыя видоизмѣняютъ, затрудняютъ или даже противопоказуютъ производство поворота.

Такъ, напр., въ каждомъ случаѣ *tetanus uteri*, грозящаго совершиться или уже начавшагося разрыва я считаю поворотъ противопоказаннымъ, такъ какъ вслѣдствіе измѣненія положенія плода неизбежно происходитъ неравномѣрное растяженіе отдѣльныхъ частей стѣнокъ матки, и такимъ образомъ можетъ наступить разрывъ или увеличеніе существующаго уже разрыва.

Если приходится дѣлать поворотъ при выпаденіи верхней конечности, то должно обращать вниманіе на то, чтобы не повредить ея оперирующей рукою. Кромѣ того, какъ при поперечномъ, такъ и при головномъ положеніи, представляется цѣлесообразнымъ на выпавшую ручку петлю, чтобы при дальнѣйшемъ ручномъ пособіи избѣгнуть необходимости освободить ее.

При выпаденіи нижней конечности никогда не слѣдуетъ пытаться вправлять ее, а должно за выпавшую конечность произвести поворотъ плода. Если это оказывается труднымъ, то можно воспользоваться двойнымъ приѣмомъ.

Выпаденіе пуповины представляется безразличнымъ для техники поворота явленіемъ и можетъ имѣть руководящее значеніе лишь при выборѣ времени для экстракціи, смотря по тому, сдѣлались-ли условія расположенія пуповины послѣ поворота болѣе благопріятными, или остались такими-же неблагопріятными, какъ и раньше.

При предлежаніи дѣтскаго мѣста время производства поворота будетъ зависѣть отъ появленія сильнаго кровотеченія. Последнее, вообще, видоизмѣняется смотря по виду предлежанія *placentae*. Такимъ образомъ при *placenta praevia totalis* показаніе къ повороту наступаетъ уже очень рано, а при болѣе легкихъ формахъ (*placenta praevia partialis* или *lateralis*) — къ концу перваго періода родовъ. Слѣдовательно, при раннемъ сильномъ кровотеченіи мы приступаемъ къ повороту, какъ только шейка

будет смягчена, а зѣвъ — проходимъ по крайней мѣрѣ для двухъ пальцевъ. А до тѣхъ поръ кровотечение останавливается, въ случаѣ нужды, тампонацией влагалища помощью кольпейринтера.

При мало раскрытомъ зѣвѣ поворотъ производится по *Braxton Hicks*'у, а при достаточно раскрытомъ — по обыкновенному способу.

Если дѣтское мѣсто предлежитъ на всемъ протяженіи зѣва, то лучше прямо его продыравить, чѣмъ отдѣлять его съ одной стороны, развѣ только за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда край *placentae* находится не далеко отъ края зѣва, въ чемъ можно убѣдиться путемъ осторожнаго изслѣдованія, производимаго однимъ пальцемъ по периферіи нижняго отрѣзка матки. Низведенныя внизъ ягодицы и выведенная изъ зѣва матки во влагалище ножка плотно придавливаютъ отдѣлившіяся уже дольки *placentae* къ ихъ материнской почвѣ въ нижнемъ сегментѣ матки, сдавливаютъ зіяющіе сосуды и обуславливаютъ образованіе въ нихъ тромбовъ еще *sub partu*. Такимъ образомъ часто можно ждать произвольнаго окончанія родовъ или, въ случаѣ надобности, при полномъ открытіи зѣва произвести экстракцію (отнюдь не раньше — въ виду опасности надрывовъ сильно васкуляризированной шейки матки).

При такомъ образѣ дѣйствія предсказаніе для роженицы несравненно лучше, чѣмъ при долго продолжающейся тампонаціи, можетъ быть по тому, что скопляющаяся между тампономъ и шейкой матки кровь представляетъ собою прекрасную питательную жидкость для микроорганизмовъ. Что при каждомъ изслѣдованіи, а еще болѣе при манипуляціяхъ, необходимыхъ для введенія тампона, вводится вмѣстѣ съ тѣмъ и воздухъ, содержащій такихъ возбудителей разложенія, — это уже достаточно извѣстно. А эти процессы разложенія, при болѣе длительной тампонаціи, неминуемо оказываютъ вредное вліяніе на роженицу, тѣмъ болѣе, что въ шейкѣ матки именно при *placenta praevia* находятся широко-зіяющіе кровеносные и лимфатическіе сосуды въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ очагомъ разложенія.

Между тѣмъ какъ смертность матерей при указанномъ методѣ, введенномъ въ практику *Braxton Hicks'*омъ (1861), значительно падаетъ, смертность дѣтей, напротивъ, повышается, что однако не можетъ имѣть вліянія на нашъ образъ дѣйствія въ виду столь опасной для матери аномалии.

Впрочемъ смертность дѣтей при предлежаніи дѣтскаго мѣста и раньше при длительной тампонаціи съ быстрымъ извлеченіемъ не была существенно лучшею, если считать умершихъ во время, а равно и послѣ родовъ. на первой недѣлѣ жизни, дѣтей, такъ какъ при *placenta praevia* мы въ большинствѣ случаевъ имѣемъ дѣло съ недоношенными плодами, а измѣнить что-либо въ этомъ фактѣ врачъ никогда не будетъ въ состояніи.

Я не могу не упомянуть, что именно здѣсь, гдѣ наружно-внутренній поворотъ часто можетъ представлять весьма значительныя затрудненія, придется прибѣгать къ наружному повороту на ягодицы, чтобы затѣмъ уже низводить ножку. Поворотъ наружными приемами при предлежаніи дѣтскаго мѣста большею частью удается легко, такъ такъ въ то время, когда появляется кровотеченіе, роды находятся еще въ самомъ началѣ, стѣнки матки и брюшные покровы большею частью вялы, такъ какъ предлежаніе дѣтскаго мѣста наблюдается почти исключительно у многородящихъ. Да и воды именно въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, какъ это понятно, еще цѣлы.

---

Мнѣ кажется не неумѣстнымъ, какъ-бы въ формѣ прибавленія къ ученію объ измѣненіяхъ положенія плода посредствомъ поворота, упомянуть о другомъ измѣненіи положенія, конечно, не въ точномъ значеніи этого слова, а именно — о превращеніи лицевого положенія въ затылочное.

Строго говоря, здѣсь идетъ рѣчь во всякомъ случаѣ не объ измѣненіи положенія, а только объ измѣненіи въ членорасположеніи, но, излагая здѣсь эту операцію, я совершаю не большую ошибку, чѣмъ совершаемая нами ежедневно, когда мы говоримъ о лицевомъ положеніи, тогда какъ менѣе кратко, но болѣе справедливо мы



должны-бы были говорить о головномъ положеніи съ лицевымъ предлежаніемъ.

Основанія для превращенія лицевого положенія въ затылочное тѣ-же, которыя существуютъ для поворота при тазовомъ положеніи: Если даже тазовыя и лицевыя положенія считать нормальными, то все-таки должно сознаться, что они даютъ худшій прогнозъ, чѣмъ черепныя положенія, такъ какъ при тазовыхъ умираетъ вчетверо больше дѣтей, а при лицевыхъ вдвое больше, чѣмъ при черепныхъ.

Болѣе старые методы превращенія лицевого положенія въ черепное состояли въ томъ, что помощью внутреннихъ приемовъ, давленіемъ на лицо, или на затылокъ, или на оба одновременно, старались достигнуть желаемой цѣли.

Эти преподаанные намъ *Baudelocque*'омъ и *Osiander*'омъ приемы, вслѣдствіе ихъ негодности и большой сравнительно съ достигаемымъ результатомъ опасности, всеми оставлены и даже подорвали довѣріе, вообще, къ этой операціи, пока *Schatz* не предложилъ своего метода наружныхъ приемовъ, который долженъ быть примѣняемъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются необходимыя для этого условія.

Для того, чтобы исправленіе лицевого положенія по *Schatz*'у удалось, необходимо имѣть въ виду тотъ фактъ, что лицевое положеніе при переходѣ въ затылочное должно пройти чрезъ промежуточное положеніе (лобное), которое сопряжено съ удлинненіемъ продольной оси плода.

Лишь имѣя въ виду этотъ переходный стадій, можно рассчитывать на успѣшный исходъ исправленія.

Необходимыя условія для операціи суть подвижность плода, особенно высокое и подвижное стояніе лица, умѣренная или отсутствующая потужная дѣятельность.

Само производство операціи совершается слѣдующимъ образомъ: захватываютъ снаружи плечо и грудь плода и оттѣсняютъ ихъ въ промежуткѣ между болями сначала вверхъ и въ ту сторону, куда обращена спинка

плода, а позднѣе, какъ только продольная ось плода на своемъ протяженіи пересѣчетъ приблизительно центръ черепа, просто въ сторону спинки, безъ одновременнаго движенія вверхъ. Но для того, чтобы путемъ этого давленія смѣщать дѣйствительно грудную клѣтку плода, а не матку *in toto*, другою рукою верхній отдѣлъ матки, а съ нимъ и ягодицы оттѣсняются въ ту сторону, гдѣ прежде находилась грудь; при этомъ давленіе рукою на ягодицы должно сначала направляться въ сторону и вверхъ, а затѣмъ просто въ сторону.

Путемъ этихъ манипуляцій длинная ось плода выпрямляется, потомъ въ противоположномъ лицевому положенію смыслѣ опять сгибается, и головка такимъ образомъ изъ чрезмѣрной экстензіи переходитъ въ среднее положеніе и, наконецъ, — въ черепное, въ которомъ она тѣмъ вѣрнѣе остается, что для вторичнаго появленія лицеваго положенія опять должно-бы было наступить удлинненіе продольной оси плоднаго яйца. А этого нельзя опасаться безъ воздѣйствія снаружи.

## II. Родоразрѣшающія операціи.

- а) Извлеченіе не уменьшеннаго въ объемѣ плода черезъ естественные пути.

### Обція свѣдѣнія. Показанія. Условія.

Подъ извлеченіемъ, вообще, разумѣютъ выведеніе плода наружу.

Подъ такимъ общимъ представленіемъ должно-бы быть понимаемо не только выведеніе не уменьшеннаго въ объемѣ плода, но и извлеченіе его послѣ перфорации, декапитации и при кесарскомъ сѣченіи. Послѣднія операціи, однако, будутъ соотвѣтственно рассмотрѣны въ особыхъ отдѣлахъ. Здѣсь-же будетъ рѣчь объ извлеченіи плода черезъ естественные пути безъ уменьшенія его въ объемѣ.

Подобное извлеченіе можетъ быть произведено при тазовомъ положеніи — при этомъ оно совершается ручными приемами, — или при головномъ положеніи; въ послѣднемъ случаѣ, чтобы получить точку приложения для нашей силы, мы должны предварительно удлинить искусственно головку. Это достигается путемъ наложенія щипцовъ, ибо только тогда мы въ состояніи примѣнить нашу силу для выведенія головки наружу.

Если мы, въ общемъ, спросимъ себя о показаніяхъ къ извлеченію плода, то, не входя пока въ детали, мы можемъ отвѣтить на этотъ вопросъ такъ: показаніемъ для извлеченія плода служитъ слабость родовыхъ болей.

Мы придемъ къ этому показанію логическимъ путемъ, если мы себя спросимъ, какою цѣлью мы руководимся, прилагая свою силу для выведенія плода наружу, предложитъ-ли тазовой конецъ его, или головка. Въ подобномъ случаѣ мы имѣемъ цѣлью — замѣнить или усилить отсутствующую или слишкомъ слабую потужную дѣятельность. Слѣдовательно, въ такомъ намѣреніи заключается, если я могу такъ выразиться, укоръ имѣющейся потужной дѣятельности. При нормальныхъ условіяхъ она-то именно и призвана для изгнанія плода наружу безвреднымъ для него и для матери образомъ. Если мы, слѣдовательно, принуждены извлекать плодъ искусственно, то уже въ этомъ самомъ заключается идея слабости родовыхъ болей. Это общее показаніе, выраженное въ такой совершенно общей формѣ, требуетъ, впрочемъ, болѣе близкаго поясненія. Мы можемъ разбить показанія для извлечения плода на три группы.

Къ первой группѣ относятся всѣ тѣ случаи, когда потужная дѣятельность сама по себѣ слишкомъ слаба для того, чтобы окончить роды, когда родовыя боли сопровождаются большими промежутками, а каждое отдѣльное сокращеніе кратковременно и не достаточно энергично. Это есть истинная слабость болей въ обычномъ значеніи этого слова.

Во второй группѣ случаевъ мы встрѣчаемся уже съ болями, которыя, при отсутствіи иныхъ уклоненій отъ нормы, были-бы совершенно достаточны для окончанія родовъ въ благопріятное для матери и плода время. Но на этотъ разъ существуютъ извѣстныя препятствія механическаго свойства со стороны матери или со стороны плода, которыя требовали-бы для окончанія родовъ силами природы гораздо болѣе родовой работы, чѣмъ существующая.

А такъ какъ матка въ данномъ случаѣ въ состояніи развить лишь извѣстную сумму силъ, то мы должны въ такомъ случаѣ подкрѣпить имѣющуюся потужную дѣятельность, чтобы такимъ образомъ сообща преодолѣть увеличенное сопротивленіе. Здѣсь мы имѣемъ, слѣдовательно, дѣло съ относительною слабостью болей

въ сравненіи съ увеличенными сопротивленіями.

Третья группа показаній заключаетъ въ себѣ опять случаи, въ которыхъ потужная дѣятельность, помимо имѣющихся уклоненій отъ нормы, должна-бы быть признана нормальной; да и сопротивленія не увеличины. Но наступили такія явленія, которыя дѣлаютъ желательнымъ окончаніе родовъ въ относительно очень короткое время.

Чтобы сдѣлать эту группу болѣе понятною, я приведу примѣръ. Допустимъ, что дѣло идетъ о выпаденіи пуповины. Въ тотъ моментъ, когда пуповина выпадаетъ, является опасность ея сдавленія, и въ силу этого — опасность для жизни плода. Если родовыя боли въ данномъ случаѣ настолько сильны, что роды въ нѣсколько минутъ могутъ окончиться произвольно, то намъ нѣтъ надобности извлекать плодъ; если-же дѣло обстоитъ иначе, то мы должны сознаться, что мы не обладаемъ никакими средствами моментально усилить потуги на столько, чтобы плодъ былъ изгнанъ достаточно быстро.

Слѣдовательно, мы имѣемъ дѣло съ слабостью болѣе по отношенію къ существующей аномаліи, т. е. съ относительной слабостью болѣе въ сравненіи съ требующеюся быстротой окончанія родовъ, и должны стараться подкрѣпить слишкомъ слабыя боли нашею силою, чтобы такимъ образомъ совмѣстно сдѣлать возможными роды въ такой промежутокъ времени, въ теченіе котораго плодъ (или также и мать) не потерпѣлъ-бы вреда.

Теперь мы перейдемъ къ деталямъ этихъ показаній.

Къ первой группѣ относится слабость родовыхъ болей вслѣдствіе недостаточнаго развитія мускулатуры или недостаточной иннерваціи, слабость болѣе вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ въ существѣ матки или въ ея окружности, разрывъ матки и, наконецъ, наступившая смерть роженицы.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ потужная дѣятельность стоитъ далеко ниже нормы, и мы должны отсутствующія или слишкомъ слабыя родовыя боли замѣнить нашей силою.

Во второй группѣ показаній, гдѣ, слѣдовательно, дѣло идетъ объ относительной слабости болей вслѣдствіе чрезмѣрныхъ сопротивленій, послѣднія могутъ быть обусловлены матерью или плодомъ.

Со стороны матери наиболѣе частыя показанія даются чрезмѣрной неподатливостью тазового дна, входа въ рукавъ, далѣе — пространственными несоотвѣтствіями. Послѣднія могутъ быть обусловлены заболѣваніями костей или новообразованіями, которыя въ свою очередь могутъ исходить изъ костныхъ стѣнокъ родового канала или изъ мягкихъ родовыхъ путей.

Со стороны плода къ этой группѣ относятся: ненормальная величина или установка головки, выпаденіе одной или обѣихъ ручекъ, или одной нижней конечности, и, наконецъ, въ рѣдкихъ случаяхъ — также извѣстныя формы двойныхъ уродствъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ дѣло идетъ, слѣдовательно, объ относительной слабости болей; потужная дѣятельность можетъ быть на столько сильна, что она была-бы въ состояніи окончить благопріятно для матери и плода случай съ нормальнымъ сопротивленіемъ; а когда сопротивленія значительно увеличены, ея сила оказывается уже недостаточною и должна быть подкрѣплена нашей силою.

Къ третьей группѣ, къ которой мы отнесли относительную слабость болей въ виду требующейся поспѣшности окончанія родовъ, принадлежатъ внезапно наступающія опасныя явленія, которыя угрожаютъ жизни матери большею частью одновременно съ жизнью плода.

Въ этомъ отношеніи должны быть названы заболѣванія роженицы, особенно сопряженныя съ лихорадкою, далѣе — пороки сердца, болѣзни легкихъ, затѣмъ эклампсія во время родовъ и кровотеченія. Послѣднія могутъ происходить съ внутренней поверхности матки, изъ шейки, изъ влагалища или изъ его входа. Намъ завело-бы слишкомъ далеко подробное перечисленіе всѣхъ причинъ кровотеченій; для нашихъ цѣлей достаточно указать вообще на такого рода показанія.

Наконецъ, опасность только для жизни плода можетъ

также являться показаніемъ къ ускоренію родовъ. Подобная опасность обусловливается почти исключительно затрудненнымъ окисленіемъ крови пл да.

Послѣдняго рода причинамъ, въ виду ихъ важности, вообще, а въ особенности въ виду того вліянія, которое онѣ оказываютъ на вмѣшательство или невмѣшательство акушера, мы посвятимъ отдѣльную, болѣе обстоятельную главу въ прибавленіи.

Разсмотрѣвъ такимъ образомъ показанія въ общихъ чертахъ и оговорившись, что перечисленными я далеко не считаю исчерпанною всю совокупность могущихъ быть показаній для извлеченія плода, но что мнѣ было важно дать только общій обзоръ таковыхъ, — мы перейдемъ къ обсужденію общихъ условій, необходимыхъ для извлеченія.

Для извлеченія плода, предлежитъ-ли онъ тазовымъ концомъ или головкою, требуется:

- 1) Полное раскрытіе зѣва.
- 2) Отсутствие цѣлости пузыря.
- 3) Достаточная вмѣстимость таза.

Если имѣется суженіе таза, то *conjugata* не должна быть ниже 8 *cm.* Ибо, если при головномъ положеніи *conjugata* имѣетъ меньше 8 *cm.*, то лишь при очень благоприятныхъ условіяхъ со стороны величины головки можемъ мы надѣяться извлечь плодъ. Живого-же и жизнеспособнаго ребенка, близко къ нормальному концу беременности, нельзя провести при конъюгатѣ ниже 8 *cm.*; въ такихъ случаяхъ мы принуждены отказать отъ наложенія щипцовъ и вмѣсто этого произвести перфорацию.

Если-же при тазовомъ положеніи мы вынуждены производить экстракцію при конъюгатѣ меньше 8 *cm.*, то вѣроятность провести послѣдующую головку не уменьшенной крайне незначительна, такъ что, слѣдовательно, при конъюгатѣ ниже 8 *cm.* ни въ какомъ случаѣ нельзя рассчитывать на извлеченіе не уменьшеннаго въ объемѣ плода. Впрочемъ, въ послѣдствіи мы еще возвратимся къ нѣкоторымъ деталямъ этихъ общихъ условій при изложеніи операціи наложенія щипцовъ.

## 1. Извлеченіе и ручное пособіе при тазовомъ положеніи.

Послѣ такого общаго введенія я перехожу къ обсужденію экстракціи плода при тазовомъ положеніи. Мы начинаемъ съ этой операціи, потому что она представляется самою древнею.

Послѣ того, какъ Гиппократъ высказалъ; „grave autem est etiam si foetus in pedes processerit, et saepe aut matres pereunt aut pueri aut ambo“, мысль о необходимости возможно быстраго извлеченія плода, если онъ предлежитъ тазовымъ концемъ, лежала, какъ проклятіе, на образѣ дѣйствія акушеровъ послѣдующихъ вѣковъ до самаго конца прошлаго столѣтія. Никогда не позволялось предоставить изгнаніе плода силамъ природы, а всегда считалось при тазовомъ положеніи необходимымъ содѣйствіе искусства.

Но такъ какъ, не смотря на это, случай допускалъ, что дѣти при запоздавшемъ прибытіи врача произвольно рождались живыми въ тазовомъ положеніи, то эти случаи объявлялись рѣдкими и крайне поразительными исключеніями изъ правила, безъ того чтобы эти такъ называемыя исключенія открывали для нашихъ предшественниковъ болѣе прагматичнѣйшій взглядъ на истинное положеніе дѣла.

*Jörg*'у принадлежитъ большая заслуга, какъ первому, указавшему со всею рѣшительностью на то, что тазовыя положенія такъ-же хорошо могутъ оканчиваться произвольными родами, какъ и головныя.

Послѣ него самые авторитетные акушеры прошлаго и настоящаго столѣтій боролись всѣми своими силами, чтобы выбить изъ сѣдла старое гиппократовское ученіе.

Въ настоящее время мы знаемъ, что тазовыя положенія такъ-же хорошо могутъ оканчиваться произвольными родами, какъ и черепныя. Но, съ другой стороны, мы знаемъ также, что при тазовомъ положеніи въ очень многихъ случаяхъ наступаетъ опасность для жизни плода, и дѣлается необходимымъ его извлеченіе. Въ нижеслѣдующемъ изложеніи экстракціи при тазовомъ положеніи для выясненія нашей точки зрѣнія будетъ уместно діатетику фізіологическихъ тазовыхъ положеній — а подъ этимъ названіемъ мы разумѣемъ тѣ изъ нихъ, при которыхъ не имѣется никакихъ дальнѣй-



шихъ осложненій — строго отдѣлить отъ терапіи такихъ тазовыхъ положеній, при которыхъ имѣются или наступаютъ осложненія, требующія быстраго извлеченія плода уже въ тотъ стадій родовъ, когда ягодицы еще не прорѣзались.

Выше перечисленныя общія показанія къ извлеченію имѣютъ значеніе для послѣдняго случая.

Физиологическія тазовыя положенія требуютъ нашей помощи лишь въ то время, когда ягодицы плода совершенно родились. Если послѣ рожденія ягодицъ не наступаютъ достаточно сильныя потуги, изгоняющія остальное туловище и головку въ нѣсколько минутъ, то мы должны искусственно воспроизвести это изгнаніе. Требующіеся для этого приемы мы называемъ **ручнымъ пособіемъ**.

Причины, въ силу которыхъ мы всегда при тазовомъ положеніи должны быть готовы оказать ручное пособіе, коль скоро дѣло идетъ о живомъ и жизнеспособномъ плодѣ, заключаются въ препятствіи для быстраго рожденія плода, обусловливаемомъ относительно большой величиной плечиковъ и головки, вслѣдствіе чего, слѣдовательно, родовые пути не бывають подготовлены ягодицами на столько, чтобы плечики и головка могли слѣдовать за ними безъ дальнѣйшихъ затрудненій. А такъ какъ при всякомъ продольномъ положеніи, будетъ-ли то головное, или ягодичное, послѣ рожденія подлежащей крупной части матка на столько уменьшается, что неизбежно наступаетъ частичное отдѣленіе дѣтскаго мѣста, а съ этимъ — затрудненіе газоваго обмѣна между матерью и плодомъ, то ясно, что въ тотъ моментъ, когда это совершается, роды должны быть быстро оканчиваемы. Этимъ условіямъ дается удовлетвореніе при головныхъ положеніяхъ въ томъ смыслѣ, что послѣ рожденія головки, какъ самой крупной части плода, мягкіе родовые пути представляются настолько расширенными, что остальныя части быстро слѣдуютъ или произвольно, или давленію, или легкому влеченію. Кромѣ того вѣдь при головномъ положеніи плодъ послѣ рожденія головки можетъ дышать. Иначе дѣло обстоитъ при тазовыхъ положеніяхъ. Здѣсь

предшествуетъ небольшая мягкая часть, болѣе крупныя части должны за нею слѣдовать; эти части должны слѣдовать очень быстро, чтобы ребенокъ родился живымъ; однѣ потуги этого не могутъ совершить, и отсюда опять проистекаетъ необходимость искусственнаго извлеченія. Согласно сказанному, показаніе къ ручному пособию наступаетъ лишь въ тотъ моментъ, когда ягодицы совершенно вышли изъ наружныхъ половыхъ частей матери.

Но при тазовомъ положеніи, какъ и при всякомъ иномъ положеніи плода, показаніе къ ускоренію родовъ можетъ наступить уже въ то время, когда ягодицы находятся еще въ родовомъ каналѣ. Въ этомъ случаѣ необходимыя для родоразрѣшенія ручныя приемы называютъ извлеченіемъ (экстракціей) плода въ болѣе узкомъ смыслѣ. Но такое можетъ быть производимо лишь при наличности показанія и вышеназванныхъ условій, и никогда не должно имѣть мѣста при такомъ тазовомъ положеніи, которое согласно вышесказанному, требуетъ лишь ручнаго пособія.

Основаніе для такого строгаго разграниченія экстракціи отъ ручнаго пособія лежитъ въ тѣхъ вредныхъ послѣдствіяхъ, которыя обыкновенно влечетъ за собою первая. Эти вредныя послѣдствія заключаются въ томъ, что по причинѣ недостаточной подготовки предшествующими ягодицами мягкихъ родовыхъ путей, послѣднія весьма легко подвергаются поврежденіямъ, что, во-вторыхъ, вслѣдствіе отсутствующаго плотнаго обхватыванія маткою плода при извлеченіи, въ промежуткѣ между болями, ручки легко отходятъ отъ туловища и, какъ мы выражаемся, запрокидываются за головку, что, въ-третьихъ, легко наступаютъ разстройства механизма, и, въ четвертыхъ, при прохожденіи головки стриктуры зѣва вокругъ шейки дѣлаютъ невозможнымъ извлеченіе послѣдующей головки, и, наконецъ, нерѣдко подбородокъ удаляется отъ груди, и вслѣдствіе этого черепъ вступаетъ въ тазъ своимъ крайне неблагоприятнымъ для прохожденія его размѣромъ. Поэтому, если-бы явились настоятельныя показанія для извлеченія плода, то въ такихъ

случаяхъ всегда должно производить влеченіе по возможности только во время потугъ. Если-же необходимо извлекать и внѣ потугъ, то легко наступаютъ только-что названныя неприятыя явленія, которыя объясняются необходимымъ при экстракціи быстрымъ растяженіемъ мягкихъ родовыхъ путей, нарушеніемъ надлежащаго соприкосновенія между плодомъ и стѣнками матки, наконецъ — раздраженіемъ зѣва при насильственномъ прохожденіи тѣла плода.

Въ заключеніе слѣдовало-бы еще замѣтить, что, если тазовое положеніе получено путемъ поворота изъ поперечнаго или головнаго положенія, то экстракція не должна обязательно слѣдовать непосредственно за поворотомъ. И въ этомъ случаѣ впервые *Jörg* указалъ на строгое разграниченіе экстракціи отъ поворота. Онъ указалъ на то, что обѣ операціи совершенно различны, что при одной изъ нихъ дѣло идетъ лишь объ исправленіи положенія плода, а извлеченіе только случайно иногда должно быть производимо быстро послѣ поворота. И дѣйствительно, нѣтъ ни одного случая, гдѣ бы съ самаго начала можно было сказать, что извлеченіе и поворотъ должны будутъ слѣдовать непосредственно другъ за другомъ.

Теперь мы перейдемъ къ изложенію употребляемыхъ при извлеченіи приемовъ. Въ качествѣ общаго приготовленія для операціи должно быть названо устройство подходящей родильной кровати. Болѣе всего для этого пригодна поперечная кровать, такъ какъ именно при экстракціи плода при тазовомъ положеніи никогда нельзя предвидѣть, какія затрудненія могутъ наступить во время родовъ; а справиться достоуднымъ образомъ съ этими затрудненіями можно только на поперечной кровати.

Лишь въ томъ случаѣ, когда требуется большая поспѣшность, и когда въ силу этого мы не имѣемъ возможности озаботиться устройствомъ поперечной кровати, допускается косое положеніе роженицы въ кровати.

Изъ инструментовъ мы должны приготовить только пупочныя ножницы и нѣсколько теплыхъ пеленокъ.

Какъ и передъ всякой операціей, должны быть опорожены мочевой пузырь и прямая кишка.

Само извлеченіе можетъ быть раздѣлено на четыре акта.

Первый актъ заключается въ выведеніи ягодиць до пупка, второй — въ извлеченіи до плечиковъ, третій — въ освобожденіи ручекъ, наконецъ, четвертый — въ освобожденіи головки.

Чтобы совершить извлеченіе плода до пупка, мы должны прежде всего приискать точку приложенія для нашей силы. Таковая представляется само собою при ногоположеніяхъ, имѣются ли они съ самаго начала, или они произведены искусственно путемъ поворота. Въ такихъ случаяхъ, слѣдовательно, мы будемъ производить извлеченіе за ножку. Иначе дѣло обстоитъ, когда плодъ предлежитъ въ простомъ или въ полномъ ягодичномъ положеніи. Если мы при этомъ имѣемъ дѣло съ высоко-стоящими и подвижными ягодицами, то раньше упомянутую точку приложенія силы легко приобрѣсти тѣмъ, что мы входимъ въ полость матки рукою, соотвѣтствующею той сторонѣ матери, на которой находятся ножки, и низводимъ ту ножку, которая прилежитъ къ передней стѣнкѣ матки. Если при этомъ имѣется полное ягодичное положеніе, то захватываніе ножки удается очень легко, если мы возьмемъ голенно-стопное сочлененіе ея между указательнымъ и среднимъ пальцемъ и медленно и осторожно будемъ его низводить. Если же дѣло идетъ о простомъ ягодичномъ положеніи, причемъ нижнія конечности согнуты въ тазобедренномъ сочлененіи, розогнуты въ колѣнномъ и такимъ образомъ направляются вверхъ вдоль передней поверхности туловища плода, то должно пройти по бедру до колѣна. Дойдя до послѣдняго, кладутъ большой палецъ въ подколѣнную ямку, а остальными пальцами проходятъ черезъ переднюю поверхность колѣна, сгибаютъ затѣмъ голень и скользятъ оперирующей рукою книзу до голенно-стопнаго сочлененія, которое послѣ этого захватывается и низводится вышеупомянутымъ образомъ.

Слѣдуетъ совѣтовать во всѣхъ этихъ случаяхъ —

захватывать обращенную впереди ножку, такъ какъ при низведеніи ножки, лежащей кзади, легко можетъ наступить въ послѣдствіи неправильная ротация плода.

Если-же дѣло идетъ о низко-стоящихъ или, по крайней мѣрѣ, фиксированныхъ въ тазу ягодицахъ, то низведеніе ножки представляется уже невозможнымъ; мы не нашли-бы достаточно мѣста для выпрямленія ножки; а если примѣнить для этого силу, то едва-ли это обошлось-бы безъ перелома бедра. Слѣдовательно, въ подобномъ случаѣ мы должны стараться найти точку приложенія на самомъ тазовомъ концѣ плода. Это совершается различнымъ образомъ. Предложено вводить одинъ палецъ въ обращенный впереди паховой сгибъ и помощью этого пальца извлекать ягодицы.

Это предложеніе сдѣлалъ *Mauriceau*. Это тотъ самый способъ, которымъ мы и до сихъ поръ пользуемся почти во всѣхъ случаяхъ. Пособіемъ при этомъ служатъ петли, которыя проводятся въ паховые сгибы, и при помощи которыхъ производится извлеченіе.

Эти петли предложены *Peu* и *Hecker*'омъ. *Smellie* примѣнялъ для означенной цѣли извѣстный тупой крючекъ; *Levret* накладывалъ даже щипцы на предлежащія ягодицы, между тѣмъ какъ *Steideler* и *Gergens* предложили особые ягодичные щипцы, которые въ сущности суть не что иное, какъ два соединенныхъ помощью замка крючка *Smellie*, изъ которыхъ одинъ вводится въ пахъ обращенный впередъ, а другой — въ обращенный назадъ. Изъ всѣхъ этихъ вспомогательныхъ средствъ, какъ уже упомянуто раньше, больше всего въ ходу пальцы, ибо всѣ остальные средства для извлеченія ягодицъ, будь-ли то петли или крючки, различаются только количествомъ развиваемой силы.

Палецъ потому употребляется для экстракціи при ягодичномъ положеніи, что при его помощи можно примѣнять лишь очень незначительную силу. Если-бы мы захотѣли развить большую силу, то это было-бы легко возможно и безъ употребленія петель или крючковъ—путемъ введенія въ паховой сгибъ двухъ пальцевъ вмѣсто одного. Но существуетъ правило, на исполненіи

котораго совершенно справедливо настаиваютъ, чтобы никогда не вводить больше одного пальца въ паховой сгибъ, именно потому, что въ одномъ пальцѣ мы обладаемъ незначительной только силой, а, слѣдовательно, едва-ли когда можемъ причинить имъ вредъ. Если-же мы примѣняемъ то или другое вспомогательное средство, то бываютъ неизбѣжны переломы бедра, вывихи тазобедреннаго сочлененія, протиранія кожи въ паховомъ сгибѣ, обнаженіе и вскрытіе бедренныхъ сосудовъ, а при употребленіи крючка *Smellie* — даже прободеніе брюшныхъ покрововъ и таза, въ чемъ легко убѣдиться при опытахъ на фантомѣ или дѣтскомъ трупикѣ.

Извлеченіе предлежащихъ ягодицъ помощью пальца производится такимъ образомъ, что указательный или средній палецъ, по-перемѣнно, вводится спереди въ обращенный впередъ паховой сгибъ плода, и этимъ пальцемъ совершается извлеченіе по направленію оси таза. Такъ какъ одинъ палецъ при этомъ очень быстро утомляется, то пользуются по-очередно указательнымъ и среднимъ пальцемъ правой и лѣвой руки. Такимъ путемъ черезъ нѣкоторое время удастся вывести ягодицы совершенно безвреднымъ для плода образомъ. Нельзя, впрочемъ, не сознаться, что такая экстракція требуетъ иногда очень много времени и сопряжена съ значительными затрудненіями.

Поэтому совершенно справедливо совѣтуютъ — въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно предвидѣть, что можетъ наступить необходимость ускорить роды, — низводить одну ножку въ то время, когда ягодицы еще подвижны надъ входомъ въ тазъ.

Этому совѣту должно, кромѣ того, слѣдовать въ случаяхъ сѣуженія таза; особенно при обще-сѣуженныхъ тазахъ, приближающихся къ равномѣрно-сѣуженному, будетъ крайне умѣстно уже при высоко-стоящихъ, подвижныхъ ягодицахъ низводить ножку, такъ какъ при вколоченныхъ ягодицахъ нельзя ни вывести ножку, ни извлеченіе пальцемъ не удастся вслѣдствіе значительнаго препятствія, а кромѣ того, какъ показываютъ наблюденія, именно при обще-сѣуженномъ тазѣ не рѣдко, какъ осложненіе родовъ, наступаетъ слабость болѣй.

А также при сильно отвисломъ животѣ (*venter pro-pendens*) можно съ большою выгодною воспользоваться этимъ небольшимъ приѣмомъ. Уже часто наблюдалось, что при отвисломъ животѣ и тазовомъ положеніи плода ягодицы при каждой боли, вмѣсто того чтобы опускаться въ тазъ, отѣсняются вверхъ по передней поверхности поясничной части позвоночника. Только низведеніемъ ножки ягодицамъ давалось болѣе благопріятное направленіе, и роды, тянувшіеся до этого, не смотря на сильную потужную дѣятельность, въ течение цѣлыхъ часовъ, въ нѣсколько минутъ оканчивались произвольно. При этомъ все дѣло сводилось къ тому, чтобы неблагопріятному направленію изгоняющей силы дать другое, болѣе благопріятное направленіе.

Если съ самаго начала существуетъ ногоположеніе, или если мы произвели таковое искусственно вышеописаннымъ способомъ, то извлеченіе за ножку совершается такимъ образомъ, что мы родившуюся часть ея захваваемъ полною рукою, и при томъ такъ, что большой палецъ кладется на обращенную къ оператору поверхность ножки, а остальные пальцы — на поверхность, обращенную назадъ. При этомъ слѣдуетъ, однако, настоятельно замѣтить, что большой палецъ отнюдь не долженъ перекрещивать продольную ось конечности, а долженъ всегда лежать такъ, чтобы его длинникъ совпадалъ съ длинникомъ конечности. Въ первомъ случаѣ были-бы неизбежны переломы костей конечности при болѣе сильномъ влеченіи или надавливаніи. Такимъ образомъ производятъ влеченіе за конечность, накладывая руку на сколько возможно высоко, перемѣняя, слѣдовательно, мѣсто приложенія силы по мѣрѣ того, какъ конечность родится.

Такимъ образомъ, наконецъ, показывается въ наружныхъ частяхъ матери ягодица, соотвѣтствующая той ножкѣ, за которую производится извлеченіе. Затѣмъ, какъ только возможно, вводится указательный палецъ и во второй, обращенный къзади паховой сгибъ, соотвѣтствующій ненизведенной, неразогнутой ножкѣ, оба большихъ пальца кладутся на крестецъ, и извлеченіе ягодицы доводится до конца.

Для выведенія второй ножки мы искусственно подра-

жаемъ естественному механизму въ томъ смыслѣ, что мы предварительно извлекаемъ въ достаточной степени ягодицы и затѣмъ сильно приподымаемъ ихъ по направлению къ лонному соединенію матери. Вслѣдствіе этого вторая ножка выпадаетъ сама собою. Активное давление со стороны оператора на не родившуюся еще конечность съ цѣлью ея освобожденіи не должно быть примѣняемо, такъ какъ и при этомъ легко могъ-бы произойти переломъ конечности.

Если-же мы принуждены производить экстракцію пальцемъ при фиксированныхъ уже въ тазу ягодицахъ, то должно извлекать до тѣхъ поръ, пока и въ этомъ случаѣ мы не будемъ въ состояніи ввести палецъ въ обращенный къзади паховой сгибъ, а затѣмъ должно такъ-же, какъ и раньше, сильнымъ приподнятіемъ ягодицъ освободить обѣ не родившіяся еще конечности.

Этимъ оканчивается первый актъ операціи — извлеченіе до пупка.

Второй актъ извлеченія заключается въ выведеніи плода отъ пупка до плечиковъ.

Прежде чѣмъ приступить къ такому, слѣдуетъ обратить вниманіе на пуповину. Иногда случается, что послѣдняя абсолютно или относительно слишкомъ коротка, и послѣ рожденія ягодицъ мы наблюдаемъ, что вслѣдствіе этого въ пупочномъ кольцѣ плода существуетъ значительное натяженіе. При этомъ должно освободить пуповину тѣмъ, что мы потягиваемъ нѣсколько за ея направляющуюся къ дѣтскому мѣсту часть и такимъ образомъ извлекаемъ наружу свободную петлю ея. Если-же это не удастся вслѣдствіе короткости пуповины, то не остается ничего другого, какъ быстро перерѣзать послѣднюю, чтобы избѣгнуть могущаго наступить при дальнѣйшей экстракціи отрыва пуповины. Относительная короткость пуповины получается также въ томъ случаѣ, когда плодъ сидитъ на ней верхомъ. Какъ извѣстно, это есть такое ея расположеніе, что она отъ пупка плода направляется внизъ, проходитъ между его бедеръ назадъ и затѣмъ вверхъ по спинкѣ.

Такое расположеніе плода верхомъ на пуповинѣ обнаруживается тотчасъ-же при прорѣзываніи ягодицъ, и тогда должно, освободивъ нѣсколько пуповину, перекинуть ее черезъ ту ягодицу, черезъ которую это легче сдѣлать.



А если-бы освобожденіе пуповины оказалось невозможнымъ, то и въ этомъ случаѣ пришлось-бы ее перерѣзать. При этомъ не слѣдуетъ терять времени на перевязываніе фетального остатка пуповины, а лучше быстро окончить слѣдующіе акты извлеченія, такъ какъ вѣдь плодъ за короткое время потеряетъ изъ перерѣзанной пуповины только нѣсколько капель крови.

Озаботившись такимъ образомъ о пуповинѣ, мы извлекаемъ плодъ до плечиковъ, захвативъ его тазъ обѣими руками такимъ образомъ, что оба большихъ пальца располагаются на задней поверхности крестца, а остальные пальцы — на передней стѣнкѣ таза.

Прежде чѣмъ производить влеченіе, слѣдуетъ убѣдиться въ томъ, что подъ пальцами находятся дѣйствительно кости таза, такъ какъ захватывать плодъ выше, за его животъ — не должно быть допустимо. Если-же это случится, то неизбѣжна значительная травма брюшныхъ органовъ, особенно еще очень большой у новорожденного, богатой кровью печени, съ разрывами ея капсулы, или разрывы переполненной мезопіумомъ ободочной кишки.

Такимъ образомъ влеченіе книзу производится до тѣхъ поръ, пока не покажутся въ наружныхъ частяхъ лопатки, или пока ихъ тамъ нельзя будетъ прощупать. Извлекать плодъ дальше не показывается, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда ручки имѣютъ ненормальное расположеніе, такъ какъ глубокимъ низведеніемъ туловища мы плотно вводимъ головку во входъ таза, и ручки, въ случаѣ ихъ запрокидыванія, до такой степени ущемляются между головкой и тазомъ, что слѣдующій теперь третій актъ, — освобожденіе ручекъ, — долженъ-бы былъ бороться съ значительными затрудненіями

Третій актъ операціи, а именно — освобожденіе ручекъ, въ тѣхъ случаяхъ, которые мы прежде всего имѣемъ въ виду, т. е. при нормальномъ механизмѣ, когда, слѣдовательно, плечики находятся въ прямомъ или косомъ размѣрѣ таза, при нормальномъ расположеніи ручекъ, производится такимъ образомъ, что мы сначала освобождаемъ ту ручку, которая лежитъ ближе къ крестцовой впадинѣ.

Съ этою цѣлью мы захватываемъ ножки снизу въ руку, разноименную той ручкѣ плода, которую намъ предстоитъ освобождать, такъ чтобы большой палецъ оператора былъ обращенъ внутрь, а остальные—кнаружи, и за ножки сильно приподымаемъ туловище плода. Затѣмъ указательнымъ и среднимъ пальцами другой руки, которая, слѣдовательно, соотвѣтствуетъ той сторонѣ матери, на которой лежитъ освобождаемая ручка, мы проходимъ черезъ плечико плода, вдоль плечевой кости до локтевого сгиба. Здѣсь мы упираемся верхушками пальцевъ, отгѣсняемъ освобождаемую ручку съ занимаемаго ею мѣста въ противоположную сторону матери и тогда только выводимъ ее наружу. Когда эта ручка освобождена, мы ее тотчасъ-же беремъ снизу въ ту свою руку, которая ее освобождала, приподымаемъ ее по направленію къ симфизу, такъ чтобы спинка перешла изъ того косога размѣра, въ которомъ она находилась, въ противоположный косога.

Когда это совершилось, мы мѣняемъ руку, держащую ножки плода; другая рука захватываетъ ихъ снизу точно такимъ-же образомъ, и мы приступаемъ къ освобожденію второй ручки, входя опять рукою, соотвѣтствующею той сторонѣ матери, на которой лежитъ освобождаемая теперь ручка, и затѣмъ совершенно такимъ же способомъ низводимъ послѣднюю въ направленіи противоположномъ тому, въ которомъ мы низводили первую ручку.

Въ обыкновенныхъ случаяхъ, при нормальномъ расположеніи ручекъ, когда онѣ перекрещены на груди плода, освобожденіе ихъ двумя пальцами совершается очень легко и быстро.

Но совершенно иначе обстоитъ дѣло съ освобожденіемъ ручекъ при ненормальномъ расположеніи ихъ. А именно, если ручки не прилежатъ къ грудной клѣткѣ, но запрокинуты вверхъ, такъ что онѣ помѣщаются рядомъ съ головкою, въ области затылка, тогда ихъ освобожденіе оказывается иногда затруднительнымъ. Въ такомъ случаѣ бываетъ недостаточно—вести два пальца, а приходится употреблять полъ-руки или даже всю руку.

Въ остальномъ мы поступаемъ точно такимъ-же образомъ, какъ это описано выше, и должно только держаться того правила, чтобы проникать рукою всегда до локтевого сгиба, прежде чѣмъ смѣщать ручку, въ противномъ случаѣ легко происходятъ переломы плечевой кости. А равнымъ образомъ не допускается, при очень большомъ отдаленіи локтя, низводить ручку влеченіемъ за плечико; въ такомъ случаѣ происходятъ обыкновенно переломы ключицы.

Труднѣ всего можетъ быть освобожденіе запрокинутой ручки въ томъ случаѣ, если послѣдняя ущемлена между затылкомъ плода и лоннымъ соединеніемъ таза матери. Если при такомъ расположеніи освобожденіе вышеописаннымъ способомъ посредствомъ низведенія ручки между личикомъ и переднею поверхностью крестца не удастся, то прежде всего слѣдуетъ постараться привести ручку въ болѣе благопріятное положеніе тѣмъ, что мы захватываемъ грудную клѣтку плода въ обѣ руки и отбѣсняемъ его туловище въ ту сторону, куда мы желаемъ передвинуть ручку.

Благодаря этому можетъ произойти то, что ручка располагается въ боковой сторонѣ таза или въ области крестцово-подвздошнаго сочлененія, и освобожденіе ея совершается тогда безъ дальнѣйшихъ затрудненій. Если же и это оказывается невозможнымъ, то необходимо пока отказаться отъ освобожденія этой ручки и прежде постараться освободить другую ручку. Если послѣднее удастся, то въ этой ручкѣ мы имѣемъ точку приложенія нашей силы для поворачиванія туловища, и тогда обыкновенно легко совершается освобожденіе и другой ручки.

Хотя при этомъ актѣ, въ виду опасности для плода, требуется значительная поспѣшность, тѣмъ не менѣ операторъ долженъ поступать съ величайшимъ спокойствіемъ и осмотрительностью, такъ какъ иначе навѣрно произойдутъ переломы костей конечностей.

Въ случаяхъ, гдѣ освобожденіе ручекъ не удастся ни однимъ изъ приведенныхъ приемовъ, можно попытаться извлечь головку, не освобождая предварительно ручекъ. При достаточныхъ пространственныхъ отношеніяхъ можетъ удастся извлечь такимъ образомъ плодъ еще живымъ. Но обыкно-

венно этимъ ухудшаются только всѣ условія, такъ что такой приемъ долженъ быть разсматриваемъ, какъ *ultimum refugium* для извлечения плода.

Теперь мы переходимъ къ четвертому акту операціи — освобожденію головки. Для освобожденія послѣдующей головки мы обладаемъ цѣлымъ рядомъ приемовъ. Въ нижеслѣдующемъ я упомяну лишь о наиболѣе важныхъ изъ нихъ.

Самый старый приемъ — это такъ называемый первоначальный способъ *Smellie*. Онъ состоитъ въ томъ, что указательнымъ и среднимъ пальцами правой руки проходятъ по задней поверхности шейки плода вверхъ, такъ, чтобы упереться ихъ концами въ чешую затылочной кости, тогда какъ другою рукою прокладываютъ себѣ путь по лицевой поверхности плода къ верхней челюсти и кладутъ верхушки пальцевъ въ *fossae caninae* послѣдней. Послѣ этого освобожденіе головки совершается такимъ образомъ, что рукою, лежащею на затылкѣ, производятъ легкое давленіе вверхъ, а другою рукою — влеченіе внизъ. Въ силу этого головка поворачивается около своей поперечной оси и вмѣстѣ съ тѣмъ выводится наружу.

Легко усмотрѣть, что этотъ приемъ можетъ вести къ цѣли лишь при существованіи особенно благоприятныхъ для выведенія головки условий. Таковы суть: низкое стояніе ротированной головки, небольшой объемъ ея, сильныя сокращенія матки и энергическое натуживаніе самой роженицы, широкая и податливая *culva*. Уже *Smellie* сознавалъ, что всѣ эти требованія крайне рѣдко имѣются на лицо, и поэтому онъ предлагаетъ подкрѣплять его способъ выжиманіемъ головки со стороны брюшныхъ покрововъ. Въ трудныхъ-же случаяхъ, особенно при высокомъ стояніи головки, этотъ способъ совершенно непримѣнимъ.

Дальнѣйшій приемъ для означенной цѣли есть способъ, модифицированный самимъ *Smellie* (1756), хотя и предложенный уже *Mauriceau* (1668) и *Johann v. Hoorn* омъ (1715). Онъ заключается въ томъ, что туловище плода кладутъ на лѣвое предплечье, такъ чтобы нижнія конечности свѣшивались по обѣимъ сторонамъ послѣдняго. Затѣмъ указательнымъ пальцемъ лѣвой руки вхо-

дять въ ротъ плода и кладуть ногтевой фалангъ пальца на нижнюю челюсть. Одновременно съ этимъ правая рука указательнымъ и среднимъ пальцами захватываетъ плечи плода такимъ образомъ, что оба пальца кладутся на нихъ согнутыми крючкообразно; затѣмъ обѣими руками производится влеченіе по направленію тазовой оси. Мы имѣемъ при этомъ то преимущество, что подбородокъ не удаляется отъ груди, а введеннымъ въ ротъ пальцемъ мы можемъ способствовать ротационнымъ движеніямъ головки при ея прохожденіи черезъ тазъ.

Этотъ приѣмъ почти исключительно примѣняется въ настоящее время для извлеченія послѣдующей головки, особенно съ тѣхъ поръ, какъ въ новѣйшее время *Veit* (1863) снова возвратилъ ему его значеніе въ сравненіи съ наложеніемъ щипцовъ на послѣдующую головку, которое пользовалось еще большою распространенностью.

Третій приѣмъ, о которомъ я долженъ упомянуть, есть предложенный *Kiwisch*'емъ (1846) пражскій способъ, который, впрочемъ, еще раньше *Kiwisch*'а былъ предложенъ въ той-же формѣ *Puzos* († 1573). Онъ состоитъ въ томъ, что согнутые крючкомъ указательный и средній пальцы кладутся виллообразно на заднюю поверхность шейки плода, одновременно другою рукою захватываются его нижнія конечности, и затѣмъ первою рукою производится сильное влеченіе внизъ, между тѣмъ какъ вторая рука приподымаетъ туловище плода за ножки такъ сильно вверхъ, какъ будто-бы мы хотѣли положить плодъ на брюшную поверхность матери.

Этотъ способъ имѣетъ значительные недостатки. Прежде всего онъ не подражаетъ нормальному механизму, такъ какъ подбородокъ удаляется отъ груди; при немъ нельзя воспроизвести нормальнаго поворота головки во время ея прохожденія черезъ тазъ; при высококомъ стояніи головки, особенно же при пространственныхъ несоотвѣтствіяхъ, онъ часто не приводитъ къ цѣли и имѣетъ еще тотъ крупный недостатокъ, что при его примѣненіи подвергается значительнымъ насиліямъ позвоночникъ плода.

Наконецъ, должно быть еще упомянуто сочетаніе модифицированнаго способа *Smellie* съ пражскимъ, предложенное *Braun*'омъ въ 1857 году.

Эта модификація состоитъ въ томъ, что, при обыкновенномъ положеніи роженицы на спинѣ, мы становимся съ лѣвой ея стороны; затѣмъ корень правой ручной кисти мы кладемъ на *mons veneris*, большой и указательный пальцы—виллообразно сверху на плечики, а указательный палецъ другой руки вводимъ во влагалище. Теперь ногтевымъ фалангомъ пальца захватывается, какъ при способѣ *Smellie*, нижняя челюсть, и соединеннымъ дѣйствіемъ обѣихъ рукъ головка низводится до тазоваго дна. Какъ только подбородокъ достигъ тазоваго дна, лежащая въ вагинѣ рука покидаетъ свое мѣсто, захватываетъ ножки плода и сильно приподымаетъ ихъ по дугѣ къ животу матери, какъ при пражскомъ способѣ.

При этомъ способѣ поворотъ головки при ея прорѣзываніи во всякомъ случаѣ передается головкѣ только при посредствѣ шейной части позвоночника; тѣмъ не менѣе при этомъ легко могутъ происходить опасныя растяженія связокъ шейныхъ позвонковъ. Слѣдуетъ впрочемъ замѣтить, что совершенно схожъ съ *Braun*'овскимъ способомъ приемъ, употреблявшійся *Rigos*, который въ трудныхъ случаяхъ поручалъ помощнику тянуть за ножки, тогда какъ онъ самъ извлекалъ за плечики и нижнюю челюсть.

Какъ уже выше было упомянуто, изъ всѣхъ этихъ способовъ мы будемъ въ состояніи примѣнять почти только одинъ видоизмѣненный *Smellie*, такъ какъ онъ для извлеченія послѣдующей головки даетъ намъ все, чего мы, вообще, можемъ требовать отъ преслѣдующаго эту цѣль приема, и при томъ онъ совершенно безопасенъ для плода. Поврежденія нижней челюсти или языка никогда при немъ не случаются, если соблюдается предосторожность — вводить въ полость рта только ногтевой фалангъ указательнаго пальца и при извлеченіи принимать въ расчетъ строеніе нижней челюсти. Непрерывное сильное влеченіе по направленію проводной оси таза никогда не причинитъ челюсти вреда.

Можетъ быть, здѣсь будетъ умѣстно поставить вопросъ, не показуется-ли наложеніе щипцовъ на послѣдующую головку въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ названые приемы не приводятъ къ цѣли. Что такіе случаи дѣйствительно встрѣчаются, это знаетъ каждый занятой акушеръ.

Не подлежитъ также ни малѣйшему сомнѣнію, что помощью щипцовъ, наложенныхъ на послѣдующую головку, мы можемъ развить, пожалуй, еще большую силу, чѣмъ при примѣненіи способа *Smellie*. Слѣдовательно, вопросъ только въ томъ, можемъ-ли мы изъ наложенія щипцовъ на послѣдующую головку извлечь какую-либо выгоду для родовъ. Въ этомъ отношеніи необходимо замѣтить, что при низко-стоящей головкѣ едва-ли когда можетъ случиться, чтобы способъ *Smellie* оказался недостаточнымъ; за то нерѣдко наблюдается такая недостаточность обычнаго приѣма при высокомъ стояніи головки, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется пространственное несоотвѣтствіе.

Но именно въ этихъ случаяхъ наложеніе щипцовъ на послѣдующую головку не соотвѣтствуетъ нашимъ представленіямъ о безвредности акушерскихъ щипцовъ. Послѣдніе, какъ мы увидимъ ниже, отнюдь не приспособлены для преодоленія пространственныхъ несоотвѣтствій.

Если же мы тѣмъ не менѣ этого достигаемъ, производя тракціи съ необыкновенной силою, то неизбѣжны значительныя размятія мягкихъ частей матери, такъ что является вопросъ, искупаются-ли эти травмы сохраненіемъ жизни плода. Если же мы вспомнимъ, что мы накладываемъ щипцы на послѣдующую головку лишь послѣ болѣе продолжительнаго безплоднаго примѣненія обыкновенныхъ ручныхъ приѣмовъ, что для наложенія щипцовъ и послѣдующаго извлеченія ими опять теряются нѣсколько минутъ, то едва-ли когда, мы будемъ въ состояніи извлечь живой плодъ. Если же это все-таки удастся, то ребенокъ въ большинствѣ случаевъ уже успѣлъ сдѣлать нѣсколько преждевременныхъ дыханій и погибнетъ нѣсколько дней спустя послѣ рожденія отъ ателектаза легкихъ или пневмоніи. Выгода отъ наложенія щипцовъ для ребенка минимальна, а опасность для матери очень велика, особенно если имѣть въ виду, что подобная операція даже самымъ разсудительнымъ операторомъ производится съ мыслью, что требуется самая большая поспѣшность, чтобы операція, вообще, могла разсчитывать на удачный исходъ для плода.

Мы можемъ, слѣдовательно, наложеніе щипцовъ на послѣдующую головку вычеркнуть изъ числа акушерскихъ операцій, такъ какъ, при механическихъ препятствіяхъ и при отсутствіи надежды извлечь живого ребенка, мы никогда не прибѣгаемъ къ щипцамъ, а обладаемъ для такихъ случаевъ совершенно инымъ оперативнымъ приѣмомъ, чтобы, не принимая въ расчетъ потерянной жизни

плода, окончить роды возможно-бережнымъ образомъ для матери.

Только въ крайне рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ могла-бы придти мысль о наложеніи щипцовъ на послѣдующую головку. Это было-бы въ томъ случаѣ, если-бы, послѣ повторныхъ, продолжавшихся по нѣскольку минутъ попытокъ ручного извлеченія, пуповина плода все еще ясно пульсировала, и ни тазъ, ни мягкіе родовые пути не заставляли предполагать сколько-нибудь значительнаго препятствія для извлеченія, а особенно — при неправильной ротациі послѣдующей головки. Каждый практикъ легко усмотритъ, что вышеупомянутыя условія могутъ встрѣчаться въ совершенно особыхъ, исключительныхъ случаяхъ, такъ что о наложеніи щипцовъ на послѣдующую головку въ настоящее время едва ли когда на практикѣ можетъ быть рѣчь.

Описавъ такимъ образомъ производство экстракціи при правильномъ механизмѣ тазового положенія, мы перейдемъ теперь къ видоизмѣненію этого операціоннаго акта при ненормальной ротациі. Я дѣлаю при этомъ предположеніе, что, начиная съ прохожденія ягодицъ до окончанія родовъ, всѣ акты протекаютъ съ неправильнымъ механизмомъ.

Что касается перваго акта, то онъ отличается отъ вышеописаннаго при нормальномъ механизмѣ только тѣмъ, что при обращеніи таза плода брюшною поверхностью впередъ, оба большіе пальца располагаются на горизонтальныхъ вѣтвяхъ лонныхъ костей, а остальные пальцы — на задней поверхности таза плода. Для выведенія ножекъ должно при этомъ ягодицы не приподымать, а опускать внизъ.

Во время втораго акта, — извлеченія плода отъ пупка до плечиковъ, — можно во всякомъ случаѣ сдѣлать осторожную попытку возстановить нормальную ротацию. Слѣдуетъ упомянуть, что такія попытки въ большинствѣ случаевъ приводятъ къ цѣли. Если-бы, впрочемъ, представились для ротациі механическія препятствія, то, съ другой стороны, должно настоятельно предостеречь отъ всякой форсированной попытки.

Больше всего затрудненій представляетъ третій актъ, освобожденіе ручекъ. Если плечики находятся въ



поперечномъ или косомъ размѣрѣ таза, однако такъ, что спинка плода обращена назадъ, а грудь — впередъ, то освобожденіе ручекъ при нормальномъ ихъ расположеніи производится совершенно аналогичнымъ образомъ, какъ и при нормальномъ механизмѣ, съ тѣмъ различіемъ, что мы ихъ низводимъ изъ-за лоннаго соединенія.

Это освобожденіе не представляетъ также никакихъ особенныхъ затрудненій; но весьма затруднительнымъ и даже невозможнымъ можетъ оказаться освобожденіе ручекъ при ненормальномъ ихъ расположеніи, при ихъ запрокидываніи. Въ этомъ случаѣ можно освободить ручки безъ опасенія получить переломъ, только низводя ихъ между головкой и симфизомъ. Низведеніе ручекъ по спинкѣ, слѣдовательно— между туловищемъ плода и крестцомъ матери, можетъ быть допускаемо лишь при самой большой опасности для жизни плода, такъ какъ при этомъ почти неизбѣжны переломы ключицы и плечевой кости. Въ остальномъ и здѣсь можно примѣнить выше-названныя манипуляціи для повертыванія плода въ болѣе соотвѣтственномъ для освобожденія ручекъ смыслѣ, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно быть въ состояніи произвести извлеченіе головки безъ предварительнаго освобожденія ручекъ.

Сама послѣдующая головка при неправильной ротаци, т. е. при подбородкѣ, обращенномъ впередъ, и затылкѣ, обращенномъ взадъ, можетъ быть извлечена различнымъ образомъ. Самый простой способъ состоитъ въ выведеніи головки въ ея неправильномъ положеніи помощью приема *Smellie*, причемъ указательный и средній пальцы сзади накладываются на шейку плода, а указательный палецъ другой руки спереди проводится къ нижней челюсти.

Но если-бы экстракція въ такомъ положеніи оказалась невозможной, то пытаются произвести такъ называемое исправленіе положенія ненормально ротированной головки. Это исправленіе положенія, предложенное *M-me Lachapelle*, заключается въ томъ, что мы вводимъ въ тазъ руку, соотвѣтствующую той сторонѣ матери, къ которой обращенъ затылокъ плода, и затѣмъ, проходя между

его головкой и передней поверхностью крестца, стараемся достигнуть лица. Тогда мы кладемъ верхушки пальцевъ на лицо и извлекаемъ руку по тому-же пути, по которому мы ее ввели, стараясь въ то-же время повернуть за собою личико. Иногда такое исправленіе положенія приводитъ къ цѣли; во многихъ-же случаяхъ оно не удается.

Наконецъ, можно-бы было еще примѣнить подражаніе естественному механизму при этомъ видѣ неправильной ротации. *Scanzoni* особенно горячо высказывается въ пользу этого. Онъ упоминаетъ, что при ненормальномъ поворотѣ послѣдующей головки, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда подбородокъ задерживается горизонтальной вѣтвью лонной кости, мы наблюдаемъ при произвольномъ теченіи родовъ такого рода механизмъ, что подбородокъ остается у горизонтальной вѣтви лонной кости, между тѣмъ какъ задняя половина черепа все глубже протѣсняется въ полость таза, такъ что прежде всего выкатывается по промежности затылокъ, затѣмъ — темя и, наконецъ, — лобъ. *Scanzoni* и совѣтуетъ искусственно подражать этому наблюдающемуся иногда естественному процессу, располагая виллообразно указательный и средній пальцы на задней поверхности шеи, захватывая другою рукою ножки и затѣмъ производя влеченіе за шею внизъ и немного впередъ, а ножки въ то-же время сильно приподымая по дугѣ къ брюшной поверхности матери. Такимъ образомъ удается вывести наружу затылокъ, темя и, наконецъ, лобъ.

Этотъ методъ во всякомъ случаѣ можетъ быть испробованъ въ такомъ случаѣ, гдѣ ни одинъ изъ другихъ видовъ экстракціи не приводитъ къ цѣли.

Въ вышеизложенномъ я описалъ извлеченіе плода при тазовомъ положеніи съ нормальнымъ, а затѣмъ съ ненормальнымъ механизмомъ, такимъ образомъ, какъ будто-бы всѣ акты этой операціи были примѣнены или только при нормальномъ механизмѣ, или только при ненормальномъ. Въ дѣйствительности же бываетъ не такъ, и нерѣдко встрѣчаются сочетанія въ отдѣльныхъ актахъ нормальнаго и ненормальнаго механизма. Особенно часто случается такъ, что

первый актъ протекаетъ съ неправильнымъ механизмомъ; исправленіе механизма во второмъ или, самое позднее, въ третьемъ актѣ происходитъ при этомъ обыкновенно безъ нашего содѣйствія, или же съ таковымъ.

На оборотъ, случается и такъ, что первый актъ протекаетъ съ нормальнымъ механизмомъ, а третій и четвертый акты — съ ненормальнымъ. Само собою разумѣется, что неправильный механизмъ при первомъ и второмъ актѣ извлеченія плода представляется совершенно безразличнымъ явленіемъ, тогда какъ при третьемъ и четвертомъ актѣ, по причинѣ значительныхъ затрудненій при освобожденіи ручекъ и послѣдующей головки, онъ долженъ имѣть весьма большое значеніе для жизни плода.

Далѣе, необходимо еще упомянуть, что опасность для жизни плода обыкновенно наступаетъ лишь въ то время, когда ягодицы уже родились. Слѣдовательно, при производствѣ извлеченія плода первый актъ можетъ быть выполненъ съ наибольшимъ спокойствіемъ и медленностью, лучше всего при содѣйствіи потужной дѣятельности; но какъ только ребенокъ родился до пупка, необходимо слѣшить, ибо дѣтское мѣсто начинаетъ отдѣляться, пуповина сдавливается между туловищемъ плода и тазомъ матери, и ребенокъ умираетъ въ нѣскольکو минутъ, если не будетъ извлеченъ, или-же у него наступаетъ асфиксія, онъ производитъ преждевременныя дыхательныя движенія и аспирируетъ окружающія его жидкости.

Если дѣло идетъ только о ручномъ пособіи, слѣдовательно, о діететикѣ тазового положенія безъ дальнѣйшихъ осложненій родовъ, то первый актъ описанной операціи выпадаетъ, ручное пособіе начинается лишь со второго акта и распространяется на этотъ, на третій и четвертый акты операціи. Едва-ли нужно упоминать, что ручное пособіе производится только въ интересахъ ребенка, и что при мертвомъ плодѣ мы должны держаться выжидательнаго образа дѣйствія.

## 2. Извлеченіе при головномъ положеніи: операція наложенія щипцовъ.

Между тѣмъ какъ для извлеченія плода при существующемъ тазовомъ положеніи мы въ состояніи пользоваться нашими руками, при предлежаніи головки мы

не можемъ этого сдѣлать непосредственно. Мы должны предварительно создать удлинненіе головки, которое-бы выдавалось изъ наружныхъ частей матери, и за которое мы могли-бы совершить извлеченіе. Такое искусственное удлинненіе головки создается акушерскими щипцами.

Въ исторіи изобрѣтенія щипцовъ, а, слѣдовательно, и въ исторіи всего акушерства выдающуюся роль играетъ 1723 г. А именно въ этомъ году гентскій хирургъ *Johann Palfyn* представилъ парижской академіи свой вновь изобрѣтенный инструментъ для извлеченія подлежащей головки. Эти такъ называемыя *manus ferreae Palfynianae* состоятъ, какъ и наши современные щипцы, изъ двухъ вѣтвей, не имѣющихъ однако тазовой кривизны и не перекрещивающихся; ихъ соединеніе между собою совершалось при помощи цѣпочки. Позднѣе *Gilles le Doux* укрѣплялъ обѣ вѣтви, связывая ихъ рукоятки тесьмою (фиг. 17).

Фиг. 17.

Щипцы *Palfyn*'а.

Заслуга *Palfyn*'а отнюдь не умаляется тѣмъ фактомъ, что уже на 76 лѣтъ раньше инструментъ гораздо болѣе совершенный, тѣмъ щипцы *Palfyn*'а, находился во владѣніи семейства *Chamberlen*овъ въ Шотландіи и примѣнялся ими, какъ тайное средство. Здѣсь мы должны коснуться одной изъ грязнѣйшихъ страницъ исторіи нашей специальности. *Chamberlen*'ы, вмѣсто того чтобы обнародовать свое благодѣтельное изобрѣтеніе врачебному міру и такимъ образомъ распространить его блага на все человѣчество, держали его, какъ уже сказано, въ секретѣ и приобрѣли, благодаря этому, значительное состояніе.

Въ 1670 году это изобрѣтеніе было близко къ тому, чтобы стать общимъ достояніемъ врачебнаго міра. А именно, *Chamberlen* пріѣхалъ изъ Англіи въ Парижъ, чтобы продать тамъ свой инструментъ за 10.000 талеровъ. Случайно въ это самое время въ клиникѣ *Mauriceau* находилась роженица, назначенная къ кесарскому сѣченію; пригласили *Chamberlen*'а испытать его инструментъ на этой женщицѣ. Испытаніе, какъ это легко понять, окончилось очень плачевно. Роженица не разрѣшившись умерла спустя нѣсколько часовъ, вслѣдствіе разрыва матки, и *Chamberlen* принужденъ былъ уѣхать ни съ чѣмъ.

Въ 1688 году *Chamberlen* явился въ Голландію и продалъ свой секретъ голландскому врачу *Roonhuysen*у. Не выяснено, продалъ-ли ему *Chamberlen* обманнымъ образомъ одну вѣтвь своихъ щипцовъ, или *Roonhuysen*, владѣя самъ полными щипцами *Chamberlen*'а, съ своей стороны обманулъ своихъ учениковъ, передавъ имъ только одну вѣтвь ихъ. Впослѣдствіи явилось сомнѣніе даже въ томъ, обладали-ли, вообще, *Chamberlen* акушерскими щипцами, или не относилось-ли его изобрѣтеніе только къ акушерскому рычагу. Только 1815 или 1816 годъ принесъ съ собою разъясненіе этого вопроса. А именно, къ тому времени въ одномъ домѣ въ Вудгамѣ, въ Эссексѣ, принадлежавшемъ *Chamberlen*'амъ, въ верхнемъ его отдѣленіи была найдена потайная дверь, послѣ открытія которой въ довольно большомъ помѣщеніи нашлись нѣсколько писемъ доктора *Chamberlen*'а и акушерскіе инструменты, рычаги и щипцы. Найденные тамъ трое щипцовъ были прямые, снабженные головной кривизною, сдѣланные всѣ изъ стали и съ окончатými ложками (фиг. 18).

Насъ должно-бы удивлять, если-бы до *Chamberlen*'а и *Palfyn*'а у врачей не существовало потребности въ щипцахъ для извлеченія головки; но что такая потребность дѣйствительно существовала, это доказываютъ сочиненія древнѣйшихъ врачей до названнаго времени. Уже *Hippocrates* предлагаетъ извлекать головку обѣими руками. У *Avicenn*'ы (1608) и *Mercurialis*'а (1579) мы находимъ описаніе кусковъ холста, которые по образцу камнеметателей употреблялись для извлеченія. *Albucasis* (1500) описалъ двое щипцовъ, имѣющихъ на внутренней поверхности острые зубья и предназначенныхъ для извлеченія головки. Далѣе *Rueff*'омъ (1600) употреблялись для этого „утиный клювъ“ и „гладкіе и длинные щипцы“. Всѣ эти инструменты, за исключеніемъ приспособленія *Mercurialis*'а, предназначены только для мертваго плода.

Послѣ того какъ изобрѣтеніе *Palfyn*'а стало общимъ достояніемъ всѣхъ врачей, каждый стремился сдѣлать въ этихъ щипцахъ улучшенія и нововведенія; это привело къ тому, что къ настоящему времени мы знаемъ уже болѣе 200 модификацій акушерскихъ щипцовъ. Здѣсь можетъ быть рѣчь

Фиг. 18.

Щипцы *Chamberlen*'а.

только о томъ, чтобы вкратцѣ охарактеризовать важнѣйшія изъ нихъ.

*Dusée* (1733) долженъ быть признанъ первымъ, который послѣ *Palfyn'a* устроилъ щипцы съ перекрещивающимися вѣтвями; отъ него и до временъ *Levret'a* и *Smellie* стали извѣстными разнообразныя видоизмѣненія щипцовъ, которыя мы можемъ, однако, обойти молчаніемъ, какъ менѣе важныя.

*Levret*, во Франціи, и *Smellie*, въ Англіи, счумѣли дать новому инструменту право гражданства, съ одной стороны, придавъ ему новое, болѣе цѣлесообразное устройство, а съ другой — указавъ болѣе точныя правила его примѣненія. Мы знаемъ три модификаціи щипцовъ *Levret'a*. Первая была описана въ 1747 году. Инструментъ, по описанію *Siebold'a*, состоитъ „изъ двухъ совершенно равныхъ вѣтвей съ окончатными ложками, которыя на внутренней поверхности имѣютъ родъ жолоба, окруженнаго небольшимъ выдающимся краемъ. въ силу чего инструментъ долженъ ближе и плотнѣе прилегать къ захваченной части. Для соединенія вѣтвей въ этихъ щипцахъ *Levret* воспользовался замкомъ съ подвижною осью и задвижками. То-есть, обѣ вѣтви въ томъ мѣстѣ, гдѣ онѣ перекрещиваются, имѣютъ три кеглевидныхъ отверстія, затѣмъ каждая вѣтвь имѣютъ свою передвигающуюся задвижку, снабженную тремя дырочками. Осевою штифтъ существуетъ самъ по себѣ, соотвѣтствуетъ по своему діаметру названному дырочкамъ и лишь по наложеніи щипцовъ вводится въ одну изъ трехъ послѣднихъ и укрѣпляется въ ней только задвижкою. *Levret* такимъ приспособленіемъ хотѣлъ избѣгнуть затрудненія — быть вынужденнымъ замыкать инструментъ всегда въ одной и той-же точкѣ“. Позднѣе *Levret* придавъ этимъ все еще прямымъ щипцамъ тазовую кривизну и, наконецъ, въ третьихъ — онъ видоизмѣнилъ свой инструментъ въ 1760 году въ томъ смыслѣ, что преежнюю ось въ замкѣ замѣнилъ винтомъ, подвижно укрѣпленнымъ въ ниже-лежащей, такъ называемой мужской вѣтви щипцовъ. „Какъ только другая вѣтвь съ отверстіемъ окажется надъ второю и будетъ надѣта на

Фиг. 19.



Щипцы *Levret'a*.

упомянутую ось, щипцы замыкаются поворотомъ винта, такъ чтобы его широкая поверхность стояла поперечно.

а удержанная въ этихъ щипцахъ задвижка продвигается вверхъ“ (фиг. 19).

*Smellie* описалъ въ 1752 году слѣдующіе щипцы: „Этотъ инструментъ есть прямые, окончатые, не особенно длинныя щипцы; рукоятки ихъ деревянныя и имѣютъ внизу борозды, въ которыя для лучшаго укрѣпленія накладывается тесьма. Края ложекъ обтянуты циркулярными турами кожи, рукоятки же не покрыты ею; но встрѣчаются и такіе щипцы *Smellie*, въ которыхъ не только рукоятки, но и ложки цѣликомъ обтянуты кожей, такъ что ею закрыты и отверстія, такъ называемыя окошки; вѣтви соединяются между собою, захватывая другъ друга такимъ образомъ, что каждая изъ нихъ воспринимается углубленной бороздкой на другой вѣтви“ (фиг. 20).

Изъ остальныхъ щипцовъ мы вкратцѣ упомянемъ еще только слѣдующіе:

Щипцы *Johnson'a* (1769) представляли значительное уклоненіе отъ щипцовъ *Smellie* и *Levret'a* уже въ томъ отношеніи, что они имѣли такъ называемую промежностную кривизну; это есть кривизна шейки щипцовъ, открытая книзу. Промежностная кривизна нашла лишь мало подражателей.

*Leake* предложилъ въ 1773 году щипцы съ тремя вѣтвями; третья вѣтвь представляла собою рычагъ, который примѣнялся главнымъ образомъ для низведенія затылка, послѣ чего извлеченіе производилось обычнымъ образомъ.

Въ щипцахъ *Aitken'a* (1784) мы находимъ на концахъ рукоятокъ винтъ, который указываетъ разстояніе между ложками и вслѣдствіе этого долженъ служить измѣрителемъ размѣра головки, а съ другой стороны и регуляторомъ давленія, чтобы предохранять головку плода отъ чрезмѣрнаго сжатія.

*Stark* измѣнилъ щипцы *Smellie* въ томъ смыслѣ, что онъ провелъ чрезъ замокъ штифтъ и такимъ образомъ сдѣлалъ замыканіе щипцовъ болѣе точнымъ и надежнымъ.

*Voer* въ 1793 году описалъ щипцы, похожіе на щипцы *Leake'a*, но только меньшіе и безъ третьей вѣтви. Рукоятки и шейка ихъ обтянуты кожей; замокъ — англійскій.

*Busch старшій* въ 1796 году прибавилъ къ щипцамъ *Smellie* съ обѣихъ сторонъ вблизи замка по крючку, чтобы

Фиг. 20.

Щипцы *Smellie*.

при трудномъ замыканіи щипцовъ имѣть въ нихъ короткіе рычаги для параллельной установки вѣтвей.

Щипцы *Osiander'a* (1799) имѣютъ ту особенность, что ложки ихъ неокончатся; замокъ состоитъ изъ небольшого кеглевиднаго возвышенія, соотвѣтствующаго отверстию во второй ложкѣ; кромѣ того, поверхъ соединеннаго замка продвигается задвижка, и затѣмъ на концахъ рукоятокъ находится приспособленіе для замыканія и сдавленія. Впослѣдствіи, при описаніи извлеченія щипцами, мы вернемся еще къ примѣненію этого инструмента, который скорѣе походитъ на кефалотрибъ, чѣмъ на щипцы.

*Brünnighausen* въ 1802 году описалъ щипцы, отличающіеся отъ прежнихъ своимъ замкомъ. Послѣдній представляетъ собою въ сущности сочетаніе французскаго и англійскаго замковъ. Отъ французскаго замка *Brünnighausen* взялъ штифтъ и небольшую вырѣзку на другой вѣтви, а отъ англійскаго — пластинку надъ штифтомъ лѣвой вѣтви, отличающуюся нѣсколько отъ англійской только своею формою. Этотъ замокъ въ отличіе отъ *Levret'*овскаго, называемаго французскимъ, и отъ *Smellie'*вскаго, называемаго англійскимъ, получимъ названіе нѣмецкаго замка.

Въ щипцахъ *Froriep'a* (1804) мы снова находимъ, подобно щипцамъ *Aitken'a*, на концахъ рукоятокъ винтъ въ качествѣ регулятора давленія.

Наконецъ, должны быть еще упомянуты щипцы *Nägele*, очень схожіе съ щипцами *Brünnighausen'a*, но только меньшія и болѣе легкой конструкціи, и имѣющія, подобно *Brünnighausen'*овскимъ щипцамъ, нѣмецкій замокъ.

Послѣ такого историческаго введенія, принявшаго вслѣдствіе важнаго значенія этого изобрѣтенія, быть можетъ, нѣсколько болѣшіе размѣры, чѣмъ это требуется непосредственно въ интересахъ самаго предмета, мы перейдемъ теперь къ показаніямъ и условіямъ операціи наложенія щипцовъ. Такъ какъ я уже раньше изложилъ въ совершенно общихъ чертахъ показанія для извлеченія плода, находящагося въ продольномъ положеніи, и изъ упомянутыхъ тогда показаній почти всѣ имѣютъ значеніе и при щипцахъ, и такъ какъ далѣе условія для извлеченія плода также уже были въ общемъ разсмотрѣны, то теперь мнѣ остается только сдѣлать нѣсколько добавленій къ условіямъ из-



влеченія, которыя имѣютъ специальное значеніе для щипцовъ.

Слѣдовательно, кромѣ требующихся, вообще, для экстракціи плода условій, для щипцовъ должны быть особо указаны, во-первыхъ, соотвѣтствующая примѣняемому инструменту величина или плотность головки. Если послѣдняя слишкомъ велика или слишкомъ мала, какъ у плодовъ до 28-й недѣли, то головная кривизна щипцовъ, рассчитанная на головку доношеннаго ребенка, не будетъ годна для захватыванія головки, и щипцы соскользнутъ. Далѣе, черепъ не долженъ быть мягокъ; слѣдовательно, щипцы были-бы противопоказаны при *hydrocephalus*'ѣ, при высокой степени гниlostнаго измѣненія или мацерациі плода.

Второе весьма важное условіе для наложенія щипцовъ есть фиксація головки. О послѣдней мы узнаёмъ, вообще, по тому, что попытка вытѣснить головку въ промежуткѣ между болями однимъ или двумя пальцами снизу изъ полости таза не приводитъ къ цѣли. Такой фиксаціи достаточно для обыкновенныхъ случаевъ; если же дѣло идетъ о пространственномъ несоотвѣтствіи, то мы должны еще точнѣе опредѣлить положеніе головки, если мы хотимъ, чтобы щипцы были безвреднымъ для матери и плода инструментомъ.

Если имѣется пространственное несоотвѣтствіе, то мы требуемъ обязательно, чтобы родовыя боли преодолѣли это несоотвѣтствіе вполнѣ или большею частью, чтобы, слѣдовательно, наибольшая периферія головки стояла или ниже, или въ плоскости входа въ тазъ, или только очень мало надъ нею, такъ какъ, накладывая щипцы и извлекая ими, мы не въ состояніи ни расширить тазъ, ни уменьшить головку плода безъ опасности для его жизни. При наложеніи щипцовъ, въ случаѣ суженія таза, дѣло идетъ совсѣмъ не о томъ, чтобы преодолѣть пространственное несоотвѣтствіе, а исключительно о томъ, чтобы тракціями щипцовъ подкрѣпить или замѣнить потужную дѣятельность, истощенную, быть можетъ, преодолѣніемъ препятствія. Но никогда щипцы не должны быть накладыва-

емы при очень высокомъ стояніи или даже подвижности головки, какъ это, къ сожаленію, и въ наше время допускается нѣкоторыми клиницистами. Здѣсь именно мы и находимъ строгую границу между поворотомъ и щипцами; при высокой и подвижной головкѣ и при наличности показанія къ ускоренію родовъ долженъ быть произведенъ поворотъ, а при фиксированной или находящейся въ тазу головкѣ могутъ быть накладываемы щипцы.

Дальнѣйшее условіе для наложенія щипцовъ изъ числа вышеупомянутыхъ общихъ условій, котораго мы должны коснуться, это — полное открытіе зѣва матки. Понятіе о полномъ открытіи не должно быть принимаемо въ буквальномъ смыслѣ. Мы должны при этомъ принять во вниманіе, что часто зѣвъ передъ отходомъ водъ бываетъ совершенно открытъ, а послѣ разрыва пузыря спадается и симулируетъ какъ бы проходимость только для трехъ или четырехъ пальцевъ. Слѣдовательно, при высокомъ стояніи головки мы требуемъ полного открытія зѣва или, по меньшей мѣрѣ, легкой растяжимости его; при низкомъ же стояніи головки щипцы должны быть накладываемы не раньше, какъ когда наибольшая периферія черепа пройдетъ черезъ зѣвъ.

Наконецъ, кромѣ того пузырь долженъ быть уже разорванъ, и плодныя оболочки должны быть уже за головкою. Въ случаѣ отсутствія послѣдняго условія должно, по крайней мѣрѣ, при наложеніи щипцовъ обращать вниманіе на то, что-бы инструментъ прилегалъ непосредственно къ головкѣ, такъ какъ иначе натяженіемъ захваченныхъ вмѣстѣ съ головкою оболочекъ легко могло-бы быть обусловлено преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста.

Часто дебатировался вопросъ, каковы должны быть свойства хорошихъ, удовлетворяющихъ всѣмъ требованіямъ щипцовъ. Таковыми признаются: длина щипцовъ не свыше 40 см., соотвѣтственная головная и тазовая кривизна, вездѣ хорошо сглаженные, закругленные края,

чтобы избѣжать поврежденій, и простое и надежное устройство замка. Щипцы могутъ слегка пружинить, но не изгибаться. Но на практикѣ инструментъ имѣетъ меньшее значеніе, чѣмъ операторъ; доказательствомъ служитъ то, что въ первоклассныхъ акушерскихъ школахъ находятся въ употребленіи то тѣ, то другіе щипцы, и каждый операторъ выставляетъ преимущества примѣняемаго имъ инструмента. Наболѣе употребительные въ настоящее время щипцы во Франціи — *Leuret'a*, въ Англии — *Smellie* и *Simpson'a*, въ Германіи примѣняются преимущественно щипцы *Nägele* и *Busch'a*, въ Вѣнской школѣ — щипцы *Simpson'a* (фиг. 21).

Щипцы *Simpson'a* имѣютъ 35 см. въ длину, причемъ на долю рукоятокъ приходится 15 см. Когда щипцы замкнуты, то верхушки ложекъ отстоятъ другъ отъ друга всего на  $2\frac{1}{2}$  см., головная кривизна, т. е. искривленіе ложекъ по плоскости, равняется при замкнутыхъ щипцахъ 8 см. Наибольшая ширина ложекъ — 5 см., длина каждаго окошка — 11 см. Щипцы обладаютъ тазовою кривизною, которая измѣняется такимъ образомъ, что инструментъ кладется на горизонтальную плоскость, и затѣмъ измѣняется разстояніе наивысшей точки щипцовъ отъ этой плоскости; оно равняется въ щипцахъ *Simpson'a*  $7\frac{1}{2}$  см. Рукоятки щипцовъ по-



Щипцы *Simpson'a*.  
крыты твердымъ каучукомъ и снабжены четырьмя вдавленіями, чтобы дать рукамъ во время производства тракцій болѣе удобную опору. Близъ замка, нѣсколько ниже его, находятся справа и слѣва два крючкообразныхъ отростка. Замокъ — англійскій, а обѣ шейки имѣютъ ту особенность, что онѣ отъ самаго замка идутъ параллельно другъ другу, а разстояніе между

ними таково, что при замкнутыхъ щипцахъ въ немъ свободно можетъ помѣститься палець.

*Braun* видоизмѣнилъ эти щипцы *Simpson'a* въ томъ отношеніи, что онъ закрылъ каждое окошко ихъ припаянною снаружн металлическою пластинкою и всѣ щипцы покрылъ твердымъ каучукомъ. Преимущество такой каучуковой оболочки заключается въ возможности легкой антисептической чистки, въ прочности, въ примѣненіи дурнаго проводника тепла, въ устраненіи всѣхъ острыхъ металлическихъ краевъ и, быть можетъ, также въ томъ, что инструментъ, въ которомъ не видно блестящей стали, представляется для роженицы и окружающихъ менѣе страшнымъ, чѣмъ обыкновенныя щипцы.

Много было говорено и писано о дѣйствии щипцовъ, хотя въ настоящее время для насъ ясно, что мы щипцами не можемъ дѣлать ничего иного, какъ производить влеченіе за головку, и что, слѣдовательно, влекущее дѣйствіе щипцовъ должно быть признано ихъ единственнымъ дѣйствиемъ.

*Lobstein* и въ особенности *Stein* младшій приписывали, однако, большое значеніе динамическому дѣйствию щипцовъ. Послѣднее должно заключаться въ томъ, что самимъ наложеніемъ инструмента даже безъ всякаго влеченія потужная дѣятельность, будто-бы, возбуждается на столько, что слѣдствіемъ такого усиленія потугъ можетъ быть окончаніе родовъ. Въ этомъ отношеніи зашли такъ далеко, что утверждали, что отъ щипцовъ можно ждать успѣха только тамъ, гдѣ наложеніе ихъ усиливаетъ или улучшаетъ родовыя боли: въ противномъ случаѣ щипцы должны быть сняты. Было даже предложено производить перфорацию въ тѣхъ случаяхъ, когда при глубокомъ стояніи головки послѣ наложенія щипцовъ, безъ всякаго влеченія, роды не подвигаются впередъ.

*Levet* и *Stein* старшій усматривали главное дѣйствіе щипцовъ въ томъ сжатіи головки, которое они производятъ. А именно, *Stein* сдѣлалъ то вѣрное само по себѣ наблюденіе, что въ извѣстныхъ случаяхъ наложенія щипцовъ рукоятки ихъ тотчасъ по наложеніи инструмента отстоятъ другъ отъ друга очень далеко, а во время тракцій постепенно смыкаются все лучше. *Stein* объяснилъ этотъ фактъ сжатіемъ черепа въ щипцахъ и видѣлъ въ этомъ главное дѣйствіе послѣднихъ. Въ настоящее время мы знаемъ, что причина этого явленія кроется въ родовомъ механизмѣ, совершающемся въ

ложкахъ щипцовъ. *Stein* младшій весьма энергично высказался противъ давящаго дѣйствія ихъ и, какъ причину постепеннаго сближенія рукоятокъ, призналъ ротацию головки.

*Brünnighausen* первый объявилъ влеченіе важнѣйшимъ дѣйствіемъ щипцовъ.

Прежде чѣмъ перейти къ технику операціи наложенія щипцовъ, мы должны условиться относительно времени производства операціи.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда показаніемъ для наложенія щипцовъ служатъ внезапно наступающія опасныя явленія со стороны матери или плода, время производства операціи существенно зависитъ отъ момента появления этихъ угрожающихъ осложнений, принимая во вниманіе необходимыя для операціи условія. При этомъ можетъ случиться такъ, что наступаетъ показаніе къ операціи, и въ то же время оказываются уже выполненными и условія; тогда можно немедленно приступить къ операціи. Или же бываетъ такъ, что наступаетъ показаніе, а условія еще не выполнены; въ такомъ случаѣ нужно или обождать, пока не будутъ выполнены необходимыя для наложенія щипцовъ условія, или же, по возможности, избрать другой методъ родоразрѣшенія.

Отсюда вытекаетъ, что показанія и условія всегда должны совпадать. Если-же дѣло идетъ не о внезапно наступающей для матери или плода опасности, а, какъ это бываетъ въ большинствѣ случаевъ, о замедленіи родовъ отчасти вслѣдствіе слабости болей, а отчасти вслѣдствіе механическихъ препятствій, то лучше всего руководиться въ нашемъ врачебномъ образѣ дѣйствія физиологическимъ теченіемъ родовъ и потребнымъ для этого временемъ. Мы можемъ признать, что, если по истеченіи двухъ часовъ послѣ полнаго открытія зѣва роды еще не окончились, то существуетъ показаніе для наложенія щипцовъ.

При этомъ слѣдуетъ только имѣть въ виду, что, если по истеченіи двухъ часовъ потуги будутъ сильны, и никакое препятствіе ни со стороны матери, ни со стороны плода не заставляетъ считать вѣроятнымъ еще дальнѣйшее замедленіе въ окончаніи родовъ, и если во время

каждой боли наблюдается, хотя и небольшой, но все-же ясный успѣхъ въ ходѣ родовъ, — то во всякомъ случаѣ позволительно обождать еще съ операціей; но если можно предвидѣть еще бѣльшія затрудненія, и если при этомъ имѣется слабость болей, то по истеченіи второго часа должно, не ожидая, наложить щипцы. Если дѣло идетъ объ операціи у многородящей, то, естественно, показаніе наступаетъ, соотвѣтственно меньшей фізіологической продолжительности второго періода родовъ, еще раньше, и уже по истеченіи перваго часа мы были-бы вправѣ приступить къ наложенію щипцовъ.

Я потому настаиваю на такой точной установкѣ времени производства операціи, что въ настоящее время, повидимому, врачи часто бываютъ черезъ-чуръ щедры съ наложеніемъ щипцовъ, считаютъ ихъ за абсолютно безвредный для матери и плода инструментъ и забываютъ, что фізіологическое окончаніе родовъ въ интересахъ матери во всякомъ случаѣ должно быть предпочитаемо даже самому искусному наложенію щипцовъ.

Теперь мы переходимъ къ производству операціи. Прежде всего мы должны имѣть въ виду, что наложеніе щипцовъ можетъ потребоваться при самыхъ различныхъ положеніяхъ головки. Смотря по тому, находится-ли головка у тазоваго дна, или во входѣ въ тазъ, или въ его полости, смотря по тому, подлежитъ-ли головка поверхностью черепа, поверхностью лица или лбомъ, и смотря по тому, наблюдается-ли при этомъ нормальный или ненормальный механизмъ, — и производство операціи видоизмѣняется различно. Мы должны такимъ образомъ разсмотрѣть въ отдѣльности все модификаціи, о которыхъ при этомъ можетъ быть рѣчь. Типическою формою производства этой операціи мы должны считать: наложеніе щипцовъ на нормально ротированный, находящійся у тазоваго дна черепъ. Изучивъ эту операцію, намъ уже будетъ легко ознакомиться съ тѣми незначительными модификаціями, которыя требуются для другихъ положеній головки и другихъ механизмовъ.

Итакъ, если намъ предстоитъ наложить щипцы при нормально ротированной головкѣ, то мы должны, какъ и передъ всякой другой операціей, приготовить соответствующую родильную кровать.

Всего удобнѣе для наложенія щипцовъ поперечная кровать. Только при завѣдомо очень легкомъ извлеченіи, — если, слѣдовательно, имѣются небольшой плодъ и очень податливыя мягкія части, и если при этомъ не требуется большой поспѣшности, — мы можемъ производить операцію при возвышенномъ положеніи роженицы, какъ при камнесѣченіи, на обыкновенной кровати, подложивъ подъ крестецъ роженицы твердую подушку и соответственно приподнявъ верхнюю часть тѣла.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ представить удобства такъ называемое косоое положеніе роженицы, при которомъ она кладется косо на край кровати, одна нога ставится на кровать, а другая — на придвинутый къ кровати стулъ.

Операторъ, въ послѣднемъ случаѣ, сидитъ или стоитъ на колѣнахъ между бедрами роженицы.

Само собою, конечно, разумѣется, что роженица во время операціи не должна быть безъ нужды обнажаема; половыя же части во всякомъ случаѣ должны быть открыты, и будетъ уже совершенно противорѣчить принципамъ хирургіи — накладывать щипцы подъ одѣяломъ, какъ это предлагаютъ нѣкоторые изъ преувеличиваемаго чувства стыдливости.

Что мочевой пузырь и прямая кишка должны быть опорожнены до операціи, это разумѣется само собою.

Если можно имѣть помощниковъ, то достаточно двухъ; въ большинствѣ-же случаевъ придется оперировать только съ акушеркою.

Щипцы готовятъ къ операціи такимъ образомъ, что ихъ опускаютъ въ теплый растворъ карболовой кислоты, а непосредственно передъ операціей смазываютъ наружныя поверхности ложекъ карболовымъ вазелиномъ. Наркозъ, если предвидится непродолжительная и легкая операція, излишенъ. Но часто наркозъ

можетъ быть полезенъ, особенно если предстоитъ преодолѣвать сопротивленія мышечнаго происхожденія; такимъ образомъ, онъ особенно полезенъ при неподатливости тазового дна, у старыхъ первородящихъ. Съ другой стороны, наркозъ можетъ оказаться и вреднымъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы, въ виду ускоренія родовъ, должны рассчитывать на содѣйствіе сокращеній матки и брюшного пресса.

Теперь мы перейдемъ къ самому наложенію щипцовъ. Важное значеніе при каждой такой операціи имѣетъ правило — непосредственно передъ введеніемъ ложекъ еще разъ произвести изслѣдованіе, такъ какъ очень часто во время приготовленій къ операціи измѣняется положеніе головки. Затѣмъ одна за другою накладываются на головку обѣ ложки щипцовъ, и притомъ всегда сначала лѣвая, а послѣ правая. Основаніе для такой послѣдовательности введенія ложекъ заключается въ устройствѣ замка. Если мы сначала накладываемъ лѣвую, а затѣмъ поверхъ нея — правую вѣтвь, то щипцы замыкаются безъ всякихъ затрудненій. Въ обратномъ случаѣ потребовалось-бы послѣ наложенія щипцовъ довольно сложное перемѣщеніе и поворачиваніе рукоятокъ. А также относительно способа держанія каждой вѣтви мы должны условиться. Различаютъ держаніе рукоятки, какъ писчее перо, и какъ скальпель. Послѣднее состоитъ въ томъ, что, беря рукоятку въ руку, мы кладемъ большой палецъ на металлическую обложку ея, а остальные пальцы — на покрытую твердымъ каучукомъ поверхность, при чемъ концы пальцевъ обращены внизъ. Наконецъ, существуетъ еще такъ называемое копьевидное держаніе щипцовъ, т. е. держаніе ихъ полною рукою. Удобнѣе и бережнѣе всего вводится вѣтвь щипцовъ, если мы беремъ ея рукоятку, какъ скальпель. Впрочемъ, нельзя ничего сказать и противъ держанія щипцовъ какъ писчее перо; послѣдній способъ представляетъ очень удобное положеніе руки особенно въ первомъ актѣ наложенія ложки, пока рукоятка приподнята еще вверхъ; но позже, когда рукоятка опускается, мы невольно переходимъ къ другому способу ея держа-



нія, — беремъ ее, какъ скальпель, что весьма удобно и въ первомъ актѣ.

При наложеніи лѣвой вѣтви щипцовъ указательный и средній пальцы правой руки изолируются отъ остальныхъ пальцевъ и вводятся въ лѣвую сторону матери между стѣнкой влагалища и головкой на такую глубину, пока ихъ концы не пройдутъ до или за наибольшую периферію головки. Затѣмъ вышеупомянутымъ способомъ берутъ вѣтвь щипцовъ въ лѣвую руку, сильно приподымаютъ рукоятку вверхъ, такъ чтобы она стояла приблизительно вертикально къ правой паховой области и ея металлическая поверхность была обращена къ оператору, а каучуковая — къ лицу роженицы; затѣмъ верхушку ложки кладутъ на ладонную поверхность введенныхъ во влагалище пальцевъ и медленно продвигаютъ ложку вверхъ между пальцами и выпуклостью головки, протѣсняя ее постоянно въ направленіи наименьшаго сопротивленія, и особенно остерегаясь слишкомъ ранняго опусканія рукоятки. Лучше всего поставить себѣ за правило, что при введеніи ложки щипцовъ необходимо постоянно ощущать верхушку ложки ладонною поверхностью пальцевъ. Слишкомъ позднее опусканіе рукоятки и вмѣстѣ съ этимъ давленіе верхушкой ложки на ладонную поверхность пальцевъ легко можетъ быть избѣгнуто, такъ какъ мы нашими пальцами будемъ чувствовать, что дальнѣйшее продвиганіе ложки въ этомъ направленіи невозможно; на-оборотъ, можетъ случиться, что при слишкомъ раннемъ опусканіи верхушка ложки упрется въ головку, встрѣтитъ тамъ препятствіе, и операторъ невольно примѣнитъ большую силу, при чемъ щипцы, конечно, проскользнутъ дальше, но въ то-же время весьма легко могутъ причинить поврежденія или головки плода, или мягкихъ частей таза. Мы поступаемъ, слѣдовательно, такимъ образомъ, что, не опуская существенно рукоятки, мы продвигаемъ щипцы до тѣхъ поръ впередъ, пока верхушка ложки не дойдетъ до наибольшей периферіи головки. Только тогда мы опускаемъ рукоятку, и притомъ довольно быстро, ибо тогда очень легко ложка щипцовъ вполне про-

скальзываетъ возлѣ головки вверхъ. Когда вѣтвь щипцовъ лежитъ такимъ образомъ въ лѣвой сторонѣ матери, оба пальца, служившіе проводниками для ложки, выводятся, и рукоятка опускается на столько, что она нѣсколько косо направляется внизъ и располагается въ срединной плоскости тѣла. Близъ стоящій помощникъ удерживаетъ рукоятку во время слѣдующаго теперь проведенія второй ложки, при чемъ его рука проходитъ подъ правымъ бедромъ роженицы.

Правая вѣтвь щипцовъ берется въ правую руку, приподымается вертикально надъ лѣвой паховой областью и подъ руководствомъ двухъ пальцевъ лѣвой руки вводится точно такимъ-же способомъ, какъ наложенная уже вѣтвь.

Послѣ этого приступаютъ къ замыканію щипцовъ. Въ случаяхъ самаго простаго рода это удастся безъ всякихъ затрудненій. Обѣ рукоятки берутся такимъ образомъ, что большіе пальцы располагаются спереди, а прочіе — сзади. Затѣмъ приближаютъ рукоятки другъ къ другу и соединяютъ ихъ въ области замка. Иногда, впрочемъ, случается, что ложки, какъ говорятъ нѣмцы, «haben sich geworfen», т. е. не соотвѣтствуютъ другъ другу по плоскости. Въ такомъ случаѣ рукоятки расположены не параллельно, и мы принуждены повертываніемъ ихъ около продольной оси возстановить необходимый параллелизмъ. Для этого служатъ главнымъ образомъ многократно уже упоминавшіеся крючки *Busch'a*, которыми пользуются, какъ короткими рычагами, чтобы при помощи обоихъ большихъ пальцевъ установить вѣтви щипцовъ параллельно одну къ другой. Только въ рѣдкихъ случаяхъ этотъ приемъ не приводитъ къ цѣли. Взаимное расположеніе вѣтвей остается косымъ, и замкнуть щипцы не удастся. Въ такомъ случаѣ приводитъ къ цѣли небольшой приемъ, состоящій въ томъ, что мы, захвативъ рукоятки вышеописаннымъ образомъ, кладемъ большіе пальцы на *Busch'*евскіе крючки и затѣмъ одновременно совершаемъ три движенія: во-первыхъ — продвиганіе обѣихъ вѣтвей въ направленіи тазового канала, во-вторыхъ — опусканіе ихъ къ промежности

и, въ-третьихъ — ротацію вѣтвей при содѣйствіи большихъ пальцевъ.

Третій актъ операціи заключается въ извлеченіи головки. Операторъ, если онъ пользуется щипцами *Simpson'a*, беретъ ихъ съ этою цѣлью въ руки такимъ образомъ, что средній палецъ правой руки кладется между обѣими шейками поверхъ замка, тогда какъ остальные пальцы располагаются по сторонамъ замка на крючкахъ *Busch'a*. Въ лѣвую руку мы беремъ снизу концы обѣихъ рукоятокъ. Задача обѣихъ рукъ заключается въ томъ, чтобы дѣйствовать путемъ влеченія и давленія. Въ смыслѣ влеченія дѣйствуетъ на первомъ планѣ лежащая на замкѣ правая рука, давленіе-же главнымъ образомъ производитъ держащая концы рукоятокъ лѣвая. Положеніе, занимаемое операторомъ во время производства тракцій, таково, что правую ногу онъ выставляетъ впередъ, а лѣвую нѣсколько отставляетъ назадъ, чтобы такимъ образомъ получить для себя возможно широкое основаніе. Руки должны быть расположены при этомъ такимъ образомъ, чтобы плечевыя кости плотно прилегали къ бокамъ грудной клѣтки. Въ высшей степени ошибочно — оперировать съ вытянутыми прямо впередъ руками, такъ какъ при экстракціи дѣло идетъ не просто о томъ, чтобы производить влеченіе, но, такъ какъ мы въ то-же время регулируемъ быстроту прохожденія головки, то мы должны во всякое время имѣть ее въ нашей власти. Если оперируютъ другими щипцами, а не *Simpson'овскими*, слѣдовательно, главнымъ образомъ щипцами *Nägele* или *Busch'a*, то указательный и средній пальцы правой руки кладутъ на крючки *Busch'a*, а лѣвой рукой берутъ концы рукоятокъ, или-же правую руку кладутъ сверху на замокъ, такъ что большой палецъ располагается съ одной стороны, а прочіе пальцы — съ другой.

Для извлеченія головки предложены различные виды тракцій.

*Baudelocque* ввелъ въ акушерство такъ называемыя качательныя или маятниковообразныя тракціи. Какъ показываетъ само названіе, это суть движенія, которыя опера-

торъ производитъ рукоятками щипцовъ справа на лѣво, слѣдовательно — движеніе рычага, точка опоры (*hypomochlion*) котораго должна быть образована мягкими частями матери. Другой видъ тракцій составляютъ такъ называемыя вращательныя или ротирующія тракціи, причемъ рукояткамъ щипцовъ придается такое движеніе, что концы ихъ описываютъ небольшіе круги: Этотъ методъ называется также нѣмецкимъ методомъ. Отъ восьми до двѣнадцати подобныхъ ротаторныхъ движеній въ теченіе одной схватки составляютъ одну тракцію.

Третій видъ — это стоячія тракція по *Osiander*'у, которая производилась его-же описанными раньше щипцами. Онѣ состоятъ въ томъ, что операторъ, стоя спиною къ роженицѣ, крѣпко опирается правою рукою на щипцы, тогда какъ лѣвая рука производитъ вращательныя движенія рукоятками; это суть, слѣдовательно, производимыя стоя давящія движенія. *Osiander* хвастается тѣмъ, что онъ этимъ способомъ извлекалъ головку даже при значительныхъ пространственныхъ несоотвѣтствіяхъ; но въ настоящее время мы полагаемъ для такихъ случаевъ гораздо менѣе опасными для матери средствами, тѣмъ болѣе что при такомъ способѣ дѣйствія обыкновенно нельзя рассчитывать на сохраненіе жизни плода.

При примѣненіи вращательныхъ, маятникообразныхъ и стоячихъ тракцій щипцы дѣйствуютъ, какъ рычагъ. Первые и въ настоящее время еще примѣняются почти всѣми нѣмецкими акушерами. Но такъ какъ точкой опоры должны при этомъ служить мягкія части матери, то послѣднія подвергаются опаснымъ размятіямъ, въ силу которыхъ понятіе о безвредности щипцовъ становится мнимымъ; кромѣ того, всѣ подобнаго рода рычагообразныя движенія противорѣчатъ физиологическому механизму родовъ.

Никто никогда не видѣлъ, чтобы головка при прохожденіи своемъ чрезъ тазъ производила круговыя или маятникообразныя движенія. Накладывая щипцы, какъ я уже замѣтилъ раньше, мы ничего иного не имѣемъ въ виду, кромѣ возможности имѣть удлинненіе черепа, чтобы влеченіемъ за него искусственно замѣнять родовыя боли. Мы должны, слѣдовательно, чтобы замѣнять боли, искусственно подражать имъ; а это дѣлается только

при примѣненіи такъ называемыхъ стационарныхъ или постоянныхъ тракцій, которыя однѣ мы и считаемъ дозволенными, и которыя во всѣхъ случаяхъ, гдѣ, вообще, допускается наложеніе щипцовъ, такъ-же хорошо ведутъ къ цѣли, какъ и тѣ искусственныя ротаціонныя и маятникообразныя движенія. Стационарныя тракціи заключаются въ подражаніи нормальной потужной дѣятельности.

Операторъ беретъ щипцы, начинаетъ съ легкаго влеченія въ направленіи оси таза, доводитъ постепенно силу тракціи до maximum'a и затѣмъ опять спускается до нуля. Если не требуется особенной поспѣшности, то производятъ тракціи при содѣйствіи потугъ, такъ что въ такомъ случаѣ мы фактически подкрѣпляемъ щипцами имѣющуюся потужную дѣятельность. Если-же необходимо слѣшнить, то должно производить тракціи быстро одну за другою, всегда, однако, въ направленіи тазовой оси. При этомъ относительно направленія можно сказать только то, что операторъ въ каждый моментъ операціи долженъ точно знать, въ какой плоскости таза находится головка, и въ какомъ направленіи проходить ось данной части таза. Въ этомъ направленіи и должно быть производимо извлечение; - слѣдовательно, при высокостоящей головкѣ — по возможности вертикально внизъ; при головкѣ, находящейся въ полости таза, — довольно сильно косо внизъ; при головкѣ въ выходѣ таза — горизонтально, а во время проведенія головки черезъ наружныя части матери — косо вверхъ и, наконецъ, — вертикально вверхъ.

Такъ какъ мы захваченную щипцами головку имѣемъ въ нашей полной власти относительно ея движенія, то мы обыкновенно вполне выводимъ головку щипцами: если при этомъ черепъ вступаетъ въ наружныя части такимъ сегментомъ, что промежность уже всесторонне облегаетъ головку, то наступило время для поддержанія промежности. При этомъ операторъ становится съ лѣвой стороны роженицы, беретъ щипцы въ правую руку такъ, что мизинецъ располагается между шейками обѣихъ ложекъ, а прочіе пальцы — по обѣимъ сторонамъ на рукояткахъ, между тѣмъ какъ лѣвую руку онъ про-

водитъ подъ лѣвымъ бедромъ роженицы и кладетъ на промежность и здѣсь обычнымъ образомъ оттѣсняетъ головку къ симфизу. Въ остальномъ поддерживаніе промежности при щипцахъ производится по тѣмъ-же самымъ правиламъ, какъ и безъ нихъ. Особенно слѣдуетъ при этомъ замѣтить, что, тогда какъ раньше мы должны были производить тракціи по возможности во время болей, теперь при поддерживаніи промежности цѣлесообразнѣе именно во время болей оттѣснять головку назадъ, съ тѣмъ чтобы въ промежуткахъ между болями выводить головку шагъ за шагомъ съ меньшей силой и съ очень умѣренной скоростью.

Когда головка совершенно родилась, мы снимаемъ щипцы, продвигая большой палецъ между обѣими рукоятками и удаляя тѣмъ самымъ ложки отъ головки, и откладываемъ ихъ въ сторону. Изгнаніе послѣдующаго туловища ничѣмъ особеннымъ не отличается, и ему способствуютъ давленіемъ и потираніемъ дна матки, а иногда и легкимъ потягиваніемъ за затылокъ по направленію внизъ, или вводя палецъ въ подмышечную впадину.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ оказаться необходимымъ снять щипцы еще прежде, чѣмъ головка совершенно родится; преимущество такого образа дѣйствія можетъ заключаться въ томъ, что при трудномъ поддерживаніи промежности, при сильномъ растяженіи наружныхъ половыхъ органовъ, периферія изгоняемой части снятіемъ щипцовъ нѣсколько уменьшается, тогда какъ сохранить промежность и вывести головку въ этомъ періодѣ мы можемъ и другими способами, помимо щипцовъ. При этомъ поступаютъ такимъ образомъ, что послѣ одной тракціи фиксируютъ щипцами головку, вводятъ одинъ или два пальца въ прямую кишку роженицы, чтобы дойти ими до рта или нижней челюсти плода. Если это возможно, то мы одну изъ названныхъ частей фиксируемъ со стороны прямой кишки, кладемъ большой палецъ той-же руки непосредственно на головку оттѣсняемъ ее вверхъ и въ направленіи тазоваго канала и затѣмъ снимаемъ обѣ вѣтви щипцовъ такимъ образомъ, что сначала извлекается правая, потомъ лѣвая ложка

въ направленіи противоположномъ тому, въ которомъ онѣ вводились, при этомъ необходимо особенно остерегаться отъ примѣненія большой силы, если-бы представились какія-либо затрудненія при снятіи одной вѣтви щипцовъ.

Головка выводится послѣ этого по такъ называемому способу *Ritgen'a* такимъ образомъ, что введеннымъ въ прямую кишку указательнымъ пальцемъ производится давленіе на головку по направленію внизъ, между тѣмъ какъ большой палецъ той-же руки, лежащій на промежности, сильно оттѣсняетъ головку къ симфизу и заставляеть ее утилизировать для своего прохожденія остающееся подъ лонною дугою пространство и такимъ образомъ меньше растягивать промежность. Скорость поступательнаго движенія головки регулируется рукою, расположенною непосредственно на видимомъ въ наружныхъ частяхъ сегментѣ черепа.

Въ добавленіе къ описанію этой операціи слѣдуетъ упомянуть еще о тѣхъ случаяхъ, когда наложеніе щипцовъ и извлеченіе ими производится при обыкновенномъ положеніи роженицы въ кровати. При этомъ всего лучше стоять съ лѣвой стороны послѣдней. Сначала, по обыкновенію, накладывается лѣвая вѣтвь, подъ руководствомъ пальцевъ правой руки, которые однако на этотъ разъ должны быть проведены изъ-подъ бедра роженицы и затѣмъ введены во влагалище. Вторая вѣтвь вводится по обыкновенному способу подъ руководствомъ двухъ пальцевъ лѣвой руки; извлеченіе производится точно такимъ-же образомъ, какъ мы это изложили выше во время поддерживанія промежности, т. е. одною правою рукою, тогда какъ лѣвая должна быть готова поддерживать промежность. Этотъ способъ наложенія щипцовъ проще, чѣмъ если-бы операторъ для наложенія лѣвой вѣтви становился съ правой стороны роженицы, а для наложенія правой переходилъ на ея лѣвую сторону, такъ какъ вѣдь обѣ вѣтви могутъ быть введены съ одной и той-же стороны.

Въ заключеніе слѣдовало-бы еще замѣтить, что чувство гуманности требуетъ, чтобы мы обстановкѣ всякой

операціи, между прочимъ и наложенія щипцовъ, а главнымъ образомъ устройству кровати—придавали возможно простой видъ. Но никогда, при не совсѣмъ простомъ. или требующемъ быстрого окончанія случаѣ, мы не должны трудной операціи заранѣе придавать видъ легкой. Затрудненія въ такомъ случаѣ, благодаря непрактичному положенію роженицы усиливаются, продолжительность операціи увеличивается, а мать и ребенокъ подвергаются опасностямъ, которыхъ можно было-бы избѣгнуть устройствомъ соотвѣтственной поперечной кровати.

Наложеніе щипцовъ при нормально ротированной головкѣ представляетъ собою до извѣстной степени—на что уже было указано—типъ операціи наложенія щипцовъ и въ достаточной подробности описано нами въ предшествующемъ изложеніи.

Сущность наложенія щипцовъ остается та-же и при операціяхъ, къ описанію которыхъ мы теперь приступаемъ. Мы будемъ ограничиваться лишь указаніемъ на отклоненія въ отдѣльныхъ операціяхъ отъ типическаго наложенія щипцовъ при нормально ротированной головкѣ.

Если намъ предстоитъ накладывать щипцы при неправильной ротации головки, причемъ, слѣдовательно, затылокъ обращенъ назадъ, а лобъ впередъ, то относительно наложенія и замыканія щипцовъ нельзя привести абсолютно никакихъ уклоненій отъ нормальнаго типа операціи. Но важное значеніе имѣетъ само извлечение. Въ такомъ случаѣ намъ приходится провести черепъ черезъ наружныя части гораздо большею окружностью его, чѣмъ при нормальномъ механизмѣ. Механизмъ прорѣзыванія головки при неправильной ротации таковъ, что лобъ упирается подъ лонною дугою, между тѣмъ какъ затылокъ въ силу плодно-осевого давленія протѣсняется къ тазовому дну; и такъ, при наложеніи щипцовъ должно смотрѣть за тѣмъ, чтобы лобъ оставался прижатымъ къ симфизу въ то время, какъ затылокъ долженъ медленно вращаться около этой точки. Если это движеніе затылка совершается слишкомъ быстро, то происходятъ грубокіе надрывы промежности; когда за-



тылокъ родился, то лицо слѣдуетъ обыкновенно такъ быстро, что кажется, будто-бы оба прорѣзались одновременно.

Необходимо еще замѣтить, что на практикѣ, если врачъ призванъ на роды поздно, распознаваніе неправильной ротаціи часто можетъ оказаться затруднительнымъ, благодаря значительному развитію головной опухоли. Въ подобномъ случаѣ, при внимательномъ наблюдении, обширное и рѣзкое выпячиваніе промежности въ періодѣ врѣзыванія головки часто даетъ намъ указаніе въ этомъ отношеніи, и тогда введеннымъ въ прямую кишку пальцемъ мы опредѣляемъ затылокъ вмѣсто личика.

Дальнѣйшему видоизмѣненію подлежитъ операція наложенія щипцовъ при низкомъ поперечномъ стояніи въ затылочномъ положеніи. Мы должны при этомъ имѣть въ виду, что низкое поперечное стояніе головки есть аномалія механизма, и что щипцы имѣютъ своимъ главнѣйшимъ назначеніемъ — извлечь головку. Но мы знаемъ, что это извлеченіе въ рѣдкихъ случаяхъ удается раньше, чѣмъ головка закончитъ свою ротацію. Итакъ, при наложеніи щипцовъ въ подобномъ случаѣ мы должны будемъ обращать вниманіе на извлеченіе, но одновременно обращать вниманіе и на поворотъ головки.

Объ эти лежащія на щипцахъ задачи при низкомъ поперечномъ стояніи головки были раздѣлены такимъ образомъ, что щипцы, по методу *Scanzoni*, накладывались въ косомъ размѣрѣ таза, затѣмъ до тракціи быстро производилась ими ротація черепа на  $90^\circ$ , и, наконецъ, обыкновеннымъ способомъ совершалось извлеченіе. Такой пріемъ получилъ названіе исправленія положенія помощью щипцовъ. Но я долженъ возразить противъ такого образа дѣйствія, что насильственный внезапный поворотъ черепа на  $90^\circ$  долженъ, вслѣдствіе плотнаго прилеганія влагалищныхъ стѣнокъ къ головкѣ у первородящихъ, почти неминуемо вести къ глубокимъ разрывамъ рукава; кромѣ того часто, не смотря на примѣненіе зна-

чительной силы, ротація не совершается, такъ какъ вѣдь существуютъ случаи ненормальныхъ тазовъ, когда головка прорѣзывается черезъ наружныя половыя части въ поперечномъ размѣрѣ.

На этомъ основаніи въ настоящее время операція производится такимъ образомъ, что щипцы хотя и накладываются обыкновенно въ косомъ размѣрѣ, но только съ тѣмъ, чтобы во время извлеченія быть въ состояніи способствовать и ускорять произвольно совершающуюся ротацію головки.

Слѣдовательно, въ настоящее время мы уже не производимъ исправленія положенія въ точномъ смыслѣ этого слова, а извлекаемъ только головку, приноравливаясь къ произвольно наступающему въ данномъ случаѣ механизму и способствуя ему.

Итакъ, на основаніи этихъ общихъ принциповъ мы должны будемъ по-возможности накладывать щипцы въ косомъ размѣрѣ таза; спрашивается только, въ которомъ изъ косыхъ? Это зависитъ вполне отъ положенія головки. Правило, которому мы должны при этомъ слѣдовать, таково: щипцы всегда накладываются въ косомъ размѣрѣ таза, соответствующемъ той сторонѣ матери, къ которой обращенъ затылокъ (слѣдовательно, при первой позиціи — въ лѣвомъ косомъ, при второй позиціи — въ правомъ косомъ размѣрѣ), или, другими словами, щипцы всегда должны быть накладываемы такимъ образомъ, чтобы верхушки ихъ направлялись къ затылку, а такъ какъ затылокъ по отношенію къ механизму называется проводной точкой, то это правило, вообще, можетъ быть сформулировано такимъ образомъ: верхушки ложекъ должны быть направляемы къ проводной точкѣ. Эти правила вытекаютъ изъ того требованія нормальнаго механизма, въ силу котораго въ концѣ концовъ при возстановленномъ поворотѣ головки тазовая кривизна щипцовъ должна смотрѣть къ лонному соединенію.

Въ этомъ случаѣ, какъ и при всякой операціи наложенія щипцовъ, сначала накладывается лѣвая ложка; она вводится по руководству двухъ пальцевъ въ лѣвую сто-

рону матери. Лишь послѣ того какъ она вполнѣ введена, ее приноравливаютъ, смотря по позиціи, кзади или кпереди. Если имѣется первая позиція, то ложка накладывается кзади и присноравливаніе производится такимъ образомъ, что мы наложенную уже вѣтвь выдвигаемъ нѣсколько изъ наружныхъ частей роженицы; затѣмъ сильно приподнимаемъ рукоятку и въ тотъ-же самый моментъ двумя лежащими въ вагинѣ пальцами направляемъ ложку кзади, причемъ вѣтвь щипцовъ должна, разумѣется, совершить соотвѣтствующее вращательное движеніе вокругъ своей продольной оси. Если имѣется вторая позиція, то раньше наложенная лѣвая ложка приходится на личико и должна быть присноровлена впередъ. Этого мы достигаемъ такимъ образомъ, что опять нѣсколько выдвигаемъ рукоятку, но затѣмъ сильно опускаемъ ее внизъ, а двумя лежащими внутри пальцами продвигаемъ ложку впередъ къ лонному соединенію. Вторая вѣтвь щипцовъ накладывается по тѣмъ же самымъ принципамъ, конечно — въ противоположномъ первой ложкѣ направленіи; послѣ этого щипцы замыкаются, и затѣмъ безъ всякаго ротаціоннаго движенія производится легкая тракція. При этой тракціи замѣчаютъ, имѣеть-ли головка наклонность поворачиваться, и кромѣ того, имѣеть ли она наклонность поворачиваться въ нормальномъ направленіи, или, быть можетъ, въ ненормальномъ. Обыкновенно она поворачивается въ нормальномъ направленіи, да къ такому ея повороту и приноровленъ только что описанный способъ наложенія щипцовъ. Мы способствуемъ этой ротаціи головки умеренными вращательными движеніями щипцовъ, пока повторно производимое изслѣдованіе не покажетъ, что поворотъ головки совершился вполнѣ. Но если-бы послѣ первыхъ тракцій обнаружилась наклонность къ неправильной ротаціи, то мы тотчасъ-же присноравливаемъ обѣ ложки щипцовъ въ противоположный косоу размѣръ таза и извлекаемъ головку, способствуя уже ненормальной ея ротаціи. Насильственное воздѣйствіе на головку въ смыслѣ опредѣленнаго механизма, или стремленіе, во что-бы то ни стало, вызвать нормальный

механизмъ было-бы опасно и рѣдко приводило-бы къ цѣли.

Если головка стоитъ въ косомъ размѣрѣ таза, т. е. на срединѣ между математическимъ поперечнымъ стояніемъ и ротированнымъ положеніемъ, то щипцы накладываются прежде всего въ косомъ размѣрѣ, противоположномъ тому, въ которомъ проходитъ прямой размѣръ головки. Если при этомъ затылокъ обращенъ болѣе впередъ, то обыкновенно наступаетъ нормальный механизмъ, и поворотъ затылка къ лонному соединенію легко заканчивается помощью щипцовъ.

Если-же затылокъ находится въ области крестцово-подвздошнаго соединенія, то нельзя напередъ съ увѣренностью сказать, что долженъ произойти неправильный поворотъ головки.

Въ подобномъ случаѣ первая тракція производится съ величайшей осторожностью и безъ малѣйшаго воздѣйствія на механизмъ, и мы поддерживаемъ тотъ механизмъ, который установится произвольно. Если-бы при этомъ затылокъ, какъ это нерѣдко случается, повертывался отъ крестцово-подвздошнаго соединенія къ боковой части таза, то послѣ того, какъ это совершится, мы должны передвинуть ложки щипцовъ въ такомъ смыслѣ, какъ это только что было описано для низкаго поперечнаго стоянія головки.

Въ заключеніе слѣдовало-бы еще замѣтить, что и здѣсь, вслѣдствіе значительнаго распространенія головной опухоли, часто оказывается невозможнымъ поставить діагнозъ положенія головки. Въ такихъ случаяхъ мы накладываемъ щипцы, обыкновеннымъ образомъ въ поперечномъ размѣрѣ таза не обращая никакого вниманія на нормальное или ненормальное стояніе головки, и затѣмъ слѣдимъ за совершающейся ротаціей. Тогда мы способствуемъ послѣдней до тѣхъ поръ, пока головка легко слѣдуетъ ротирующему движенію щипцовъ, и производимъ извлеченіе. Если-бы при этомъ черепъ повернулся на цѣлые  $90^{\circ}$ , такъ чтобы вѣтви щипцовъ стали въ прямомъ размѣрѣ таза, то, какъ только будетъ замѣчаться приближеніе ложекъ къ этому размѣру, мы должны

ихъ опять передвинуть въ косо́й размѣръ; при этомъ, если дѣло идетъ о поперечномъ стояніи, то одна ложка во всякомъ случаѣ ляжетъ на личико. При этомъ, впрочемъ, нечего опасаться поврежденій послѣдняго, такъ какъ глубоко стоящая головка обыкновенно такъ сильно флектирована, что одна ложка приходится верхушкой на заднюю поверхность шеи, а другая своей верхушкой — на лобъ и не выше.

При высоко́мъ поперечномъ стояніи головки въ затылочномъ положеніи намъ предстоитъ прежде всего точно убѣдиться въ способѣ установки головки.

Мы должны при этомъ еще разъ подчеркнуть, что щипцы могутъ быть накладываемы только тогда, когда головка фиксирована, а при узкомъ тазѣ опять только тогда, когда наибольшая окружность черепа преодолѣла плоскость тазового входа или лишь мало находится надъ нею. Далѣе необходимо замѣтить, что именно при высоко́мъ стояніи головки и препятствіи для родовъ часто бываетъ возможно не узнать истиннаго положенія головки при сильной головной опухоли. Въ подобномъ случаѣ нельзя обращать вниманіе на глубже всего въ тазу стоящую точку кожи головы, но должно стараться всестороннимъ ощупываніемъ черепа на высотѣ входа въ тазъ опредѣлить дѣйствительное стояніе головки. А такъ какъ и этимъ путемъ иногда бываетъ крайне трудно опредѣленно высказаться относительно того, прошла-ли уже наибольшая периферія черепа плоскость тазового входа, или еще находится надъ нею, и такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ щипцы противопоказуются, то при высоко́мъ поперечномъ стояніи мы должны всегда смотрѣть на щипцы, какъ на пробный инструментъ или, по выраженію *Braun'a*, какъ на діагностическій инструментъ, и послѣ нѣсколькихъ сильныхъ тракцій опять ихъ снимать, если не будетъ замѣтно никакого измѣненія въ положеніи головки. Было-бы совершенно ошибочно желать въ подобныхъ случаяхъ форсировать извлеченіе.

Для наложенія щипцовъ при высококомъ поперечномъ стояніи головки должно держаться слѣдующихъ основныхъ правилъ. Щипцы при высококомъ стояніи головки могутъ быть накладываемы всегда только въ поперечномъ размѣрѣ таза, и это потому, что наложеніе ихъ въ косомъ или даже въ прямомъ размѣрѣ, съ одной стороны, было-бы очень опасно для роженицы, а съ другой—та ложка, которая должна-бы быть продвинута къ лонному соединенію, обыкновенно вслѣдствіе недостатка мѣста не могла-бы быть туда проведена.

Соблюдая общія, уже изложенныя нами правила для наложенія щипцовъ, мы будемъ пользоваться здѣсь для проведенія ложекъ половиною руки, такъ какъ двумя пальцами при высококомъ поперечномъ стояніи нельзя дойти до наибольшей периферіи головки.

При замыканіи щипцовъ мы будемъ часто наблюдать то явленіе, что ложки не соотвѣтствуютъ другъ другу по плоскости («haben sich geworfen»), и въ такомъ случаѣ замыканіе должно быть достигнуто при помощи раньше указаннаго приема; далѣе, концы рукоятокъ, вслѣдствіе того, что черепъ захваченъ бѣльшимъ своимъ размѣромъ, чѣмъ обыкновенно, отстоятъ довольно далеко другъ отъ друга даже послѣ полного замыканія щипцовъ; чтобы затѣмъ, при послѣдующемъ извлеченіи, не производить слишкомъ сильнаго сдавленія черепа, всего лучше класть между концами рукоятокъ сложенное въ нѣсколько слоевъ полотенце, которое при этомъ служитъ такимъ-же регуляторомъ давленія, какъ и упомянутые во введеніи винты въ щипцахъ *Aitken*'а и *Frorier*'а.

Такъ какъ направленіе оси тазового входа пересѣкаетъ копчикъ, то идеально и тракціи должны-бы быть производимы въ этомъ направленіи; но такъ какъ промежность не позволяетъ слѣдовать этому идеальному направленію влеченія, то мы должны довольствоваться тѣмъ, что производимъ тракціи на столько прямо внизъ, на сколько это, вообще, возможно.

Едва-ли мнѣ нужно упоминать, что старанія произвести помощью щипцовъ ротацию головки при высококомъ поперечномъ стояніи не могутъ быть терпимы, такъ

какъ вѣдь поперечное стояніе головки во входѣ въ тазъ должно считаться нормальнымъ. Мы производимъ тракціи въ направленіи оси тазового входа до тѣхъ поръ, пока головка не пройдетъ вполнѣ входа и не будетъ находиться въ полости таза; затѣмъ мы размыкаемъ щипцы и всего лучше выжидаемъ втеченіи нѣсколькихъ болей; тогда головка, подъ вліяніемъ этихъ болей, обыкновенно произвольно поворачивается въ неплотно прилегающихъ къ ней ложкахъ щипцовъ, и когда мы опять замыкаемъ послѣдніе, то замѣчаемъ прѣжде всего, что рукоятки гораздо больше могутъ быть приближены другъ къ другу, чѣмъ раньше, и, какъ причину подобнаго явленія, мы на основаніи внутренняго изслѣдованія можемъ признать совершившійся или начавшійся поворотъ головки.

Искусственное ротированіе при этой операціи бесполезно и въ полости таза, такъ какъ вѣдь головка имѣетъ достаточно времени на пути отъ входа въ тазъ до его выхода повернуться произвольно, если только ей дать возможность къ этому. Съ другой стороны, вредно захватывать плотно головку щипцами и низводить ее до тазового дна, не давая ей во время операціи достаточно свободы въ ложкахъ щипцовъ.

На сколько примѣненіе щипцовъ, — будутъ-ли то щипцы *Nägele*, *Busch*'а или *Simpson*'а, — оказываетъ прекрасныя услуги при низкомъ стояніи головки, такъ что операція наложенія щипцовъ при этихъ условіяхъ врядъ ли подлежитъ еще какимъ-либо улучшеніямъ, на столько, со времени производства, вообще, этой операціи, выработалось убѣжденіе, что наложеніе щипцовъ на высокостоящую головку нуждается въ усовершенствованіи. Въ основѣ такого факта лежатъ трудность и опасность операціи наложенія щипцовъ при высокомъ стояніи, сравнительно съ низкимъ. А причина этой опасности и трудности при высокомъ стояніи заключается въ неблагопріятномъ направленіи тракцій и въ требующемся вслѣдствіе этого приложеніи большей силы. Примѣняемая сила распадается при этомъ на двѣ силы: одну — дѣйствующую въ направленіи оси входа и ея продолженія, пересѣкающаго копчикъ, вторую — перпендикулярную первой, направляющуюся прямо

къ задней поверхности лоннаго соединенія. Только первая изъ этихъ двухъ силъ, вообще, имѣетъ значеніе для поступательнаго движенія головки, вторая-же затрудняетъ извлеченіе и дѣйствуетъ вредно на мягкія части матери, подвергающіяся сильному сдавленію между головкой плода и лоннымъ соединеніемъ.

Если мы рассмотримъ тѣ-же условія при произвольныхъ родахъ, то оказывается, что ось матки, какъ изгоняющей силы, также не находится въ соотвѣтствіи съ осью таза, тѣмъ болѣе что послѣдняя въ каждой плоскости имѣетъ иное направленіе. Въ чемъ-же заключается послѣ этого вредная сторона щипцовъ сравнительно съ дѣйствіемъ потужной силы? Не физиологично, а, слѣдовательно, вредно въ щипцахъ то, что они при высокомъ стояннн головки влекутъ плотно захваченную головку въ такомъ направленіи, въ которомъ она не можетъ двигаться, между тѣмъ какъ родовыя боли просто вгоняютъ головку въ тазъ, предоставляя ей самой избирать свой путь въ направленіи наименьшаго сопротивленія.

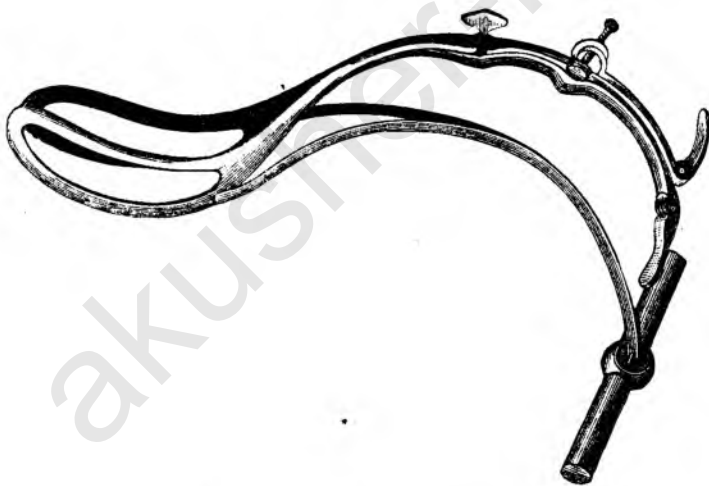
Врачи, убѣдившись собственнымъ опытомъ въ трудности и опасности наложенія щипцовъ при высокомъ стояннн головки, искали причину этого единственно въ невозможности производить обыкновенными щипцами тракціи въ направленіи оси тазового входа и издавна стремились къ тому, чтобы придать тракціямъ щипцовъ болѣе благоприятное направленіе. Это совершалось такимъ образомъ, что врачи прошлаго времени кромѣ тракціи за рукоятки примѣняли еще влеченіе за область замка въ вертикальномъ направленіи внизъ. Въ этомъ смыслѣ самыя старыя относительно ихъ примѣненія щипцы съ осевыми тракціями (*Achsenzugzange*) суть щипцы *Osiander*'а (1799); далѣе *Stein* старшій (1805) сдѣлалъ изъ щипцовъ *Levret*'а щипцы съ осевыми тракціями, производя влеченіе за повязку, укрѣпленную у замка, вертикально внизъ и въ то-же время — другою рукою за рукоятки впередъ. *Hermann* предложилъ въ 1844 году изображенные въ *Armamentarium lucinae novum Kilian*'а щипцы съ осевыми тракціями, которые имѣютъ, въ формѣ придатка къ щипцамъ, въ области замка металлическій рычагъ, кото-



рый дѣйствуетъ въ томъ-же направленіи, какъ рука въ щипцахъ *Osiander*'а. Во всѣхъ этихъ щипцахъ сила, влекущая въ направленіи книзу, прилагается въ области замка.

Въ 1877 году *Tarnier* выступилъ передъ врачебнымъ міромъ со щипцами съ осевыми тракціями, которые передъ всѣми своими предшественниками имѣютъ то преимущество, что влекущая сила прилагается у нижняго конца обоихъ окошекъ непосредственно къ ложкамъ *Levet*'овскихъ щипцовъ при посредствѣ подвижно соединенныхъ съ ними въ этомъ мѣстѣ вѣтвей для влеченія (фиг. 22). Совершенно похожъ на эти щипцы устроенный *Simpson*'омъ въ 1880 году axis-traction forceps, съ тѣмъ лишь различіемъ, что въ немъ *Tarnier*'овскія вѣтви

Фиг. 22.



Щипцы *Tarnier* съ осевыми тракціями (первая модель).

для влеченія приспособлены къ обыкновеннымъ *Simpson*'овскимъ щипцамъ.

Эти щипцы съ осевыми тракціями употребляются такимъ образомъ, что влеченіе производится не за руко-

ятки, а за упоминавшіяся уже нѣсколько разъ вѣтви для влеченія. Рукоятки составляютъ при этомъ родъ указателя, по которому мы каждый разъ судимъ о положеніи головки, а съ другой стороны — онѣ держатъ головку. Съ этою цѣлью на рукояткахъ имѣется соотвѣтственно сильный замыкающій аппаратъ. Достигаемые благодаря такому устройству преимущества, по мнѣнію *Tarnier*, таковы:

Во-первыхъ, оператору предоставлена возможность производить тракціи всегда въ направленіи оси таза.

Во-вторыхъ, головкѣ плода предоставлена достаточная степень подвижности, чтобы избирать себѣ путь черезъ тазъ въ направленіи наименьшаго сопротивленія.

Въ-третьихъ, рукоятки служатъ указателями того направленія, въ которомъ операторъ долженъ производить свои тракціи.

Относительно этого мы должны замѣтить, что тракціи щипцами *Tarnier* производятся не точно по оси таза, когда головка стоитъ высоко; да такого рода влеченіе вовсе не представляется абсолютно необходимымъ, такъ какъ вѣдь и матка, какъ мы только что видѣли, не работаетъ въ направленіи оси таза. Что касается рукоятокъ, какъ указателей, то мы должны предполагать, что врачъ, рѣшающійся накладывать щипцы на высоко стоящую головку, имѣетъ правильное представленіе о требующемся направленіи тракціи; съ другой стороны, строгое вниманіе, обращенное постоянно на положеніе рукоятокъ, легко можетъ повести къ тому, что операторъ не замѣчаетъ другихъ, болѣе важныхъ явленій, напр. отношенія головки къ наружнымъ частямъ, начинающагося, быть можетъ, соскальзыванія щипцовъ и. т. п.

Остается такимъ образомъ второй пунктъ, и въ немъ-то заключается несомнѣнное достоинство того новаго направленія, на которое вступилъ *Tarnier*. Преимущество, заключающееся въ его изобрѣтеніи, основывается именно на томъ, что головка, благодаря подвижному соединенію вѣтвей для влеченія съ ложками, хотя и слѣдуетъ ихъ влеченію, но никакъ не въ томъ направленіи, въ которомъ это влеченіе производится, а въ томъ направленіи,

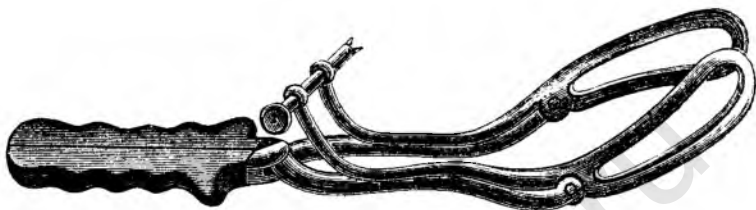
въ которомъ она дѣйствительно можетъ подвигаться. Головка ищетъ себѣ путь въ направленіи наименьшаго сопротивленія, а отсюда вытекаетъ то, что операторъ благодаря этому обстоятельству можетъ достигнуть значительнаго сбереженія въ силѣ.

Между тѣмъ какъ мы должны признать свободную подвижность во время тракцій, за важнѣйшее приобрѣтеніе въ щипцахъ *Tarnier*, изъ остального устройства ихъ вытекаютъ извѣстные недостатки, которые и были виною того, что это нововведеніе было встрѣчено со многихъ сторонъ въ гинекологическомъ мірѣ явнымъ недовѣріемъ. Эти недостатки заключаются въ большой сложности инструмента и его примѣненія, далѣе въ томъ, что рукоятки, долженствующія служить легкими указателями, нигдѣ не стѣсняющими свободной подвижности, не могутъ выполнить этого условія, потому что онѣ въ тоже время должны быть сдѣланы довольно массивными, чтобы обезпечить достаточную прочность замыкающаго аппарата, который имѣетъ своимъ назначеніемъ — фиксировать инструментъ на головкѣ. А этимъ двумъ требованіямъ рукоятки не могутъ удовлетворять одновременно. Наконецъ, въ способѣ фиксаціи инструмента помощью названнаго замыкающаго аппарата заключается крупный недостатокъ щипцовъ *Tarnier* сравнительно съ обыкновенными щипцами; если онъ будетъ завинченъ слишкомъ крѣпко, то ложки щипцовъ слишкомъ сильно сдавливаютъ головку и въ теченіе всей операціи, путемъ раздраженія блуждающаго нерва, легко могутъ повліять задерживающимъ образомъ на дѣятельность сердца плода; если-же аппаратъ будетъ замкнутъ болѣе свободно, то щипцы могутъ соскользнуть во время операціи.

На этомъ основаніи крупная заслуга *Breus*'а состоитъ въ томъ, что онъ построилъ щипцы, которые достигаютъ преимущества свободной подвижности головки во время производства тракцій, не обладая недостатками щипцовъ *Tarnier* (фиг. 23). *Breus* даетъ слѣдующее описаніе своихъ щипцовъ: посредствомъ прочнаго плоскаго сочлененія, соединяющагося съ вѣтвью щипцовъ позади окошка и допускающаго сагиттальныя движенія, достигается из-

мѣняемость угла, подѣ которымъ влекущая сила прилагается къ ложкѣ. Вѣтви щипцовъ фиксируются на головкѣ помощью соединенныхъ обыкновеннымъ замкомъ

Фиг. 23.

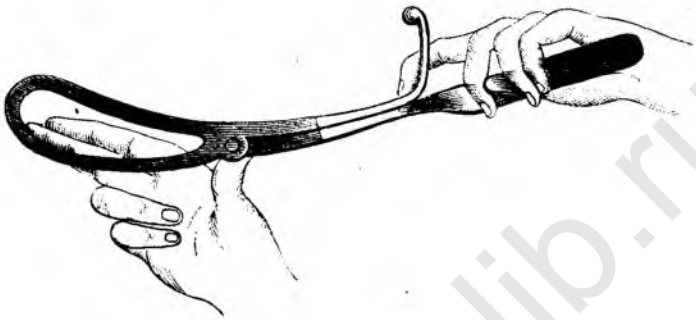
Щипцы *Bausch*'а.

рукояткою, какъ обыкновенно, рукою, влекущею за эти рукоятки. Ложки должны быть только удерживаемы до известной степени параллельными другъ другу. Это достигается помощью двухъ легкихъ шпоровидныхъ продолженій, которыя идутъ отъ верхнихъ реберъ ложекъ кнаружи до самаго замка и здѣсь свободно соединяются между собою посредствомъ металлическаго штифта. Каждая вѣтвь щипцовъ состоитъ изъ двухъ, соединенныхъ между собою шарниромъ, частей — ложки и рукоятки; верхняя часть образуется ложкою, которая имѣетъ нѣсколько меньшее окошко (длиною только въ  $10\frac{1}{2}$  см.) и позади послѣдняго, на своей наружной поверхности, притупленнымъ полукруглымъ краемъ переходитъ въ круглое, плоское углубленіе съ совершенно ровнымъ дномъ. Верхнее ребро ложки переходитъ, точно слѣдуя изогнутости шейки щипцовъ и прилегая къ ея верхнему краю, въ круглый, тонкій стальной стержень, на 3 см. не доходящій до замка. Здѣсь онъ подѣ тупымъ угломъ изгибается вверхъ и на разстояніи 5 см. отъ этого изгиба оканчивается небольшимъ, сагитально стоящимъ кольцомъ. Въ противоположность съ окончатую часть — собственно ложкою—этотъ стальной стержень можно назвать продолженіемъ ложки.

Примѣняется этотъ инструментъ по *Bausch*'у слѣдующимъ образомъ: сначала вводится лѣвая вѣтвь, по той-же

причинѣ, какъ и при обыкновенныхъ щипцахъ (фиг. 24); при этомъ лѣвая рука беретъ рукоятку такимъ образомъ, что указательный палецъ кладется снаружи въ изгибъ

Фиг. 24.

Наложение лѣвой вѣтви щипцовъ *Breus'*а.

продолженія ложки, легкимъ надавливаніемъ удерживаетъ его въ соприкосновеніи съ соотвѣтствующей частью рукоятки и такимъ образомъ во время введенія ложки замыкаетъ сочлененіе; средній палецъ лежитъ на *Busch'*евскомъ крючкѣ, слѣдующіе два пальца — позади послѣдняго, а большой палецъ — подъ замкомъ. Захваченная такимъ образомъ вѣтвь щипцовъ вводится, какъ и при обыкновенныхъ щипцахъ, посредствомъ продвиганія ея большимъ пальцемъ правой руки и постепеннаго опусканія рукоятокъ. Затѣмъ слѣдуетъ такимъ-же образомъ правая вѣтвь. Послѣ этого обѣ вѣтви легко замыкаются, причемъ рукоятки должны быть сильно опущены, а выдающіяся изъ наружныхъ половыхъ частей продолженія ложекъ — прижаты къ шейкѣ щипцовъ, послѣ чего чрезъ кольцевидныя окончанія этихъ придатковъ проводится правою рукою справа налѣво штифтъ. Извлеченіе производится помощью тракцій за рукоятки точно также, какъ и при обыкновенныхъ щипцахъ. Во время проведенія головки чрезъ наружныя части захватываютъ одновременно рукоятки и продолженія ложекъ, вслѣдствіе чего сочлененіе между ними дѣлается неподвиж-

нымъ, или же снимаютъ щипцы и выводятъ головку по способу *Ritgen*'а.

Эти щипцы, по моему личному опыту, даютъ относительно сбереженія силы и проведенія головки по оси таза все, чего можно требовать отъ подобнаго инструмента.

Если намъ приходится накладывать щипцы при **лицевомъ положеніи**, то опять можетъ быть такой случай, что мы имѣемъ предъ собою находящееся у тазоваго дна нормально ротированное личико, или же, что намъ предстоитъ накладывать щипцы при низкомъ поперечномъ стояніи.

При **ротированномъ личикѣ** щипцы накладываются точно также, какъ и при нормально ротированномъ черепѣ. Но если-бы мы, какъ и при черепномъ положеніи, отвели рукоятки въ нѣсколько косомъ направленіи внизъ, замкнули и извлекали въ этомъ направленіи, то, во-первыхъ, мы провели-бы ложки, какъ въ этомъ легко убѣдиться, не за наибольшую периферію головки, а только до нея; а съ другой стороны, верхушки ложекъ расположились-бы какъ разъ на боковыхъ поверхностяхъ шейки плода. При дальнѣйшихъ тракціяхъ щипцы или соскользнули-бы, или произвели опасное для жизни плода сдавленіе шейки. Чтобы избѣжать этихъ обоихъ нежелательныхъ явленій, мы, послѣ введенія обѣихъ ложекъ, должны поступать слѣдующимъ образомъ. Прежде чѣмъ щипцы будутъ замкнуты, обѣ рукоятки сильно поднимаются надъ горизонтомъ, въ этомъ приподнятомъ положеніи замыкаются, и затѣмъ мы медленно опускаемъ плотно сомкнутыя рукоятки до горизонтальной плоскости, но не ниже. Извлечение совершается посредствомъ тракцій въ горизонтальномъ направленіи, изъ котораго онѣ скоро переходятъ въ косвенное направленіе вверхъ; при этомъ должно принять къ сохраненію промежности всѣ мѣры, которыя, вообще, могутъ быть приняты при **лицевомъ положеніи**.

Если-же дѣло идетъ о **низкомъ поперечномъ стояніи въ лицевомъ положеніи**, то къ такому случаю мы должны от-

носиться по тѣмъ-же принципамъ, которые были нами подробно изложены при низкомъ поперечномъ стояннн въ затылочномъ положеннн. При этомъ также щипцы должны быть наложены въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ таза, чтобы способствовать нормальной ротаціи. Проводная точка, т. е. та часть, которая должна подойти подъ лонное соединеннн, есть въ данномъ случаѣ подбородокъ.

Верхушки щипцовъ должны, слѣдовательно, послѣ наложення ложекъ быть обращены къ подбородку. На этомъ основаннн та ложка, которая легла-бы на подбородокъ, приснаравливается къзади, а другая — впереди. И здѣсь мы исходимъ изъ того правила, что вѣтви щипцовъ должны быть сначала введены въ соотвѣтственную сторону матери и затѣмъ уже приснаровлены; мы соблюдаемъ это правило при наложеннн той вѣтви, которая сначала ложится на лобъ и темя, а уже затѣмъ опусканнемъ рукоятокъ приснаравливается впередъ. Но при наложеннн второй вѣтви, которая легла-бы съ той стороны матери, въ которой находится подбородокъ и шейка плода, мы по понятнымъ причинамъ должны отступить отъ этого правила и проводить ложку по руководству двухъ пальцевъ тотчасъ-же въ направленнн крестцовоподвздошнаго соединення. Относительно производства тракціи и способствовання нормальной ротаціи остается въ силѣ сказанное нами раньше по поводу той-же операціи при черепномъ положеннн.

Теперь намъ оставалось-бы еще обсудить вопросъ о нашемъ образѣ дѣйствня относительно щипцовъ при высокомъ поперечномъ стояннн личика. Наложенн щипцовъ при высокомъ поперечномъ стояннн въ лицевомъ положеннн не допускается, такъ какъ, на основаннн вышеприведенныхъ правилъ, мы должны накладывать щипцы при высокомъ поперечномъ стояннн, вообще, лишь въ поперечномъ размѣрѣ таза, а при этомъ въ случаѣ предлежання личика одна ложка должна-бы была лечь на шейку и подбородокъ плода.

Наложенн щипцовъ при неправильной ротаціи въ лицевомъ положеннн не можетъ имѣть мѣста по той простой причинѣ, что подобная ротаціа личика никогда не случается (см. стр. 44).

Если-бы намъ пришлось накладывать щипцы при лобномъ положеніи, то мы должны-бы были слѣдовать точно тѣмъ-же правиламъ, какія нами изложены для наложенія щипцовъ при лицевомъ положеніи. При этомъ было-бы необходимо точное соблюденіе нормальнаго механизма при лобномъ положеніи.

Противъ наложенія щипцовъ на послѣдующую головку мы уже высказались по поводу ученія о ручномъ освобожденіи ея, и для приверженцевъ этой операціи оставалось-бы сдѣлать только то замѣчаніе, что щипцы всегда должны быть накладываемы изъ-подъ туловища плода.

Остальные правила сообразуются съ положеніемъ и установкой головки.

Изъ опасныхъ случайностей при наложеніи щипцовъ, кромѣ травмъ, мы упомянемъ о такъ-называемомъ соскальзываніи щипцовъ. Мы различаемъ такъ-называемое вертикальное и горизонтальное соскальзываніе. Вертикальное соскальзываніе, названное *M-me Lachapelle* «glissement dans le sens vertical», находитъ свою причину частью въ недостаткахъ со стороны щипцовъ, частью въ ошибкахъ относительно оперативной техники, и, наконецъ, въ аномаліяхъ со стороны плода. Въ этомъ отношеніи должны быть, слѣдовательно, упомянуты дурно сдѣланные, особенно сильно пружинящіе или гнущіеся щипцы, неправильное ихъ наложеніе, слишкомъ сильныя тракціи при несоотвѣтствующемъ сжатіи, невѣрное направленіе тракцій, наконецъ — слишкомъ значительная или слишкомъ малая величина того размѣра, въ которомъ головка захвачена. Такимъ образомъ должно особенно опасаться соскальзыванія щипцовъ при высокомъ поперечномъ стояніи головки, при лобномъ положеніи, при несоотвѣтствіи объема головки съ головною кривизною щипцовъ, при слишкомъ большой или слишкомъ малой головкѣ. Такъ какъ соскальзываніе щипцовъ всегда происходитъ на высотѣ тракціи, то при этомъ поврежденія мягкихъ частей матери являются почти неизбѣжными.



Мы узнаемъ о соскальзываніи щипцовъ въ вертикальномъ направленіи, т. е. въ направленіи оси таза, всего лучше по тому, что рукоятки ихъ во время тракціи весьма значительно удаляются другъ отъ друга, что получается такое ощущеніе, будто-бы щипцы эластичны или пружиняты, наконецъ, слышится иногда своеобразный шелкающій шумъ, совпадающій, впрочемъ, съ окончаніемъ соскальзыванія. Итакъ, какъ только мы замѣтимъ, что щипцы начинаютъ соскальзывать, мы должны тотчасъ-же отпустить замокъ свободно, убѣдиться въ причинѣ соскальзыванія, правильно наложить щипцы и устранить тѣ недостатки и ошибки, которыми это соскальзываніе обуславливалось. Если-же это по той или иной причинѣ оказывается невозможнымъ, то дальнѣйшія тракціи должны быть производимы съ величайшею осторожностью.

Второй видъ соскальзыванія есть такъ-называемое горизонтальное соскальзываніе, по *M-me Lachapelle* — «*glissement dans le sens horizontal*». Причины такого заключаются въ чрезмѣрной подвижности головки и въ неправильномъ наложеніи щипцовъ. Перваго мы избѣгаемъ, накладывая щипцы, на основаніи вышеприведенныхъ условій, вообще, только при фиксированной головкѣ, а второго — тѣмъ, что мы каждый разъ стараемся получить ясное представленіе объ отношеніяхъ головки къ тазовому входу. Если-же высоко стоящая головка, быть можетъ, вслѣдствіе значительнаго распространія головной опухоли, будетъ признана низко стоящею, и на нее будутъ наложены щипцы, какъ при низко стоящей головкѣ, то ложки щипцовъ лягутъ позади наибольшей периферіи черепа и легко могутъ при послѣдующемъ извлеченіи совершенно соскользнуть съ головки по направленію кзади. Горизонтальное соскальзываніе щипцовъ еще гораздо опаснѣе вертикальнаго, такъ какъ при немъ щипцы могутъ повредить шейку матки.

Въ заключеніе слѣдовало-бы еще вкратцѣ упомянуть о способѣ дѣйствія при извѣстныхъ осложненіяхъ, особенно о поведеніи оператора при наложеніи щипцовъ при одновременномъ выпаденіи пуповины и конечностей.

Въ такихъ случаяхъ должно самымъ тщательнымъ образомъ избѣгать захватыванія въ щипцы этихъ выпавшихъ частей.

### Прибавленіе: Методъ выжиманія.

Выжиманіе плода или отдѣльныхъ его частей изъ полости матки можетъ быть разсматриваемо не столько, какъ самостоятельная акушерская операція, сколько скорѣе, какъ вспомогательный пріемъ при другихъ родоразрѣшающихъ операціяхъ. Оно заключается въ усиленіи существующей потужной силы путемъ давленія руками снаружи. Его производятъ такимъ образомъ, что, стоя сбоку роженицы, охватываютъ сверху матку обѣими руками и затѣмъ во время болей стараются ее выжимать по направленію внизъ къ тазовому каналу. Понятно, что такая попытка будетъ тѣмъ дѣйствительнѣе, чѣмъ меньше матка, т. е. чѣмъ полнѣе удастся охватить ее руками.

Методъ выжиманія показуется:

1. При тазовыхъ положеніяхъ, когда ягодицы уже родились, или еще лучше, когда въ полости матки находится уже только одна головка. Выжиманіе здѣсь примѣняется для усиленія влеченія за нижній конецъ тѣла; особенно при суженномъ тазѣ содѣйствіе снаружи оказываетъ отличное дѣйствіе на выведеніе головки.

2. При головномъ положеніи послѣ рожденія головки, причемъ мы способствуемъ изгнанію остающихся еще частей плода частью потираніемъ дна матки, а частью и прямымъ давленіемъ.

3. При маленькихъ, недоношенныхъ плодахъ, если изгнаніе ихъ при совершенно подготовленныхъ родовыхъ путяхъ замедляется.

Наконецъ, 4. Для удаленія послѣда, причемъ выжиманіе, какъ извѣстно, носитъ названіе способа *Crede'*.

Не подлежитъ сомнѣнію, что и при находящемся еще совершенно въ полости матки зрѣломъ плодѣ можно вы-

жиманіемъ усилить родовыя боли. Но въ подобномъ случаѣ эффектъ выжиманія не искупаетъ причиняемыхъ роженицѣ до извѣстной степени болевыхъ ощущеній и необходимой при этомъ затраты времени. Поэтому, при наличности показанія къ окончанію родовъ, желаемая цѣль гораздо бережнѣе будетъ достигнута черезъ естественные пути наложеніемъ щипцовъ или ручнымъ извлеченіемъ, тѣмъ болѣе, что ожидать эффекта отъ выжиманія можно только тогда, когда родовые пути совершенно подготовлены для прохожденія плода. Слѣдовательно, главнымъ образомъ мы должны ограничиваться для выжиманія вышепоименованными случаями, при которыхъ матка уже отчасти опорожнилась.

## б) Извлечение уменьшеннаго въ объемѣ плода.

### 1. Краниотомія.

Краниотомія заключается во вскрытіи полости черепа плода съ тою цѣлью, что-бы дать выходъ содержимому черепа (мозгъ, кровь, cerebro-спинальная жидкость) и подготовить такимъ образомъ головку къ прохожденію черезъ тазъ.

Какъ таковая, эта операція должна-бы занять мѣсто среди подготовительныхъ акушерскихъ операцій. Но такъ какъ почти безъ исключенія одного вскрытія черепной полости бываетъ недостаточно, а къ нему присоединяются дальнѣйшіе акты, какъ эксцеребрація и извлечение, то и причисляютъ перфорацию съ эксцеребраціей и извлеченіемъ подъ общимъ именемъ краниотоміи къ числу родоразрѣшающихъ операцій.

Путемъ разсѣченія всѣхъ покрововъ черепа и путемъ выведенія его содержимаго мы стремимся присущую уже черепу плода, вслѣдствіе неплотнаго взаимнаго соединенія костей, сжимаемость его повысить до такой степени, что становится возможнымъ посредствомъ давленія извнѣ уменьшить объемъ его до возможнаго minimum'a. Такое уменьшеніе объема получается частью благодаря захожденію краевъ костей, частью благодаря вдавленію послѣднихъ, причемъ тонкія фѣтальные кости и атмосферное давленіе, распространившееся по удаленіи мозга на внутреннюю поверхность черепа, противопоставляютъ давленію, дѣйствующему снаружи, лишь очень умѣренное сопротивленіе.

При современномъ состояніи нашей науки, эту операцію производятъ, конечно, только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ недо-

статокъ пространства не позволяетъ вывести головку плода не уменьшенною.

Наши предки, не знавшіе нашихъ теперешнихъ щипцовъ, а равно не умѣвшіе производить поворота, прибѣгали къ этой операциі въ каждомъ случаѣ замедленія или затрудненія родовъ, пока трудами *Paré, Guillemeau, Mauriceau* и *De la Motte*'а не былъ введенъ въ практику поворотъ. и, наконецъ, не стали извѣстны щипцы.

Если мы себя спросимъ о показаніяхъ къ краниотоміи, то логически получится отвѣтъ, что должно перфорировать во всѣхъ случаяхъ, когда родовой каналъ слишкомъ узокъ для прохожденія не уменьшенной въ объемѣ подлежащей головки, но все-таки не на столько узокъ, чтобы извлеченіе даже уменьшенной головки оказывалось или совершенно невозможнымъ, или только съ такою опасностью для матери, которая равносильна опасности кесарскаго сѣченія.

Такимъ образомъ, на первый взглядъ установка показанія къ разбираемой операциі кажется не трудною. Она является результатомъ двухъ факторовъ — размѣровъ родowego канала и величины головки плода. Первый изъ этихъ двухъ факторовъ можетъ быть опредѣленъ на живой съ приблизительной точностью; относительно второго мы располагаемъ только предположеніями, такъ какъ мы не знаемъ до сихъ поръ ни одного метода, по которому мы могли-бы измѣрять находящуюся въ маткѣ головку плода. Поэтому мы должны стараться ставить показаніе на основаніи общей величины плода, отношенія его головки къ тазовому входу, величины плодовъ предшествовавшихъ рожденій той-же женщины (если они происходятъ отъ того-же отца), особенно-же на основаніи теченія родовъ въ данномъ случаѣ.

Къ двумъ только что названнымъ главнымъ факторамъ, величинѣ головки и размѣрамъ родowego канала, присоединяются еще, какъ дальнѣйшіе весьма важные факторы, степень сжимаемости черепа, которая колеблется у различныхъ плодовъ сообразно со степенью окостенѣнія, и сила потужной дѣятельности, факторъ, который не можетъ быть рассчитанъ заранѣе, и который выясняется

только благодаря тщательному наблюденію за теченіемъ родовъ.

Отсюда ясно, что показаніе къ перфорациі можетъ быть поставлено только при большой специальной опытности и на основаніи сравненія многочисленныхъ подобнаго-же рода случаевъ своего собственнаго наблюденія.

Но раздѣленіемъ оперативныхъ случаевъ на двѣ группы можно существенно облегчить названныя затрудненія, а именно, если мы будемъ отличать операцію при мертвомъ и операцію при живомъ плодѣ.

Если плодъ умеръ до или во время родовъ, то врачомъ руководить только еще интересъ матери. Если въ такомъ случаѣ роды затрудняются или замедляются вслѣдствіе какого-либо не легко устранимаго препятствія со стороны родовыхъ путей, то должно стараться возможно скоро окончить роды самымъ бережнымъ для матери образомъ, а родоразрѣшающій методъ, дѣйствительно достигающій этого, есть краниотомія.

Случаи пространственнаго несоотвѣтствія при мертвомъ плодѣ наблюдаются не рѣдко, и притомъ, какъ это легко понятно, по той причинѣ, что въ суженіи таза съ осложненіемъ его выпаденіемъ пуповины, въ преждевременномъ отхожденіи водъ, въ чрезмѣрной сократительной дѣятельности матки и пр. даны условія для умиранія плода. Если, слѣдовательно, плодъ мертвъ, и имѣются на лицо всѣ упоминаемые ниже условія, то намъ не придется долго думать, чтобы рѣшиться на краниотомію.

Гораздо труднѣе поставить показаніе къ перфорациі при живомъ плодѣ.

Здѣсь мы руководствуемся слѣдующими принципами. Если у роженицы съ пространственнымъ несоотвѣтствіемъ, послѣ продолжавшейся многіе часы сильной потужной дѣятельности, безъ всякаго препятствія со стороны мягкихъ родовыхъ путей къ тому, чтобы головка опустилась, послѣдняя все еще высока и подвижна, а поворотъ болѣе не возможенъ, или если головка фиксирована, но въ такой установкѣ, при которой произвольное прохожденіе ея представляется невозможнымъ (напр. предлежаніе лбомъ), то при данныхъ условіяхъ должно перфорировать

безъ замедленія. Дальнѣйшее выжиданіе въ подобныхъ случаяхъ не принесетъ никакой пользы, а только повредитъ матери.

Большое число неблагопріятно окончившихся случаевъ должно быть отнесено на счетъ слишкомъ долгаго выжиданія.

Положимъ, и въ такихъ случаяхъ иногда роды подъ вліяніемъ вдругъ наступающихъ сильныхъ потугъ оканчиваются силами природы, но это — рѣдкія исключенія, которыя никоимъ образомъ не могутъ служить руководствомъ для нашего образа дѣйствія.

Если-же головка при констатированномъ пространственномъ несоотвѣтствіи фиксирована во входѣ въ тазъ, и если даны условія для наложенія щипцовъ, то слѣдуетъ произвести бережную попытку къ ихъ наложенію и этимъ какъ-бы самому убѣдиться въ существованіи пространственного несоотвѣтствія. Небольшого числа тракцій (5—6) достаточно, чтобы увидѣть, подвигается-ли головка, или нѣтъ. Въ послѣднемъ случаѣ необходимо щипцы снять, и такимъ образомъ показаніе къ краніотоміи поставлено и для этихъ случаевъ, хотя и окольнымъ путемъ.

Мы такимъ образомъ пришли къ убѣжденію, что головка не можетъ пройти черезъ данный тазъ. Будемъ-ли мы выжидать, пока наступитъ смерть плода (что иногда заставляетъ себя ждать цѣлыми днями), или приступимъ тотчасъ-же къ перфорации, это измѣняетъ случай только относительно матери, но не плода. Поэтому въ интересахъ матери мы приступаемъ къ единственно возможному способу скорого родоразрѣшенія — къ перфорации, такъ какъ и безъ того обреченная на погибель жизнь плода не можетъ уже быть принимаема въ расчетъ.

Я долженъ здѣсь еще разъ самымъ настоятельнымъ образомъ предостеречь отъ слишкомъ продолжительныхъ или слишкомъ форсированныхъ попытокъ извлеченія щипцами при пространственныхъ несоотвѣтствіяхъ. Жизнь матери всегда подвергается при этомъ опасности, а ребенокъ, вслѣдствіе долго продолжающагося сжатія черепа (давленіе на мозгъ), рождается мертвымъ, или въ такой глубокой асфиксіи, что

почти безъ исключенія вскорѣ погибаетъ. Рѣдкія исключенія или случаи, когда младенцы рождаются живыми даже со вдавленіями на черепѣ, опять-таки не могутъ имѣть для насъ руководящаго значенія, такъ какъ жизнь одного плода не можетъ быть покушаема цѣною здоровья и жизни многочисленныхъ матерей.

Время производства перфѳораціи существенно зависитъ отъ того момента, когда врачъ вышеописанными путями придетъ къ постановкѣ показанія, и кромѣ того, отъ условій, которыя нами требуются для этой акушерской операціи.

Условія эти суть:

### 1. Полное открытіе зѣва.

Это условіе требуется во всѣхъ тѣхъ случаяхъ; когда за перфѳораціею тотчасъ-же должно слѣдовать извлеченіе. Оно является, слѣдовательно, не столько условіемъ для перфѳораціи, сколько для извлеченія.

Что одну только перфѳорацію можно и должно производить и при не вполне раскрытомъ зѣвѣ, это явствуетъ особенно изъ разсмотрѣнія тѣхъ случаевъ, въ которыхъ при высоко стоящей головкѣ и пространственномъ несоотвѣтствіи преждевременно разрывается плодный пузырь, и единственно что можетъ послѣ этого обусловить раскрытіе зѣва, это — головка; а она-то и задерживается надъ входомъ въ тазъ и благодаря этому не можетъ вліять на остающійся вялымъ зѣвъ, раскрытіе котораго, если головка продолжаетъ стоять высоко, безъ помощи искусства можетъ совершиться только двоякимъ путемъ: или подъ вліяніемъ вдающейся въ полость таза головной опухоли, или вслѣдствіе захожденія зѣва вверхъ за головку. Первый путь благоприятенъ, но послѣдняго мы боимся, вслѣдствіе грозящей опасности высокаго разрыва влагалища.

Прободеніе черепа въ подобныхъ случаяхъ дѣлаетъ возможнымъ уменьшеніе объема головки, ея приспособленіе къ данной вмѣстимости таза съ одновременнымъ нисхожденіемъ ея и расширеніемъ зѣва, такъ что такимъ путемъ извлеченіе обыкновенно оказывается выполнимымъ раньше, чѣмъ если-бы мы ждали съ перфѳораціею до полнаго открытія зѣва.

2. Вторымъ важнымъ условіемъ для краниотоміи является степень суженія таза, или вѣрнѣе —



степень пространственнаго несоотвѣтствія. Ибо затрудненіе для родовъ создается вѣдь только взаимнымъ отношеніемъ между головкой и тазомъ.

Какъ низшую границу для краниотоміи мы должны требовать конъюгату въ  $6\frac{1}{2}$  см. Послѣ перфорациі при конъюгатѣ ниже  $6\frac{1}{2}$  см., какъ показываютъ наблюденія, погибаетъ больше матерей, чѣмъ въ настоящее время послѣ кесарскаго сѣченія, и, слѣдовательно, въ **такихъ** случаяхъ должно быть предпочитаемо **послѣднее** еще и потому, что оно даетъ вѣроятность спасти также и жизнь плода.

Если мы на этомъ основаніи конъюгату въ  $6\frac{1}{2}$  см. установимъ, какъ низшую границу для краниотоміи, то, съ другой стороны, намъ будетъ трудно опредѣлить высшую границу для этой операціи, такъ какъ при необыкновенно большомъ развитіи головки даже при conj. 10—11 см. можетъ потребоваться перфорация, особенно если мы, на основаніи вышеизложенныхъ принциповъ. при мертвомъ плодѣ считаемъ себя въ правѣ производить перфорацию при сколько-нибудь замѣтномъ затрудненіи для родовъ.

3. Въ качествѣ дальнѣйшаго условія требуется отсутствіе цѣлаго пузыря,—условіе, которое, если оно невыполнено, легко можетъ быть создано искусственно при наличности прочихъ условій и при существованіи показанія.

Къ числу приготовленій для краниотоміи относятся устройство соотвѣтствующей операціонной кровати, приготовленіе и обеззараживаніе инструментовъ; если возможно, то должно позаботиться о помощникахъ наркозѣ.

Наборъ инструментовъ для краниотоміи состоитъ изъ трепана (или перфорационныхъ ножицъ) и краниокласта; кромѣ того, должны быть готовѣ маточный наконечникъ съ подходящей къ нему спринцовкой.

Меня завело-бы слишкомъ далеко описаніе въ отдѣльности всѣхъ тѣхъ многочисленныхъ инструментовъ, ко-

торые были изобрѣтены и примѣнены для перфорации и для извлеченія перфорированнаго черепа.

Я подробнѣе остановлюсь лишь на тѣхъ изъ нихъ, которые еще и въ настоящее время употребляются въ выдающихся акушерскихъ школахъ, и затѣмъ опишу производство краниотоміи при помощи тѣхъ инструментовъ, которые я самъ испробовалъ въ многочисленныхъ случаяхъ и которые я, по теоретическимъ и практическимъ основаніямъ, по собственному убѣжденію могу предложить, какъ самые лучшіе.

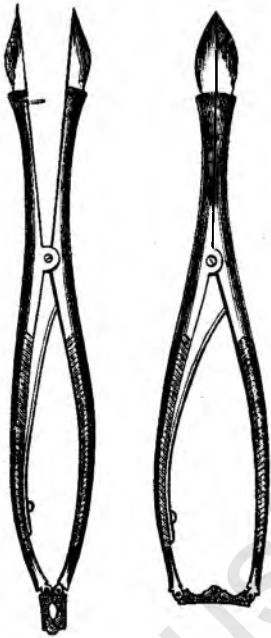
Изъ числа перфорационныхъ ножницъ наиболѣе удобопримѣнимы ножницы *Nägele*. Онѣ произошли путемъ модификаціи перфоратора *Levret-Fried'a*. Длина ихъ равняется 24—30 см., и состоятъ онѣ изъ двухъ вѣтвей, соединенныхъ помощью замка, въ области котораго онѣ, однако, не перекрещиваются. (Въ этомъ заключается существенное отличіе этого инструмента отъ болѣе стараго *Levret'*овскаго, вѣтви котораго перекрещиваются въ области замка, какъ и въ обыкновенныхъ ножницахъ.) Съ одного конца обѣ вѣтви довольно скоро кончаются остріями, которыя въ замкнутомъ состояніи инструмента прилежатъ другъ къ другу и образуютъ какъ-бы одно остріе; на другомъ концѣ (рукоятки) въ инструментѣ *Nägele* находится стальная дуга, которая, будучи соединена съ однимъ концомъ помощью шарнира, вкладывается въ другой конецъ на подобіе кремальера. (Вмѣсто такого замыкающаго аппарата, долженствующаго гарантировать сомкнутое состояніе инструмента въ тотъ моментъ, когда онъ вкалывается, *Simpson* предложилъ иное устройство съ болѣе крѣпкимъ стальнымъ замыкательнымъ аппаратомъ и тремя шарнирами, по одному на концѣ каждой вѣтви и одинъ по-срединѣ, и притомъ такъ, что средній шарниръ допускаетъ очень незначительную экскурсію по направленію къ замку, а въ противоположную сторону — совершенно свободную подвижность.) (Фиг. 25.)

Изъ трепановидныхъ перфораторовъ наиболѣе извѣстны и употребительны — трепаны *Leissnig-Kiwisch'a*, *Braun'a* и *Guyon'a*.

Трепанъ *Leissnig-Kiwisch*'а (фиг. 26) состоитъ изъ оси и мѣдной защитительной трубки. Ось имѣетъ на переднемъ концѣ вѣнчикъ трепана съ зубцами, въ цен-

Фиг. 25.

Фиг. 26.



Перфораторъ *Nägele* съ замыкательнымъ аппаратомъ *Simpson*'а.



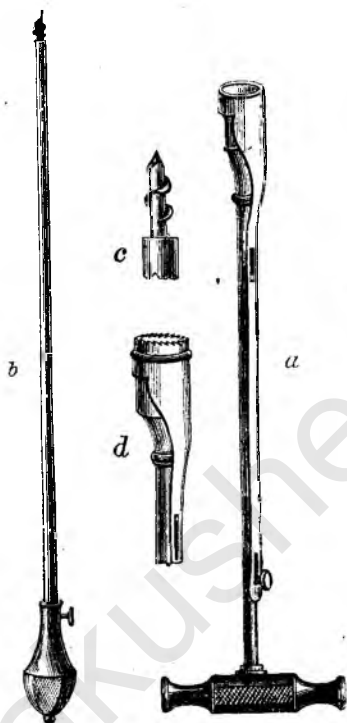
трѣ которыхъ находится короткій, немного превышающій уровень вѣнчика фиксаціонный буравъ. На другомъ концѣ ось снабжена рукояткой. Ось и трубка соединены между собою на нижнемъ концѣ на подобіе винта, входящаго въ гайку.

Трепанъ *Leissnig-Kiwisch*'а.  
*a* — трепанъ съ закрытымъ вѣнчикомъ.  
*b* — ось съ вѣнчикомъ безъ трубки.

Трепанъ *S. Braun*'а представляетъ собою видоизмѣненіе только-что описаннаго, состоящее въ томъ, что трепанъ снабженъ такъ-называемою тазовою кривиз-

ною, вслѣдствіе чего компактная ось трепана *Leissnig-Kiwisch*'а въ своей соотвѣтствующей изгибу части необходимо должна была стать изломленной, чтобы допускать ея вращеніе въ изогнутой трубкѣ. По этому ось состоитъ

Фиг. 27.

Трепанъ *Guyon*'а.

*a* — трепанъ съ закрытымъ вѣнчикомъ, *b* — проводной стержень (укорочень), *c* — верхушка проводнаго стержня, *d* — верхній конецъ трепана съ открытымъ вѣнчикомъ.

изъ двѣнадцати поставленныхъ другъ къ другу подь прямымъ угломъ и укрѣпленныхъ штифтами шарнирныхъ сочлененій а въ нижней части, кончающейся въ рукоятку, — изъ стержня длиною въ 15 см.

Трепанъ *Guyon*'а (фиг. 27) состоитъ изъ двухъ главныхъ частей—собственно трепана и проводнаго стержня. Трепанъ имѣетъ въ длину 31 см., на переднемъ концѣ снабженъ вѣнчикомъ въ 2 см. въ поперечникѣ съ пиловидными зубцами, а на нижнемъ концѣ — рукояткою. Вѣнчикъ закрывается совершенно короткою (1 см. въ длину) мѣдною гильзою, которая кзади переходитъ въ узкую металлическую полосу, сквозь которую въ нижнемъ ея концѣ проходитъ прикрѣпленный къ оси трепана винтъ, благодаря которому возможна фиксація гильзы на оси, а въ то-же время и передвиженіе гильзы въ направленіи оси. Ось всего трепана сдѣлана пологою и

предназначена для воспринятія проводнаго стержня. Послѣдній имѣетъ въ длину 50 см. и на переднемъ своемъ концѣ снабженъ остриемъ, переходящимъ кзади въ

два спиральныхъ оборота довольно круто спускающагося винта; на другомъ-же концѣ онъ имѣетъ съемную рукоятку.

Въ этомъ инструментѣ, слѣдовательно, фиксаціонный буравъ, прикрѣпленный въ другихъ трепанахъ къ вѣнчику, сидитъ на своемъ собственномъ отдѣльномъ стержнѣ. Позднѣе мы увидимъ, какое преимущество получается благодаря такому устройству.

Относительно инструментовъ для извлеченія я могу ограничиться описаніемъ краниокласта и кефалотриба, послѣдняго, пожалуй, только потому, что въ настоящее время все еще имѣются отдѣльные, немногочисленные приверженцы кефалотрипси.

Кефалотрибъ (кефалотрипторъ, кефалотласть) — какъ показываетъ само названіе, есть инструментъ для разможенія головки. Самые извѣстные кефалотрибы — *Scanzoni*, *Baudelocque*'a, *Kiwisch*'a, *Breisky*'аго. Это суть инструменты, построенные по типу щипцовъ, съ головою кривизною въ  $3\frac{1}{2}$ —5 cm., съ тазовою кривизною около 7 cm. Кромѣ того, они сдѣланы очень массивными и снабжены вблизи концовъ рукоятокъ сжимающимъ аппаратомъ.

Фиг. 28.

Краниокластъ *Braun*'а.

Краниокласть *Braun'a* (фиг. 28) (видоизмѣненіе инструмента *Simpson'a*, предназначеннаго для удаленія отдѣльныхъ черепныхъ костей, на подобіе костныхъ щипцовъ) имѣетъ 47 см. въ длину, состоитъ изъ двухъ перекрещивающихся въ (нѣмецкомъ) замкѣ вѣтвей, ложки которыхъ имѣютъ 20 см., а рукоятки — 27 см. въ длину. Одна ложка имѣетъ въ ширину 2 см., окончата, съ круто поднимающимися, на внутренней поверхности тупо-напиленными ребрами и съ кривизною въ 4 см. Вторая ложка не окончата, по наружной поверхности—гладка и вогнута, по внутренней—покрыта напилкомъ и остріями. Она изогнута на столько, что вполнѣ соотвѣтствуетъ и помѣщается въ вогнутости первой ложки.

На концахъ рукоятокъ находится соотвѣтственный сжимающій аппаратъ.

Обѣ рукоятки идутъ параллельно другъ другу, но на разстояніи 2 см. одна отъ другой, и притомъ такъ, что даже при вполнѣ сомкнутомъ инструментѣ сжимающій аппаратъ позволяетъ, уже на счетъ эластичности обѣихъ вѣтвей, еще болѣе сблизить рукоятки при помощи винта, въ силу чего надежность фиксаціи инструмента существенно выигрываетъ.

Теперь мы перейдемъ къ техникѣ операціи. Такъ какъ послѣдняя нѣсколько видоизмѣняется, смотря по тому, приходится-ли намъ перфорировать головку подлежащую, или послѣдующую, то мы рассмотримъ оба вида перфорациі отдѣльно и начнемъ съ прободенія подлежащаго черепа.

Операція дѣлится на три акта:

1. Вскрытіе черепной полости (перфорациа въ болѣе тѣсномъ смѣслѣ этого слова).
2. Опорожненіе черепной полости (экцеребраціа).
3. Выведеніе наружу подготовленной такимъ образомъ головки и прочихъ частей плода (извлеченіе, называемое также, смотря по примѣненному инструменту, краниоклазіей, или кефалотрипсией).

1-й актъ. Прободеніе.

Какъ сказано выше, въ нашемъ распоряженіи для этой цѣли имѣются различные инструменты. Такъ какъ врачъ можетъ оказаться вынужденнымъ оперировать каждымъ изъ названныхъ инструментовъ, то мы сначала предпошлемъ краткое описаніе оперативной техники, ея преимуществъ и недостатковъ при каждомъ изъ употребляющихся инструментовъ, и такимъ путемъ мы въ заключеніе будемъ въ состояніи легко рѣшить, какой инструментъ заслуживаетъ предпочтенія, вообще, и какой — въ особыхъ исключительныхъ случаяхъ.

Перфорация помощью ножницевиднаго перфоратора производится такимъ образомъ, что прежде всего лѣвая рука проводится до подлежащей головке, фиксируется на послѣдней соотвѣтствующую тазовой оси точку поверхности черепа, и затѣмъ правою рукою проводится туда-же замкнутый инструментъ. Тогда мы поручаемъ фиксировать снаружи головку и смѣлымъ напоромъ инструмента быстро проникаемъ сквозь черепную крышку по направленію къ центру черепа, причемъ, какъ только сопротивленіе будетъ преодолено, мы тотчасъ-же уменьшаемъ силу и, вообще, проникаемъ перфораторомъ лишь на глубину около 4 см. Если вблизи вышеуказанной точки черепа находится шовъ или родничекъ, что въ большинствѣ случаевъ и бываетъ, то и должно перфорировать таковые, въ виду меньшаго сопротивленія. Впрочемъ удается прободеніе и компактной кости. Послѣ этого все еще замкнутый инструментъ раскрывается приблизительно на 4 см., причемъ, въ случаѣ примѣненія *Nägele'*скаго инструмента, правою рукою открывается замыкающій аппаратъ, и концы обѣихъ вѣтвей сжимаются. (Если перфорация производится ножницами *Levret'a*, при которыхъ увеличеніе отверстія въ черепѣ, понятнымъ образомъ, происходитъ вслѣдствіе раздвиганія концовъ рукоятокъ, то для этого требуется особый ассистентъ, такъ какъ лѣвая рука должна оставаться несмѣнно около перфорационнаго отверстія, чтобы контролировать каждое движеніе инструмента.) Большая независимость есть то преимущество, которое выпадаетъ на долю оператора при примѣненіи *Nägele'*скаго инструмента.

Когда расширеніе перфораціоннаго отверстія произведено въ одномъ направленіи, то инструментъ снова замыкается, повертывается на  $90^\circ$  и затѣмъ раздвигается точно такъ-же и въ этомъ направленіи.

Перфорация помощью одного изъ трепановъ — *Leissnig-Kiwisch'a*, или *Braun'a* — совершается такимъ образомъ, что инструментъ съ совершенно закрытымъ вѣнчикомъ проводится подъ руководствомъ лѣвой руки до поверхности черепа, прикладывается къ послѣднему такъ, что свободный край трубки нигдѣ кругомъ не можетъ быть оцупанъ; тогда мы можемъ быть увѣрены, что инструментъ приложенъ перпендикулярно къ поверхности головки. Въ противномъ случаѣ вѣчикъ выпиливаетъ въ черепѣ только полукружную щель, а не круглое отверстіе, и трепанация должна быть повторена. Когда трепанъ приложенъ, и головка фиксирована, то операторъ правою рукою, которая держитъ трубку трепана, проходитъ вдоль послѣдней нѣсколько вверхъ къ наружнымъ половымъ частямъ роженицы, чтобы открыть свободный доступъ помощнику къ рукояткѣ и концу трубки трепана. Помощникъ, стоя съ правой стороны оператора, беретъ въ правую руку, проводя ее сверху между рукъ оператора, конецъ трубки трепана, между тѣмъ какъ другою (лѣвою) рукою онъ вертитъ рукоятку. Только благодаря тому, что помощникъ принимаетъ участіе въ фиксированіи перфоратора, можетъ быть устранено постоянное колебаніе трепана то въ ту, то въ другую сторону во время пиленія вѣнчика, такъ какъ только тотъ можетъ судить объ имѣющемся въ данный моментъ сопротивленіи, кто вертитъ рукоятку. Лѣвая рука оператора втеченіе всей операціи остается во влагалищѣ для контроля инструмента и для защиты мягкихъ частей роженицы.

Послѣ того какъ операторъ и помощникъ заняли только-что описанное положеніе, первый еще разъ убѣждается въ надлежащемъ положеніи перфоратора и затѣмъ поручаетъ помощнику фиксировать инструментъ и вертѣть рукоятку. Послѣднюю помощникъ вертитъ до тѣхъ поръ, пока не сойдутъ всѣ винтовые ходы, если-



бы даже, какъ это почти всегда бываетъ, сопротивленіе перестало ощущаться еще раньше, и характерный пилящій шумъ при прохожденіи вѣнчика черезъ кость черепа уже прекратился, такъ какъ дѣло идетъ о томъ, чтобы разсѣчь и твердую мозговую оболочку. Послѣ этого рукоятку вертятъ въ обратномъ направленіи, пока вѣнчикъ не скроется въ трубкѣ, и удаляютъ перфораторъ.

Если мы намѣрены произвести вскрытіе полости черепа раньше описаннымъ трепаномъ *Guyon'a*, то мы начинаемъ съ ввинчиванія проводнаго стержня въ черепную крышку въ избранной предварительно по изложеннымъ уже правиламъ и фиксированной нѣсколькими пальцами лѣвой руки точкѣ. Стержень послѣ нѣсколькихъ поворотовъ проникаетъ на допускаемую винтомъ глубину и послѣ этого оказывается надежно фиксированнымъ. Тогда снимается рукоятка съ нижняго конца проводнаго стержня и на него надвигается трепанъ съ закрытымъ вѣнчикомъ, пока онъ не станетъ перпендикулярно къ поверхности черепа. (При косвенномъ наложеніи инструмента трепанація хотя и замедляется нѣсколько, но это ей не препятствуетъ быть произведенною надлежащимъ образомъ, какъ это случается съ перфораторами *Leissnig-Kiwisch'a* или *Braun'a*, такъ какъ при послѣднихъ глубина, на которую можетъ проникнуть вѣнчикъ трепана, ограничена числомъ винтовыхъ ходовъ въ рукояткѣ, а въ трепанѣ *Guyon'a* этого ограниченія нѣтъ).

Когда трепанъ установленъ, операторъ развинчиваетъ винтъ, фиксирующій защитительную гильзу вблизи рукоятки и, не сдвигая гильзы внизъ, беретъ рукоятку въ правую руку, чтобы попеременными движеніями супинаціи и пронаціи руки въ нѣсколько мгновеній окончить операцію. Послѣ этого трепанъ и проводной стержень удаляются вмѣстѣ. На верхушкѣ послѣдняго сидитъ выпиленная изъ черепа костная пластинка съ соотвѣтствующимъ кускомъ мягкихъ покрововъ. Едва-ли еще нужно упоминать, что и здѣсь лѣвая рука съ начала до конца должна непрерывно находиться во влагалищѣ,

чтобы указывать путь инструменту и защищать мягкія части роженицы.

На основаніи сказаннаго мы видимъ такимъ образомъ, что перфорация можетъ быть производима то ножницевидными, то трепановидными инструментами различной конструкторціи, и поэтому самъ собою является вопросъ: безразлично-ли совершенно, какимъ инструментомъ мы будемъ оперировать, или-же опытъ намъ указываетъ преимущества или недостатки того или другого инструмента?

При употребленіи ножницевиднаго перфоратора часто получается неправильное, съ костными осколками и слишкомъ маленькое отверстіе. Послѣдствіемъ этого является затруднительное и недостаточное опорожненіе черепной полости и возможность поврежденія стѣнокъ вагины во время извлеченія. Въ качествѣ преимуществъ должны быть упомянуты быстрое производство операціи и независимость со стороны помощниковъ при примѣненіи *Nägele'*вскаго инструмента.

(Въ качествѣ неприятныхъ случайностей встрѣчаются при этомъ въ менѣе опытныхъ рукахъ, а иногда и при большой опытности — вслѣдствіе безпокойства роженицы или недостаточной фиксаціи головки, поврежденія влагалища, шейки матки и даже брюшины въ силу соскальзыванія инструмента въ моментъ предполагаемаго вкалыванія его.)

Относительно легкости производства трепанациі оба инструмента *Leissnig-Kiwisch'*а и *Braun'*а ничѣмъ другъ отъ друга не отличаются. Но первый изъ нихъ много вѣрнѣе и надежнѣе, такъ какъ онъ даже послѣ многолѣтняго лежанія служитъ хорошо, тогда какъ инструментъ *Braun'*а, вслѣдствіе болѣе сложнаго устройства его оси, легко ломается, ржавѣетъ, послѣ каждой операціи требуетъ весьма тщательной чистки опытнымъ инструментальнымъ мастеромъ, и, кромѣ того, цѣна его выше.

Но всѣ эти доводы противъ инструмента не имѣли бы значенія, если-бы мы должны были сознаться, что въ извѣстныхъ, особенно трудныхъ случаяхъ, при очень

высокостоящей головкѣ никакимъ инымъ инструментомъ перфорация не могла-бы быть произведена. Но на самомъ дѣлѣ это не такъ; и прямой трепанъ при достаточномъ опусканіи рукоятки можетъ быть приставленъ перпендикулярно даже къ очень высокостоящей и подвижной головкѣ, и трепанация совершается безъ всякихъ затрудненій, какъ я въ этомъ лично убѣдился болѣе, чѣмъ въ 80-ти случаяхъ перфорации, въ которыхъ ни разу не потребовался изогнутый трепанъ.

Наконецъ, трепанъ *Guyon*'а представляетъ слѣдующія выгоды: прочную фиксацію инструмента, возможность операціи даже при косомъ наложеніи вѣнчика, независимость въ смыслѣ помощниковъ. Недостатковъ этого инструмента я не могъ-бы указать.

Послѣ такого разбора употребительныхъ инструментовъ мы для перфорации подлежащей головки поставимъ, слѣдовательно, на первое мѣсто трепаны *Leissnig-Kiwisch*'а и *Guyon*'а, причемъ, имѣя въ виду то обстоятельство, что практическому врачу часто очень трудно, въ большинствѣ-же случаевъ невозможно достать себѣ помощника, а присутствующая обыкновенно акушерка вполне поглощена фиксированіемъ головки, то мнѣ хотѣлось-бы указать на трепанъ *Guyon*'а, какъ на примѣнимый во всѣхъ случаяхъ и самый простой.

Теперь мы переходимъ ко второму акту — къ эксцеребраціи.

Хотя при примѣненіи экстракціонныхъ инструментовъ, а равно подъ вліяніемъ сокращеній матки на вскрытый черепъ мозгъ частью выводится безъ дальнѣйшаго содѣйствія, тѣмъ не менѣе обыкновенно увеличиваютъ сжимаемость черепа тѣмъ, что разрушаютъ мозгъ и механически его удаляютъ по возможности совершенно. Всего надежнѣе это совершается введеніемъ во вскрытую черепную полость маточнаго наконечника (безъ оливы), которымъ сначала разрушаютъ мозгъ, а затѣмъ, впрыскивая черезъ него тепловатую воду, вымываютъ такимъ образомъ части разрушеннаго мозга. Съ этою цѣлью мы всего лучше пользуемся хорошо пригнанной спринцовкой, такъ какъ только помощью таковой можетъ быть полу-

чено необходимое для вымыванія достаточнаго количества мозга давленіе, и лишь въ случаѣ нужды — замѣнившимъ въ настоящее время повсемѣстно шприць ирригаторомъ, такъ какъ онъ въ состояніи дать давленіе, лишь много меньшее.

Можно также съ удобствомъ пользоваться для экскребраціи ложкою, особенно (упомянутою на стр. 129) ирригаціонною ложкою.

Послѣ этого черепъ достаточно подготовленъ для извлеченія. Дальнѣйшее уменьшеніе головки путемъ кефалотрипсіи, вырванія отдѣльныхъ черепныхъ костей костными щипцами по *Boer*'у и *Chiari*, или краниокластомъ по *Simpson*'у — излишне и опасно. А также предложенная *Guyon*'омъ перфوراція основанія черепа (самимъ *Guyon*'омъ невѣрно названная внутри-черепной кефалотрипсіей, *cephalotripsie intracranienne*) помощью вышеописаннаго трепана, послѣ того какъ предварительно черепная крышка была вскрыта подобнымъ-же трепаномъ съ бѣльшимъ поперечникомъ вѣнчика, могла-бы разсчитывать на примѣненіе развѣ только при высшихъ степеняхъ суженія таза, при которыхъ, вообще, еще допускается перфорація.

Для конечнаго акта краниотоміи, извлеченія перфорированнаго и лишеннаго мозга черепа, въ настоящее время пользуются почти исключительно краниокластомъ. Но такъ какъ и кефалотрибъ находитъ еще приверженцевъ, то мы должны предварительно ознакомиться со способомъ дѣйствія обоихъ инструментовъ, чтобы убѣдиться въ ихъ достоинствахъ или недостаткахъ.

Кефалотрибъ, какъ инструментъ, построенный по типу щипцовъ, накладывался совершенно по правиламъ наложенія щипцовъ на высоко стоящую головку, т. е. въ поперечномъ размѣрѣ таза; послѣ этого приводился въ дѣйствіе сжимающій аппаратъ до тѣхъ поръ, пока не казалось, что инструментъ пріобрѣлъ достаточную фиксацію на черепѣ. Тогда производилось извлеченіе по правиламъ извлеченія щипцами.

Къ этому необходимо замѣтить слѣдующее: уже во время замыканія инструмента помощью сжимающаго аппарата часто ложки соскальзываютъ впередъ и должны быть наложены снова. Когда онѣ, наконецъ, лежатъ прочно, то при опусканіи головки, при постепенномъ уменьшеніи ея объема вслѣд-

ствіе вдавленія отдѣльныхъ костей часто появляется внезапное несоотвѣтствіе между просвѣтомъ ложекъ и объемомъ черепа; въ такомъ случаѣ инструментъ соскальзываетъ горизонтально, а то и вертикально, тѣмъ болѣе, что подобное внезапное уменьшеніе объема всегда случается во время тракціи. Сопоставленіе, произведенное въ 1871 году *C. Rokitan-sky* мѣ младшимъ, выяснило, что едва-ли въ какомъ случаѣ бываетъ достаточно однократнаго наложенія кефалотриба, но что вслѣдствіе повторнаго соскальзыванія требуется накладывать инструментъ по нѣскольку разъ. А что соскальзываніе такого массивнаго инструмента во время тракціи даже въ искусныхъ и опытныхъ рукахъ легко можетъ повлечь за собою самыя тяжелыя послѣдствія для мягкихъ частей роженицы, этого, вѣроятно, никто отрицать не будетъ.

Но кефалотрибъ имѣетъ еще и другіе недостатки. Соотвѣтственно наложенію его въ поперечномъ размѣрѣ таза, онъ сдавливаетъ головку только въ этомъ направленіи и въ то-же время заставляетъ ее расширяться въ перпендикулярномъ этому направленіи (т. е. въ направленіи конъюгаты).

Но вѣдь мы, за рѣдкими исключеніями, имѣетъ дѣло только съ рахитическими (плоскими или обще-сѣуженными) тазами, главное сѣуженіе которыхъ всегда имѣетъ мѣсто въ направленіи конъюгаты. Именно вслѣдствіе сѣуженія исключительно въ прямомъ размѣрѣ мы часто только и бываемъ вынуждены производить перфوراцію.

Извлекающій инструментъ, сжимающій головку въ такомъ направленіи, въ которомъ она нашла-бы мѣсто увеличиться, и стремящійся ее увеличить въ направленіи наибольшаго препятствія, не можетъ соотвѣтствовать цѣли. Вслѣдствіе такого превратнаго способа дѣйствія инструмента, сопротивленіе отъ тренія между головкою, съ одной стороны, лоннымъ соединеніемъ и мысомъ крестца—съ другой, значительно повышается, и травма мягкихъ частей матери увеличивается.

Далѣе, раздавливаніе головки при поперечномъ сжатіи сопровождается разбѣдиненіемъ черепныхъ костей по швамъ въ такихъ мѣстахъ, которыя часто совершенно недоступны для контроля (напр. въ направленіи задней стѣнки таза), а это легко можетъ обусловить тяжелыя поврежденія мягкихъ частей во время низведенія головки, какъ это доказываетъ недавно описанный \*) случай, въ которомъ лежащій кзади

\*) См. случай разрыва влагалищнаго свода при извлеченіи перфорированной головки помощью кефалотриба *Scanzoni*.—Archiv für Gynäk. 1884. Bd. XXII.

обнаженный край кости произвелъ продольный разрывъ задняго влагалищнаго свода въ 6 см. длиною, проходящій въ полость брюшины и сопровождавшійся выпаденіемъ кишки.

Обратимся теперь къ примѣненію и дѣйствию краниокласта *Braun*'а. Наложеніе его совершается такимъ образомъ, что сначала вводится компактная (не окончатая) вѣтвь по руководству лѣвой руки возможно глубоко черезъ перфораціонное отверстіе въ полость черепа. Во время проведенія ея черезъ влагалище должно слѣдить за тѣмъ, чтобы послѣднее не повреждалось острыми зубцами на выпуклой сторонѣ ложки. Всего лучше мы этого избѣгаемъ тѣмъ, что шероховатую поверхность ложки кладемъ на ладонную поверхность пальцевъ, вводимъ одновременно и инструментъ, и руку, и, наконецъ, опять по пальцамъ продвигаемъ инструментъ въ полость черепа. Возможно глубоко введенная компактная ложка передается тогда помощнику, который и долженъ удерживать ее неподвижно.

Окончатую вѣтвь, ради болѣе легкаго замыканія, располагаютъ обыкновенно справа между шейкой матки и черепной крышкой. На послѣдней инструментъ находитъ достаточно прочную опору. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда нельзя особенно рассчитывать на крѣпкое соединеніе черепныхъ костей между собою, лучше располагать окончатую вѣтвь съ той стороны матери, къ которой обращено личико плода. Наложеніе ея производится совершенно такъ-же, какъ и наложеніе вѣтви щипцовъ при высокомъ поперечномъ стояніи, слѣдовательно — подъ руководствомъ половины руки. Глубина, на которую продвигается вѣтвь, опредѣляется положеніемъ замка на наложенной уже компактной вѣтви.

Затѣмъ мы легко соединяемъ обѣ вѣтви въ замкѣ и контролируемъ, не ущемилась-ли между ними какая-нибудь складка влагалищной стѣнки; послѣ этого мы сближаемъ рукоятки сначала рукою, а затѣмъ сжимающимъ аппаратомъ на столько, на сколько это позволяетъ эластичность вѣтвей. При послѣдующемъ извлеченіи мы производимъ тракціи сначала по-возможности прямо внизъ

и при томъ съ умѣренной силою, чтобы дать черепу время для его конфигураціи. Всего лучше, слѣдовательно, пользоваться для влеченія только правою рукою, а лѣвою — контролировать движенія головки. Такимъ образомъ экстракція удается очень легко безъ того, чтобы инструментъ хотя-бы одинъ разъ соскользнулъ.

По крайней мѣрѣ я не наблюдалъ подобной случайности ни при одномъ изъ вышеупомянутыхъ случаевъ и убѣжденъ, что причина соскальзыванія большею частью кроется въ томъ, что захватывалась слишкомъ незначительная поверхность черепа (вслѣдствіе недостаточно глубокаго введенія ложекъ), и что съ самаго начала производилось слишкомъ сильное влеченіе.

Итакъ, на основаніи собственныхъ наблюденій я долженъ утверждать, что краниокласть только въ очень рѣдкихъ случаяхъ могъ-бы соскользнуть; исключенія, быть можетъ, наблюдаются при мацерированныхъ или гнилостныхъ плодахъ, хотя и при таковыхъ наложеніемъ инструмента на личико можетъ быть приобрѣтена прочная опора, а при высокой степени мацерации, вообще, дѣло не можетъ дойти до прободенія.

Кромѣ этого далеко не маловажнаго преимущества краниокласть представляетъ еще другое, состоящее въ томъ, что она не заставляеть черепъ принимать какую-нибудь опредѣленную форму, но, захватывая его за относительно малую поверхность, позволяетъ ему приспособляться къ существующему въ тазу пространству и утилизировать каждое, даже самое незначительное свободное мѣсто; вслѣдствіе этого и сила тренія не сосредоточивается въ отдѣльныхъ точкахъ, а распределяется равномерно на каждую точку периферіи таза, слѣдовательно, для каждой изъ нихъ оказывается меньшею и не обусловливаетъ въ опредѣленныхъ мѣстахъ болѣе значительной родовой травмы; всѣ эти качества обрисовываютъ краниокласть въ весьма выгодномъ свѣтѣ сравнительно съ кефалотрибомъ.

Если мы резюмируемъ все нами сказанное, то самымъ удобнымъ методомъ прободенія подлежащаго черепа оказывается перфорация прямымъ трепаномъ (*Leissnig-Kiwisch*'а или *Guyon*'а), а самымъ выгоднымъ методомъ извлеченія — таковое помощью краниокласта *Braun*'а.

Въ формѣ добавленія къ описанной операціи я приведу еще нѣсколько замѣчаній о тѣхъ особенностяхъ, которыя эта операція можетъ представлять въ отдѣльныхъ случаяхъ.

На первомъ планѣ я долженъ здѣсь упомянуть, что намъ изрѣдка приходится перфорировать и при **лицевомъ положеніи**.

Чтобы съ поверхности лица найти доступъ въ черепную полость, существуютъ два пути: черезъ лобъ въ области glabellae и черезъ лежащую впереди глазную впадину. Въ послѣднемъ случаѣ можно было-бы пользоваться трепаномъ или также ножницами, но каналъ раны, вслѣдствіе толстаго слоя подлежащихъ разсѣченію мягкихъ частей, былъ-бы слишкомъ длиненъ и узокъ, такъ что выхожденіе мозга, конечная цѣль операціи, совершалось-бы въ большинствѣ случаевъ крайне трудно и несовершенно.

Поэтому я предпочитаю перфорацию черезъ лобъ, и въ трехъ относящихся сюда случаяхъ я избралъ мѣстомъ приложенія инструмента glabellam. Но каждый разъ я убѣждался въ томъ, что ни *Leissnig-Kiwisch*овскій, ни *Braun*овскій трепанъ, вслѣдствіе косвеннаго направленія лба, не допускаетъ перпендикулярнаго приложенія инструмента, такъ что я во всѣхъ трехъ случаяхъ прибѣгалъ къ трепану *Guyon*'а, который оказалъ мнѣ во всѣхъ случаяхъ незамѣнимыя услуги, вслѣдствіе возможности хорошо его фиксировать, а равно — возможности прогонять его вѣнчикъ на любую глубину въ черепъ. При этомъ должно принять только ту предосторожность, чтобы рукою, соотвѣтствующею той сторонѣ матери, къ которой обращенъ лобъ, предохранять мягкія части отъ дѣйствія зубцовъ пилы до тѣхъ поръ, пока ближайшая къ носу половина окружности вѣнчика не проникнетъ въ кость, и, наконецъ, боковая половина также не начнетъ пилить.

Перфорированная при лицевомъ положеніи головка извлекается краниокластомъ всего лучше такимъ образомъ, что его накладываютъ на темя, причемъ инструментъ можетъ быть введенъ въ направленіи лобно-затылочнаго



размѣра, слѣдовательно — на глубину около 11 см., и поэтому сидитъ очень прочно.

Но можно также одну вѣтвь краниокласта ввести въ полость черепа, а другую — въ полость рта и зѣва.

Далѣе, представляетъ особенности перфорация послѣдующей головки.

Показаніе къ этой операциі даютъ тѣ случаи, когда, при существовавшихъ первоначально или созданныхъ искусственно путемъ поворота тазовыхъ положеній и при пространственномъ несоотвѣтствіи, попытки извлечения послѣдующей головки остаются тщетными. Вопросъ о жизни плода, который намъ часто стбитъ столь долгихъ размышленій передъ перфорацией подлежащей головки, въ этихъ случаяхъ разрѣшается самъ собою, такъ какъ плодъ по извѣстнымъ намъ причинамъ умираетъ еще во время попытокъ къ извлеченію.

Для вскрытія полости черепа здѣсь указываютъ три пути.

1. черезъ одинъ изъ боковыхъ родничковъ (font. Gasseri),
2. черезъ основаніе черепа между подбородкомъ и позвоночникомъ,
3. черезъ большое затылочное отверстіе между чешуею затылочной кости и атлантомъ.

Первый путь не надеженъ вслѣдствіе опасности соскользыванія перфорационныхъ ножницъ, которыми только и мыслимо производство операциі.

Второй путь даетъ слишкомъ длинный каналъ, затрудняющій истеченіе мозга. Кромѣ того весьма трудно направить трепанъ или ножницы къ черепной полости, въ силу того обстоятельства, что вѣдь подбородокъ большею частью стоитъ очень высоко и обращенъ къзади.

Остается такимъ образомъ третій путь — черезъ большую затылочную дыру.

Что этотъ путь безъ особенныхъ затрудненій приводитъ къ цѣли, въ этомъ я лично убѣдился въ 15-ти подобнаго рода случаяхъ, хотя многіе авторитетные голоса и высказываютъ слѣдующее положеніе: „Перфорация послѣдующей го-

ловки невозможна. А тамъ, гдѣ она оказывалась возможною, она не была необходима“.

Что при послѣдующей головкѣ также можетъ развиваться пространственное несоотвѣтствіе, этого никто не рѣшится отрицать. Но при этомъ, какъ нѣкоторые думаютъ, будто-бы невозможно не только примѣненіе перфорационныхъ инструментовъ, но даже проведеніе руки. Приверженцы такого воззрѣнія накладываютъ въ такихъ случаяхъ, безъ предварительной перфорациі, кефалотрибъ, какъ будто-бы послѣдній можетъ быть вводимъ въ половые органы роженицы безъ проведенія руки до черепа и даже выше. А представляетъ-ли какія-нибудь выгоды для извлеченія и для мягкихъ частей матери захватываніе не перфорированнаго черепа кефалотрибомъ, я предоставляю вывести заключеніе изъ вышеописаннаго способа дѣйствія этого инструмента.

Фиг. 29.



Крючекъ *Smellie*. (Острый конецъ служитъ для извлеченія послѣдующей перфорированной головки, а тупой—для экстракціи мертваго плода въ ягодичномъ положеніи.)

Перфорациа послѣдующей головки производится ножницами *Nägele*, такъ какъ ни одинъ трепанъ не можетъ быть надежно приложенъ перпендикулярно къ слишкомъ косо стоящимъ подлежащимъ поверхностямъ. Съ этою цѣлью мы проходимъ двумя пальцами лѣвой руки по остистымъ отросткамъ шейныхъ позвонковъ вверхъ, пока не ощущаемъ сквозь кожу поперечно идущій край атланта и непосредственно надъ нимъ, также въ формѣ поперечно идущаго возвышенія, задній край затылочнаго отверстія. Тогда мы фиксируемъ пальцами какъ разъ промежутокъ между названными двумя поперечными валиками, проводимъ туда перфорационныя ножницы и вкалываемъ ихъ, разсѣкая кожу, мышцы и связочный аппаратъ, по направленію къ центру черепной полости. Это удается

каждый разъ, а при спокойномъ образѣ дѣйствія — даже очень легко. Расширеніе отверстія въ двухъ перпендикулярныхъ другъ къ другу направленіяхъ производятъ по извѣстнымъ уже правиламъ, и затѣмъ удаляютъ мозгъ.

Извлечение производится, смотря по степени пространственнаго несоотвѣтствія, или ручными приемами, или помощью вколотаго черезъ перфوراціонное отверстіе въ позвоночникъ остраго крючка *Smellie* (фиг. 29), или-же посредствомъ краниокласта, который, будучи накладываемъ по вышеупомянутымъ правиламъ изъ-подъ туловища, и здѣсь въ каждомъ случаѣ оказываетъ прекрасныя услуги для извлечения.

При изложеніи ученія о краниотоміи мы не можемъ обойти молчаніемъ стариннаго, давно забытаго, а въ новѣйшее время опять подвергшагося обсужденію родоразрѣшающаго приема — симфизеотоміи. Эта операція, состоящая въ разрѣченіи лоннаго соединенія, имѣетъ цѣлью путемъ, становящагося возможнымъ, расширенія тазового кольца сдѣлать излишнею краниотомію при пространственныхъ несоотвѣтствіяхъ средней степени.

Операція эта, предложенная *Sigault* въ 1768 году и выполненная имъ на практикѣ въ 1777 году, никогда не могла пріобрѣсти общаго сочувствія, вслѣдствіе большой опасности поврежденія, самого по себѣ, и опасности распространенныхъ побочныхъ поврежденій.

До послѣдняго времени о ней нельзя было даже заводить рѣчи.

Только благодаря появившемуся въ 1881 году краткому сообщенію *Morisani* въ Неаполѣ о результатахъ 50-ти большею частью имъ самимъ произведенныхъ симфизеотоміей, вопросъ объ этой операціи опять поставленъ на очередь, такъ что ея уже нельзя больше обходить молчаніемъ, какъ это дѣлается въ наиболѣе извѣстныхъ новѣйшихъ учебникахъ.

*Morisani* изъ 50-и родоразрѣшенныхъ посредствомъ симфизеотоміи женщинъ потерялъ 10, т. е. 20%, и

получилъ 41 живого ребенка, т. е. 82%. Эти цифры, если имѣть въ виду господствующія вообще возрѣнія на опасность разъединеній симфиза, во всякомъ случаѣ производятъ на первый взглядъ необыкновенно подкупающее впечатлѣніе.

Но рассмотримъ это дѣло нѣсколько подробнѣе. *Morisani* считаетъ эту операцію показанною при конъюгатахъ между 6,7 и 8 см. или немного больше, говоря короче — въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ мы при пространственномъ несоотвѣтствіи въ настоящее время производимъ краниотомию. Онъ самъ, впрочемъ, признаетъ эту операцію, какъ конкурирующую съ эмбриотоміей.

Операція совершается такимъ образомъ, что проводятъ разрѣзъ въ 3—5 см. длины, по срединной линіи черезъ кожу лобка до кости, затѣмъ обходятъ симфизъ сзади и пуговчатымъ, рѣжущимъ по вогнутому краю ножомъ *Galbiati* разсѣкаютъ хрящи симфиза сзади и снизу вверхъ и впередъ.

Первый интересующій насъ при этомъ вопросъ, это — вопросъ о выигрышѣ въ пространствѣ, который можетъ быть достигнутъ этимъ способомъ.

Опыты и измѣренія *Baudelocque*'а, *Bentely* и *Oslander*'а въ свое время показали, что при расхожденіи суставныхъ поверхностей симфиза на 2,7 см. достигалось увеличеніе пространства въ направленіи конъюгаты едва на полъ-сантиметра.

Успѣшные результаты *Morisani* были-бы, такимъ образомъ, непонятны, если-бы *Ahlfeld* въ своей крайне обстоятельной работѣ о поврежденіяхъ сочлененій таза во время родовъ не доказалъ, что прежде всего рассѣченіе только одного тазового сочлененія никогда не можетъ дать измѣненія пространства въ тазовомъ кольцѣ. Должно одновременно разорваться по меньшей мѣрѣ два синхондроза. Слѣдовательно, дѣло идетъ о рассѣченіи лоннаго соединенія одновременно съ расхожденіемъ одного или обоихъ крестцово-подвздошныхъ соединеній.

По *Ahlfeld*'у въ случаяхъ расхожденія симфиза во время родовъ происходитъ гораздо болѣе значительное

расширеніе тазового кольца вслѣдствіи того, что въ то-же время разрываются соединенія крестца съ обѣими подвздошными костями, и затѣмъ наступаетъ поворотъ передняго тазового кольца, при неподвижномъ крестцѣ, около проходящей чрезъ основаніе крестца поперечной оси въ направленіи книзу. Вслѣдствіе такого поворота съ одновременнымъ отдаленіемъ разъединенныхъ поверхностей симфиза другъ отъ друга, удлинненіе конъюгаты можетъ быть доведено до 2,7 см. а среднимъ числомъ оно достигаетъ 2 см.

Такимъ образомъ, только благодаря этимъ наблюденіямъ и опытамъ *Ahlfeld*'а, для насъ становятся понятны успѣшныя результаты симфизеотоміи въ случаяхъ *Morisani*.

Затѣмъ *Morisani* ставитъ свою операцію въ параллель съ эмбриотомією.

Если мы обратимся къ цитируемой всѣми авторами статистикѣ *Dohrn*'а о результатахъ оперативныхъ родовъ въ Нассау за 1821—1866 года, то мы найдемъ эмбриотомію (вмѣстѣ съ перфوراцією) въ 354 случаяхъ съ 27% смертности.

На основаніи этой статистики слѣдовало-бы тотчасъ-же перфорацію (или эмбриотомію въ болѣе узкомъ смыслѣ) замѣстить симфизеотомією. Но посмотримъ на это дѣло болѣе внимательно. Сравненіе статистики *Dohrn*'а съ статистикою *Morisani* заключаетъ въ себѣ двѣ ошибки. Во-первыхъ, статистика *Dohrn*'а касается такого времени, когда объ антисептикѣ еще и рѣчи не было, тогда какъ первая операція *Morisani* была произведена въ 1868 году, слѣдовательно, уже подъ вліяніемъ ученія *Semmelweis*'а. Во-вторыхъ, нельзя ставить симфизеотомію, какъ методъ, конкурирующій съ эмбриотомією вообще, какъ это сдѣлалъ *Morisani*. Вѣрнѣе было-бы сравнивать ее съ перфорацією, такъ какъ терапия запущеннаго поперечнаго положенія, при которомъ оказывалась-бы необходимою эмбриотомія, не можетъ измѣниться и при удлинненія конъюгаты на 2 см.

Такъ какъ, слѣдовательно, рѣчь можетъ быть только о сравненіи краниотоміи съ симфизеотомією, и всего лучше небольшой статистикѣ *Morisani* противопоставить небольшую же статистику краниотоміи, то я укажу, что на 73 случая послѣдней, наблюдавшихся мною въ 1876—1881 годахъ во второй Вѣнской акушерской клиникѣ,

умерло 10,9% родильницъ. Этотъ процентъ смертности почти совпадаетъ, слѣдовательно, съ процентомъ, полученнымъ *P. Müller*’омъ, который приводитъ для краниотоміи немного больше 11% смертности. Тѣмъ не менѣе можно утверждать, что и эти результаты могутъ быть еще замѣтно улучшены, такъ какъ нельзя себѣ представить, почему-бы послѣ краниотоміи должны были умирать больше матерей, чѣмъ, напр., послѣ операціи наложенія щипцовъ. Причина этого, очевидно, кроется не въ операціи самой по себѣ, а въ побочныхъ обстоятельствахъ, главнымъ образомъ — въ недостаточномъ обеззараживаніи.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что статистика перфорациі будетъ становиться все болѣе благопріятною по мѣрѣ того, какъ ученіе о дезинфекціи будетъ приобретать прочную почву и въ тѣхъ кругахъ, гдѣ она въ настоящее время болѣею частью еще отсутствуетъ — я имѣю въ виду акушеровъ, — и когда врачи не будутъ медлить съ перфорациею до тѣхъ поръ, какъ это до сего еще во многихъ мѣстахъ въ обычаѣ, пока, наконецъ, угрожающія явленія со стороны роженицы настоятельно не потребуютъ окончанія родовъ. Сохраненіе же жизни плода не можетъ имѣть рѣшающаго значенія въ настоящее время, когда основнымъ положеніемъ акушерской помощи признано — цѣнить жизнь матери выше жизни плода.

Въ силу всѣхъ этихъ основаній мы и теперь, не смотря на столь благопріятные, повидимому, результаты *Morisani*, краниотомію, смертность которой уже теперь не многимъ только превышаетъ 10 проц., а съ каждымъ годомъ должна становиться болѣе благопріятною, должны предпочитать такой операціи, которая даже въ рукахъ одного и того-же, слѣдовательно, хорошо освоившагося съ ея техникою оператора все еще даетъ 20 проц. смертности, хотя-бы она и могла предъявить 82 проц. родившихся живыми младенцевъ.

## 2. Эмбриотомія.

Подъ именемъ эмбриотоміи разумѣютъ ту операцію, которая дѣлаетъ возможнымъ окончаніе родовъ при

запущенномъ поперечномъ положеніи, не могущемъ быть исправленнымъ посредствомъ поворота.

Въ этомъ опредѣленіи заключается въ то же время и главное показаніе къ производству операціи.

Иногда, впрочемъ, раздѣленіе плода на части можетъ потребоваться при патологическомъ увеличеніи его туловища или въ извѣстныхъ случаяхъ двойныхъ уродствъ. Но случаи послѣдняго рода на столько рѣдки, что на практикѣ показаніе къ эмбриотоміи безъ особенной ошибки можетъ быть сведено къ вышеупомянутымъ случаямъ родовъ при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ.

Для ближайшаго поясненія этого показанія я напому, что при поперечномъ положеніи и зрѣломъ плодѣ, послѣ отхода водъ, подлежащее плечико прогоняется глубоко во входъ таза, и туловище тамъ фиксируется, что при этомъ тѣло матки, вслѣдствіе невозможности рожденія плода черезъ естественные пути, сокращаясь, все болѣе и болѣе отходитъ къ верху, и плодъ такимъ образомъ помѣщается въ колоссально при этомъ растягивающейся и истончающейся шейкѣ матки. Здѣсь, слѣдовательно, имѣются тѣ-же отношенія, какъ и вообще при странственномъ несоотвѣтствіи, причемъ внутренній зѣвъ матки все выше поднимается вверхъ по плоду, и вслѣдствіе чрезмѣрнаго истонченія нижняго отрѣзка матки постепенно готовится разрывъ ея шейки.

Самъ плодъ въ такихъ случаяхъ умираетъ во время постепеннаго развитія этихъ отношеній по той причинѣ, что сидящая въ области дна матки placenta, въ силу постепеннаго опорожненія его полости и обусловленнаго этимъ уменьшенія его внутренней поверхности, преждевременно отдѣляется, тогда какъ, съ другой стороны, кровообращеніе плода испытываетъ замѣтныя расстройства также вслѣдствіе значительнаго сдавленія его тѣла.

Если въ подобномъ случаѣ врачу предстоитъ задача окончить роды, къ чему имѣется настоящее показаніе со стороны вышеописанныхъ отношеній въ шейкѣ матки, то онъ ни подъ какимъ условіемъ не долженъ введеніемъ руки существенно увеличивать содержимое полости шейки, а тѣмъ менѣе попытками произвести по-

воротъ плода подвергать и безъ того значительно растянутыя стѣнки шейки частично еще сильнѣйшему растяженію. А это было-бы неминуемо при производствѣ поворота или попыткѣ къ повороту; поэтому объ этой операціи нечего и думать, разъ констатированы вышеприведенныя условія. Если-же фиксація плода и растяженіе шейки не на столько несомнѣнны, какъ мы предполагаемъ, то, пожалуй, подъ глубокимъ наркозомъ, можетъ быть предпринята самая бережная попытка къ повороту, но при соблюденіи крайней осторожности во время проведенія руки, а еще болѣе при низведеніи ножки и при поворачиваніи плода.

Если-же операція противопоказуется съ самаго начала, или если осторожная попытка поворота не удастся, то вступаетъ въ свои права эмбриотомія, которая тотчасъ-же можетъ и должна быть произведена. Она можетъ быть произведена, потому что зѣвъ опустившимся плечомъ бываетъ уже достаточно раскрытъ къ тому времени, когда операція въ силу вышеизложенныхъ обстоятельствъ необходима.

Эмбриотомія имѣетъ, слѣдовательно, своею задачею — вывести плодъ наружу, не подвергая растянутую шейку матки дальнѣйшему растяженію, будетъ-ли то вслѣдствіе болѣе значительныхъ передвиженій отдѣльныхъ частей плода, или вслѣдствіе болѣе замѣтнаго увеличенія содержаемаго ея полости.

Эту задачу операція можетъ выполнить, слѣдуя двумъ методамъ.

1) Путемъ раздѣленія плода на двѣ части и извлеченія обѣихъ частей одна за другою.

2) Посредствомъ опорожненія подлежащей и достижимой полости тѣла, чтобы такимъ образомъ уменьшить объемъ плода и затѣмъ имѣть возможность произвести поворотъ или, еще лучше, извлеченіе уменьшеннаго въ объемѣ плода *duplicato corpore*.

Первая операція производится, конечно, въ такой области тѣла плода, которая легко доступна и, кромѣ того, не слишкомъ объемиста. Обои́мъ этимъ условіямъ всего болѣе удовлетворяетъ шея плода, и, слѣдовательно,



разсѣченіе производится въ этой части. Эта операція носить названіе декапитаціи, обезглавленія (*decapitatio, decollatio, detruncatio*).

Разсѣченіе пополамъ туловища по проходящей чрезъ грудную клѣтку горизонтальной плоскости, при чемъ сначала разсѣкаютъ позвоночникъ, а затѣмъ циркулярно всю стѣнку грудной клѣтки (*spondylotomia* по *Simpson'у*), затруднительно, требуетъ много времени и опасно вслѣдствіе возможности поврежденія стѣнокъ шейки матки. Въ настоящее время оно больше не примѣняется.

Въ отдѣльныхъ рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ, однако, предлежитъ въ центрѣ таза не плечо плода, а боковой край соотвѣтственной половины грудной клѣтки.

Головка и шейка плода при этомъ расположены рѣзко внѣсрединно, и намъ не удастся достаточно приблизиться къ шейкѣ, чтобы быть въ состояніи наложить на нее необходимые инструменты. Въ такихъ случаяхъ должно прибѣгать ко второму методу, т. е. къ эксцентераціи.

Изъ только что сказаннаго видно также, въ какихъ случаяхъ показуется декапитація, и въ какихъ — эксцентерація.

Мы производимъ, по ниже описываемой техникѣ, декапитацію, какъ болѣе легкую, болѣе бережную и болѣе типичную операцію, вездѣ тамъ, гдѣ шейка плода легко достижима, и поступаемъ по техникѣ эксцентеризма въ тѣхъ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ при рѣзко внѣсрединномъ вставленіи плеча шейка представляется не легко достижимою.

Теперь я перехожу къ описанію этихъ обѣихъ операцій и начну съ болѣе частой, съ декапитаціи.

Приготовленія къ ней состоятъ въ устройствѣ поперечной кровати надлежащей высоты и въ наркозѣ.

Наборъ необходимыхъ инструментовъ состоитъ изъ декапитаціоннаго крючка *Braun'a* и, для случаевъ предполагаемаго пространственнаго несоотвѣтствія при прохожденіи головки, кромѣ того, изъ щипцовъ, трепана и краниокласта.

Декапитационный крючекъ *Carla Braun'a* (фиг. 30) состоитъ: изъ круглаго съ параболическою кривизною крючка въ 5 мм. толщины и 25 см. длины,

Фиг. 30.



Декапитационный крючекъ  
*Braun'a*.

на подобіе остраго крючка *Smellie*, но снабженнаго вмѣсто острія утолщеніемъ или пуговкою величиною съ горошину. Сама загнутая часть уплощена, по своимъ краямъ тупа, имѣетъ 3 см. въ длину, пуговка находится на разстояніи 2 см. отъ стержня инструмента. На нижнемъ концѣ послѣдняго находится поперечноидущая рукоятка изъ рога или твердаго каучука, имѣющая 11 см. въ длину и 1 см. въ толщину \*).

Операція совершается слѣдующимъ образомъ:

Сначала проводятъ руку къ шейкѣ плода, и притомъ всегда соответствующую той сторонѣ матери, на которой помѣщается головка, слѣдовательно, при первомъ поперечномъ положеніи — правую, при второмъ — лѣвую. Введенная въ нижній отрѣзокъ матки рука располагается такимъ образомъ, что большой палецъ охватываетъ шейку плода спереди, со стороны лоннаго соединенія матери, а остальные пальцы — сзади, со стороны крестца

\*) Данное описаніе крюка *Braun'a* въ одномъ пунктѣ отклоняется отъ того, какое даетъ *Braun* въ своемъ учебникѣ 1881 г., стр. 798. А именно, я придаю значеніе тому, чтобы пуговка (утолщеніе) крючка отстояла отъ стержня только на 2, а не на 3 см., такъ какъ крючекъ, какъ это видно изъ моего нижеслѣдующаго описанія, долженъ захватывать и разсѣкать не всю шейку за-разъ и даже не слишкомъ объемистую часть ея, а небольшія части одну за другою. Вслѣдствіе этого операція можетъ быть произведена съ наименьшей затратой силы и при полнѣйшей компенсаціи примѣняемой силы со стороны охватывающей шейку плода руки.

ея, и затѣмъ они продвигаются вверхъ по шейкѣ до тѣхъ поръ, пока верхушка большого пальца не коснется верхушки одного изъ расположенныхъ сзади пальцевъ (указательнаго или средняго). Когда это произошло, то въ другую руку мы беремъ рукоятку крючка, кладемъ его пуговку на лучевой край предплечья введенной руки вдоль котораго мы и проводимъ ее по лучевому краю большого пальца до верхушки послѣдняго. Тогда большой палецъ передаетъ пуговку верхушкѣ противолежащаго пальца, который лишь на одно мгновеніе сдвигается съ шейки плода на столько, чтобы крючекъ могъ нѣсколько продвинуться между его ладонной поверхностью и заднею поверхностью шеи, каковое движеніе совершается посредствомъ поднятія рукоятки. А затѣмъ верхушки обоихъ пальцевъ снова приводятся въ соприкосновеніе, и тогда операторъ слегка потягиваетъ за рукоятку, съ тѣмъ чтобы пуговка крючка проникла въ ткани шеи, причемъ онъ противодѣйствуетъ слишкомъ сильному низведенію захваченной части послѣдней охватывающей ее рукою. Тогда начинается поворачиваніе крючка движеніемъ супинаціи при одновременномъ легкомъ потягиваніи. Во время этихъ поворачиваній лежащая на шейкѣ рука имѣетъ важную задачу сильно противодѣйствовать стремленію головки подвинуться впередъ, такъ чтобы послѣдняя не была въ состояніи производить никакихъ передвиженій. Когда захваченная на первый разъ часть шеи окажется раздѣленной, то по тѣмъ-же правиламъ приступаютъ къ разъединенію второй лежащей тотчасъ-же сзади части, и такимъ образомъ въ три или четыре приѣма, число которыхъ, впрочемъ, не имѣетъ значенія, можно разсѣчь всю шею плода.

Такимъ образомъ, изъ этого описанія видно, что введенная въ половыя части рука не просто служитъ только для проведенія крючка, но что на ней лежатъ еще другія, по крайней мѣрѣ столь-же важныя задачи, а именно:

1. Она должна предохранять мягкія части матери отъ движеній крючка, охватывая съ начала до конца операціи шею плода.

2. Во время перекручиванія она должна фиксировать шею такимъ образомъ, чтобы дѣйствіе перекручивающей силы передавалось только послѣдней, а никакъ не головкѣ.

3. Она должна контролировать, какая часть шеи плода уже разсѣчена, и на неразъединенныя части передвигать крючекъ. Въ заключеніе, она должна по окончаніи разъединенія вывести инструментъ, прикрывъ его ладонью.

Когда шейка совершенно перекручена, то разъединенныя части плода выводятся въ такомъ порядкѣ, что сперва извлекаютъ туловище за подлежащую или низведенную ручку, а затѣмъ — головку плода.

Извлеченіе первой части едва-ли когда можетъ представлять затрудненіе, развѣ только въ томъ случаѣ, еслибы плодъ уже очень загнилъ или былъ сильно мацерированъ, причемъ извлеченіе должно-бы было производиться очень медленно и съ перенесеніемъ точекъ приложенія силы все выше по мѣрѣ рожденія изъ наружныхъ частей матери, дальнѣйшихъ отдѣловъ тѣла плода.

Труднѣе бываетъ большею частью выведеніе головки. Въ самыхъ простыхъ случаяхъ она слѣдуетъ влеченію пальцемъ или крючкомъ за нижнюю челюсть. Если-же противодѣйствіе болѣе значительно или если нижняя челюсть очень хрупка, то послѣдняя разрывается.

Въ такихъ случаяхъ при отсутствіи пространственнаго несоотвѣтствія накладываются щипцы на соотвѣтственнымъ образомъ фиксированную снаружи и оттѣсненную ко входу въ тазъ головку, и послѣдняя осторожно извлекается; при имѣющемся-же пространственномъ несоотвѣтствіи производится перфорация такимъ-же образомъ фиксированнаго черепа помощью прямого трепана и извлеченіе краниокластомъ, такъ какъ имѣющееся отверстіе въ позвоночномъ каналѣ недостаточно для выходенія мозга.

При всякаго рода извлеченіи головки должно стараться двумя приложенными къ культѣ шейной части позвоночника пальцами предохранять мягкія части матери отъ поврежденій.

Эта операція, будучи производима опытною рукою и съ соблюденіемъ всѣхъ вышеприведенныхъ правилъ, совершенно безопасна и сама по себѣ никогда не вела къ поврежденію матки. Изъ 87 опубликованныхъ до настоящаго времени изъ вѣнской клиники случаевъ 18, т. е. 20,6%, окончились смертельно. Такъ какъ во многихъ изъ этихъ случаевъ уже до начала операціи были находимы смертельныя поврежденія, а, съ другой стороны, въ каждомъ подобномъ случаѣ очень тяжелые, долго продолжавшіеся роды при мертвомъ плодѣ и предшествовавшія тщетныя попытки къ ихъ окончанію должны быть разсматриваемы какъ правило, то приведенный процентъ смертности отнюдь не представляется неблагоприятнымъ.

Теперь мы обратимся къ техникѣ второго, болѣе рѣдкаго оперативнаго метода эмбриотоміи, къ эксцентераціи (*exenteratio, eventratio, embryulcia*). Для производства этой операціи требуются перфорационныя ножницы любого устройства и крючекъ *Smellie*. Остальныя приготовления тѣ-же, какъ и при декапитаціи.

Проводятъ лѣвую руку до грудной клѣтки плода, фиксируютъ на послѣдней лежащую по проводной линіи таза точку и вкалываютъ въ нее перфорационныя ножницы; произведенное отверстіе расширяется поворотами инструмента, а также и пальцемъ, пока, наконецъ, нельзя будетъ проникнуть рукою въ грудную полость. Послѣ этого удаляютъ рукою или при помощи остраго крючка по очереди всѣ грудныя внутренности, прободаютъ затѣмъ пальцемъ грудобрюшную преграду и удаляютъ такимъ-же способомъ органы брюшной полости.

Когда эта крайне кропотливая и далеко не типическая работа окончена, то грудныя и брюшныя стѣнки легко сдавливаются, и выведение плода удается легко, причемъ его извлекаютъ *duplicato corpore* или за подлежащую ручку, если ткани его еще способны къ сопротивленію, или же помощью вколотаго поверхъ позвоночника остраго крючка, или посредствомъ наложеннаго на туловище тупого крючка, причемъ головка легко умѣщается въ вогнутости живота, и, слѣдовательно, сначала показывается наружу грудная клѣтка, затѣмъ головка и брюшная полость, въ заключеніе, ягодичы съ ножками.

Наконецъ, можно вывести плодъ и при помощи кранио-класта, причемъ компактная вѣтвь его должна быть введена въ грудную полость, а окончатая—наложена на спинку, чтобы такимъ образомъ надежно захватить позвоночникъ.

Если-бы по выведеніи части грудной кѣтки представились какія-либо затрудненія для одновременнаго проведенія головки и туловища, то влеченію за родившуюся уже часть туловища должно дать направленіе въ противоположную ягодицамъ сторону, чтобы вывести сначала послѣднія возлѣ головки и такимъ образомъ подражать механизму самоизворота.

Такой способъ извлеченія кажется мнѣ болѣе надежнымъ, чѣмъ попытка послѣ эксцентераціи произвести поворотъ на ножку, такъ какъ вѣдь мы не можемъ быть увѣрены, что благодаря опорожненію грудной и брюшной полостей мы настолько выиграли въ пространствѣ, что-бы поворачиваніе плода могло совершиться безъ всякой опасности.

Послѣдовательное леченіе послѣ эмбриотоміи состоитъ въ тотчасъ-же *post operationem* производимомъ обеззараживающемъ промываніи полости матки и затѣмъ въ повторяемыхъ 2—3 раза въ день влагалищныхъ спринцованіяхъ.

*Brachiotomia*, описывавшаяся раньше постоянно при изложеніи ученія объ эмбриотоміи и состоявшая въ вылущеніи плеча выпавшей при поперечномъ положеніи ручки, чтобы получить доступъ къ тѣлу плода, въ настоящее время едва-ли когда можетъ понадобиться, такъ какъ ручка рѣдко опухаетъ до такой степени, чтобы преграждать путь къ шейкѣ или грудной кѣткѣ плода; а въ томъ случаѣ, если-бы опуханіе дѣйствительно достигло такихъ размѣровъ, то немногими глубокими скарификаціями можно бы было въ нѣсколько минутъ уменьшить ея объемъ.

с) Извлечение плода черезъ искусственно-образованные пути.

1. Кесарское съченіе на живой.

Мы переходимъ теперь къ операціи, зачатки которой теряются во мракѣ первыхъ временъ исторіи медицины, такъ что мы не знаемъ, кому собственно принадлежитъ заслуга введенія этой смѣлой операціи въ рядъ акушерскихъ оперативныхъ пособій. Вѣрно только то, что до 17-го столѣтія кесарское съченіе производилось лишь на мертвой для спасенія жизни плода, и только къ этому времени относятся первыя попытки — родоразрѣшать такимъ способомъ и живую роженицу.

Подъ названіемъ кесарскаго съченія мы разумѣемъ вскрытіе брюшной полости и матки (*laparohysterotomia*), какъ акушерскій методъ родоразрѣшенія.

Первый достовѣрный случай кесарскаго съченія на живой приписывается *Jeremias Trautmann* у въ Виттенбергѣ (1610). Но и впослѣдствіи эта операція ограничивалась только самыми настоятельными случаями, въ виду большой ея опасности, которая основывается: 1) на глубокомъ потрясеніи нервной системы, вызываемомъ поврежденіемъ богатой сосудами и нервами матки; 2) на колоссальномъ въ большинствѣ случаевъ кровотеченіи изъ перерѣзанныхъ сосудовъ матки, а равно и изъ внутренней поверхности недостаточно сокращающагося органа; 3) на воспаленіи брюшины, особенно легко наступаю-

щемъ именно послѣ этой операціи въ силу самыхъ разнообразныхъ причинъ.

Что эти опасности и въ настоящее время еще не уменьшились существенно при классическомъ кесарскомъ сѣченіи (такъ называютъ старый методъ въ отличіе отъ способа *Porro*), причина этого лежитъ въ специальныхъ особенностяхъ этой операціи въ сравненіи съ лапаротоміей у небеременныхъ.

Мы еще вернемся подробнѣе къ этому вопросу, а теперь я перехожу къ обсужденію показаній для этой операціи. Издавна различаютъ для кесарскаго сѣченія на живой два показанія: такъ-называемое абсолютное и относительное.

Абсолютное показаніе представляется намъ въ тѣхъ случаяхъ, когда естественные родовые пути настолько сужены или заложены, что даже уменьшенный въ объемѣ, раздѣленный на части плодъ не въ состояніи болѣе пройти черезъ нихъ, и мы такимъ образомъ вынуждены, чтобы не потерять матери и плода, проложить новый путь, чтобы вывести черезъ него живой плодъ и, по-возможности, спасти мать. Но даже при мертвомъ плодѣ намъ, на основаніи вышесказаннаго, не остается иного исхода для спасенія жизни матери.

Прежніе акушеры установили основное правило, что это показаніе должно вступать въ свои права при конъюгатѣ въ  $2\frac{1}{2}$  дюйма = 6,5 см. и ниже; слѣдовательно, границею между высшей и средней степенью пространственнаго несоотвѣтствія они считали кратчайшій діаметръ въ  $6\frac{1}{2}$  см.

Позднѣйшіе врачи, въ виду признанной большой опасности кесарскаго сѣченія, старались его обходить даже и при вышеуказанныхъ степеняхъ суженія таза и производили для окончанія родовъ перфوراцію и эмбриотомію при еще болѣе высокихъ степеняхъ пространственнаго несоотвѣтствія — ниже  $6\frac{1}{2}$  см. Дальше всѣхъ въ этомъ отношеніи пошли англійскіе врачи, изъ числа которыхъ *Osborn* окончилъ будто-бы роды перфوراціей и эмбриотомією въ одномъ случаѣ съ конъюгатой даже въ 21 mm.



Я думаю однако, что мы имѣемъ всё основаніе удерживать для кесарскаго сѣченія при доношенномъ плодѣ вышеприведенную границу въ  $6\frac{1}{2}$  см., такъ какъ статистика показываетъ, что краниотомія, предпринимаемая при такихъ высшихъ степеняхъ пространственнаго несоотвѣтствія, даетъ еще худшее предсказаніе, чѣмъ кесарское сѣченіе, причемъ должно имѣть въ виду еще то, что при послѣдней операціи плодъ не подвергается никакой опасности, предполагая, конечно, что онъ при началѣ операціи былъ еще живъ. Мы не имѣемъ, слѣдовательно, никакого права жертвовать жизнью плода въ такомъ случаѣ, въ которомъ она могла-бы быть спасена помощью столь-же, или даже менѣе опасной для матери операціи.

Причина плохого предсказанія для методовъ родоразрѣшенія черезъ естественные пути при означенныхъ высшихъ степеняхъ суженія таза заключается въ большой продолжительности этихъ методовъ, колоссальной трудности, а особенно въ неизбѣжныхъ, часто весьма значительныхъ поврежденіяхъ мягкихъ частей матери.

Итакъ, мы и въ настоящее время остаемся при возрѣннн акушеровъ болѣе стараго времени: при конъюгатѣ больше 6,5 см. должно оканчивать роды перфорацией, а при конъюгатѣ въ 6,5 см. и меньше нельзя избирать никакого иного родоразрѣшающаго метода, кромѣ кесарскаго сѣченія.

Тазы съ такими высокими степенями суженія суть большею частью рахитическіе или остеомалялическіе, при каковыхъ послѣднихъ наблюдаются такіа значительныя суженія, что нельзя бываетъ даже провести пальца между вѣтвями лонныхъ костей, и собственно о полости таза не можетъ быть и рѣчи.

Впрочемъ, не только суженія таза, происшедшія вслѣдствіе заболѣванія костей, но и другіе патологическіе процессы могутъ исключать возможность родовъ черезъ естественные пути.

Сюда относятся: значительное суженіе полости таза новообразованіями костныхъ стѣнокъ его (остеомы, энхон-

дромы, саркомы, ракъ), новообразованія, исходящія изъ органовъ малаго или большаго таза, если они не могутъ быть ни удалены, ни уменьшены, ни смѣщены (репонированы) въ брюшную полость.

Наконецъ, также всѣ случаи высокихъ степеней рубцовыхъ заращеній и стенозовъ влагалища и зѣва матки, а также выполненіе полости таза плотными объемистыми параметритическими экссудатами. Мнѣ-бы пришлось зайти слишкомъ далеко, если-бы я захотѣлъ входить въ детали относительно всѣхъ этихъ показаній, и я теперь перехожу къ обсужденію втораго поставленнаго для кесарскаго сѣченія показанія, такъ называемаго относительнаго или условнаго.

Это показаніе является въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ при пространственномъ несоотвѣтствіи второй или средней степени, слѣдовательно, при конъюгатѣ въ  $6\frac{1}{2}$ —8 см., жизнь плода можетъ быть спасена только путемъ кесарскаго сѣченія, и мать изъявляетъ свое добровольное согласіе на эту операцію.

Въ этихъ случаяхъ, слѣдовательно, жизнь плода, которая несомнѣнно гибнетъ при показуемомъ методѣ родоразрѣшенія (перфорации), должна быть спасена путемъ замѣны перфорации кесарскимъ сѣченіемъ.

Итакъ, эта операція можетъ быть предпринимаема, если роженица, ознакомленная совершенно объективнымъ образомъ съ положеніемъ дѣла, по свободному выбору настаиваетъ на сохраненіи жизни ребенка и заявляетъ, что она въ случаѣ надобности готова пожертвовать для этого своею собственною жизнью. Врачъ отнюдь не долженъ при этомъ, какъ-бы то ни было, уговаривать роженицу или даже представлять ей опасность кесарскаго сѣченія меньшею, чѣмъ она есть въ дѣйствительности.

Это теоретически построенное показаніе почти не встрѣчается на практикѣ.

Въ послѣднее время, подъ вліяніемъ увлеченія необыкновенно благоприятными результатами лапаротомій вообще, захотѣли распространить показаніе къ кесарскому сѣченію также и на эти случаи пространственнаго несоотвѣтствія, чтобы такимъ образомъ осуществить идеаль акушерской по-

мощи — въ каждомъ случаѣ спасать мать и ребенка. На основаніи такого показанія, слѣдовательно, перфорация оставалась-бы только для тѣхъ случаевъ, гдѣ при пространственномъ несоотвѣтствіи второй степени ребенокъ уже въ началѣ родовъ оказывался-бы мертвымъ, во всѣхъ-же другихъ случаяхъ ниже 8 cm. должно-бы быть производимо кесарское сѣченіе.

Я охотно допускаю, что къ осуществленію этой мысли должно стремиться какъ къ идеалу, но въ настоящее время исходы кесарскаго сѣченія еще слишкомъ плохи, даже при строжайшей антисептикѣ и при соблюденіи всѣхъ современныхъ приобрѣтеній въ технику этой операціи, сравнительно съ исходами правильно исполненной перфорации, такъ что выгода, т. е. спасеніе жизни плода, совершенно не можетъ приниматься въ расчетъ въ виду потери жизни матерей, которыхъ при кесарскомъ сѣченіи гибнетъ больше.

Если мы еще разъ вкратцѣ резюмируемъ все вышеизложенное, то для насъ останется только одно показаніе къ кесарскому сѣченію — абсолютное, при кратчайшемъ діаметрѣ таза въ  $6\frac{1}{2}$  cm. и ниже, при зрѣломъ плодѣ.

Едва-ли нужно упоминать, что при недоношенномъ плодѣ граница пространственного несоотвѣтствія, долженствующаго быть признаннымъ за абсолютное, должна опускаться тѣмъ ниже, чѣмъ меньше плодъ.

Обратимся теперь къ условіямъ кесарскаго сѣченія.

Сюда относится, конечно, согласіе роженицы, если только, вообще, ея неразстроенная психическая дѣятельность позволяетъ испросить таковое. Едва-ли когда будетъ отказано въ согласіи, если оперировать только при вышеизложенномъ абсолютномъ показаніи. Впрочемъ, должно выяснить роженицѣ необходимость вмѣшательства лишь незадолго до того момента, который представляется удобнымъ для операціи, причемъ должно стараться, по-возможности, облегчить ей трудное рѣшеніе.

Въ качествѣ дальнѣйшихъ условій для производства кесарскаго сѣченія требовали того, чтобы роды уже на столько подвинулись впередъ, чтобы зѣвъ былъ почти или совершенно раскрытъ. Боялись производить операцію раньше, изъ опасенія недостаточной

сократительности матки вслѣдъ за ея опорожненіемъ и наступающаго вслѣдствіе этого опаснаго кровотеченія.

Такое условіе поставлено, конечно, далеко не безъ основанія. Но мнѣ кажется, что при этомъ зашли нѣсколько далеко, требуя полнаго или почти полнаго раскрытія зѣва, какъ гарантіи до извѣстной степени въ достаточно энергичной сократительной дѣятельности матки.

Можно довольствоваться объективнымъ константированіемъ этой дѣятельности, не ожидая ея результатовъ, наступающихъ большею частью очень поздно.

Именно въ этомъ отношеніи дѣлали часто самую крупную ошибку, выжидая слишкомъ долго, и вслѣдствіе длительнаго, истощающаго роженицу теченія родовъ существенно ухудшали предсказаніе при операциі.

Итакъ (если, вообще, намъ предоставленъ выборъ) должно ждать только до тѣхъ поръ, пока не начнется очевидная, достаточно сильная дѣятельность матки, позволяющая рассчитывать на энергичное сокращеніе опорожненнаго органа.

Приготовленія состоятъ въ выборѣ операціоннаго помѣщенія, устройствѣ операціоннаго стола, имѣніи на готовѣ инструментовъ, а равно всего необходимаго для принятія новорожденнаго, могущаго потребоваться оживленія его, въ выборѣ помощниковъ и приготовленія кровати для родильницы послѣ операциі.

Такъ какъ въ настоящее время эта операція производится точно такимъ-же образомъ, какъ и всякая другая лапаротомія, то я могу и не входить въ подробности относительно всѣхъ этихъ предметовъ. Но прежде всего я долженъ настоятельно напомнить, что операція должна быть произведена съ строжайшимъ соблюденіемъ всѣхъ правилъ антисептики, примѣненіе которыхъ для акушерскихъ цѣлей изложено нами въ другомъ мѣстѣ.

Далѣе я напомню, что комната должна быть нагрѣта до 18—20° R., такъ какъ мы знаемъ, что причина смертельнаго исхода иной лапаротоміи лежитъ только въ охлажденіи брюшины.

Это будетъ понятно, если мы примемъ во вниманіе большую поверхность брюшины, быстрое испареніе и богатство

кровью брюшныхъ внутренностей. Охлажденіе-же крови обусловливаетъ упадокъ дѣятельности сердца и продолговатаго мозга, коллапсъ и, наконецъ, смерть.

Число помощниковъ акушерами болѣе отдаленнаго времени опредѣлялось восемью, и каждому изъ нихъ давалась опредѣленная функція.

Но въ частной практикѣ, а иногда и въ практикѣ родильнаго дома, приходится болѣею частью ограничиваться меньшимъ числомъ, но все-таки требуется одинъ помощникъ для наркоза, одинъ для непосредственнаго ассистированія, и одинъ для подаванія инструментовъ и губокъ, между тѣмъ какъ принятіе ребенка поручается акушеркѣ, а все остальное, какъ-то освѣщеніе, фиксированіе конечностей и проч., можетъ быть выполняемо и сидѣлками, а въ случаѣ нужды—даже не медицинскимъ персоналомъ. Здѣсь также наибольшая простота всего цѣлесообразнѣе, и долженъ оставаться въ силѣ принципъ, что съ каждой лишней рукою увеличивается и опасность инфекціи.

Наборъ инструментовъ долженъ быть слѣдующій:

- а) скапель и пуговчатый бистурій;
- б) кровеостанавливающіе пинцеты, хирургическіе пинцеты, иглы для зашиванія брюшной, а при случаѣ и маточной раны, карболизованный шелкъ, ножницы;
- в) чистыя обеззараженные губки и компрессы въ тепломъ карболовомъ или тимоловомъ растворѣ;
- г) каучуковый жгутъ длиною около метра и наркозъ.

Сама операція для большей наглядности можетъ быть раздѣлена на четыре акта:

- 1-й актъ: вскрытіе брюшной полости;
- 2-й актъ: вскрытіе полости матки;
- 3-й актъ: родоразрѣшеніе (извлеченіе плода и послѣда);

4-й актъ: остановка кровотеченія, туалетъ, закрытіе раны матки и брюшныхъ покрововъ.

1-й актъ начинается съ опорожненія мочевого пузыря, обеззараженія брюшныхъ покрововъ, удаленія волосъ наружныхъ половыхъ частей.

Вскрытіе брюшной полости производится не иначе, какъ по срединной линіи. Именно въ этомъ направленіи разсѣченіе брюшной стѣнки удается всего легче, а травма — всего меньше, такъ какъ намъ приходится разрѣзать только кожу, встрѣчающіяся между собою по бѣлой линіи фасціи и брюшину; а равно здѣсь всего рѣже попадаютъ болѣе значительные брызжущіе сосуды.

Во время этого акта операторъ стоитъ съ правой стороны роженицы, тогда какъ ассистентъ предварительно оттѣсняетъ въ стороны лежащія, быть можетъ, впереди матки петли кишекъ и затѣмъ обѣими, справа и слѣва отъ срединной линіи расположенными руками предупреждаетъ возможность появленія ихъ въ томъ-же мѣстѣ.

Когда роженица находится въ глубокомъ наркозѣ, операторъ начинаетъ разсѣкать брюшные покровы разрѣзомъ, идущимъ отъ пупка и кончающимся приблизительно на 4 см. выше лоннаго соединенія. Сначала разрѣзъ долженъ проходить только черезъ кожу и имѣть въ длину около 15 см. Если-бы разстояніе между симфизомъ и пупкомъ съ самаго начала представлялось слишкомъ ограниченнымъ для дальнѣйшихъ актовъ операціи, то разрѣзъ продолжается на соотвѣтственную длину выше пупка (всегда обходя самый пупокъ полукругомъ съ лѣвой стороны).

Каждый кровотокащій сосудъ тотчасъ-же захватывается, перекручивается или перевязывается, и тогда только операція продолжается дальше. Такимъ образомъ, шагъ за шагомъ разсѣкаютъ подкожную клѣтчатку, слившіеся по бѣлой линіи апоневрозы брюшныхъ мышцъ, затѣмъ поперечную фасцію (*fascia transversa*) и, наконецъ, разрѣзавъ всѣ эти слой во всю длину первоначальнаго кожного разрѣза, доходятъ до брюшины.

Послѣ этого еще разъ тщательно останавливается всякое сколько-нибудь значительное кровотеченіе, и только тогда мы приступаемъ ко вскрытію брюшины. Послѣдняя вблизи верхняго угла раны помощью пинцетовъ приподымается нѣсколько вверхъ, образовавшійся вслѣдствіе этого конусъ надрѣзается ножомъ, и въ полученное такимъ образомъ отверстіе вводится желобоватый зондъ,

или-же указательный палець, и по ихъ руководству брюшина разрѣзается пуговчатымъ бистуріемъ точно по срединной линіи, вверхъ и внизъ, по всему протяженію первоначальнаго кожного разрѣза.

Уже относительно проведенія кожного разрѣза мы наталкиваемся на различные методы, которые впрочемъ всѣ оттъснены на задній планъ описаннымъ выше (такъ называемымъ методомъ *Deleurye*). Въ настоящее время они имѣютъ большею частью только еще историческій интересъ. Изъ нихъ я упомяну о боковомъ разрѣзѣ или продольномъ разрѣзѣ на разстояніи 2—3 поперечныхъ пальцевъ отъ бѣлой линіи (*Levret*), о косвенномъ или діагональномъ разрѣзѣ (*Stein* мл.) по направленію отъ конца послѣдняго ложнаго ребра одной стороны наискось черезъ бѣлую линію къ *tuberculum ileo-pubicum* другой стороны, о поперечномъ разрѣзѣ (*Lauverjat*) ниже третьяго ложнаго ребра на той сторонѣ, къ которой отклонено дно матки, о методѣ *Osiander*'а, который при предполагаемомъ головномъ положеніи проводилъ косвенный разрѣзъ непосредственно надъ головкой плода, которую помощникъ оттъснялъ со стороны влагалища къ брюшной стѣнкѣ, и, наконецъ, о методѣ брюшно-влагалищнаго разрѣза (*Jörg, Ritgen, Physick, Baudelocque* племянникъ), по которому прокладывался путь помощью разрѣза, проводимаго отъ передне-верхней подвздошной ости къ лонному соединенію безъ поврежденія брюшины, не непосредственно къ маткѣ, а къ влагалищу, при чемъ послѣднее надрѣзывалось на 3—4 см. ниже шейки матки, во влагалищной ранѣ фиксировался открытый зѣвъ матки, и уже по этому пути роды оканчивались наложеніемъ щипцовъ или поворотомъ. Въ наше время этотъ методъ былъ выведенъ изъ забвенія американскими операторами, во главѣ которыхъ стоитъ *Gaillard Thomas*, но въ Европѣ онъ до сихъ поръ не нашелъ подражанія по понятнымъ и заслуживающимъ только одобренія причинамъ.

Изъ всѣхъ этихъ методовъ развѣ только способъ *Levret* можетъ найти примѣненіе въ совершенно особыхъ случаяхъ; всѣ-же другіе методы суть въ настоящее время не болѣе, какъ оперативныя курьезы.

## 2-й актъ. Вскрытіе матки.

Когда первый актъ оконченъ, то на всемъ протяженіи разрѣза предлежитъ матка, въ видѣ синевато-краснаго шаровиднаго органа съ гладкою поверхностью.

Рѣдко впереди нея выпадаетъ въ ранѣ часть сальника или кишки.

Вскрытіе матки есть весьма важный актъ, ибо при этомъ операторъ встрѣчается съ такимъ кровотеченіемъ, которое принуждаетъ его къ величайшей поспѣшности и требуетъ всего его хладнокровія. Особенно страдаютъ того случая, когда разрѣзь падаетъ на мѣсто прикрѣпленія дѣтскаго мѣста, и когда кровотеченіе дѣйствительно можетъ быть колоссальнымъ. Направленіе разрѣза въ маткѣ совпадаетъ съ брюшнымъ разрѣзомъ, слѣдовательно — онъ проходилъ-бы по срединной линіи передней стѣнки матки, если-бы матка, какъ это почти безъ исключенія всегда бываетъ, не располагалась внѣсрединно (большею частью вправо, и лѣвымъ угломъ впередъ).

Можетъ даже оказаться необходимымъ до проведенія разрѣза оттѣснить матку къ срединной линіи, чтобы разрѣзь не пришелся слишкомъ близко къ одному изъ краевъ ея. Помощникъ въ это время долженъ сильно прижимать края брюшной раны къ боковымъ частямъ вскрываемой матки, чтобы по возможности препятствовать затеканію въ брюшную полость крови, околоплодныхъ водъ и др.

Операторъ быстрыми движеніями ножа вскрываетъ сначала матку близъ верхняго угла раны, короткимъ разрѣзомъ, только до плодныхъ оболочекъ, и затѣмъ быстро расширяетъ рану помощью пуговчатаго ножа по введенному указательному пальцу внизъ, пока разрѣзь не будетъ имѣть необходимой для выведенія плода длины (около 15 см.).

Если при разрѣзѣ матки попадается дѣтское мѣсто, то прежде всего матка быстро вскрывается по всей предположенной длинѣ, затѣмъ отдѣленіемъ меньшаго лоскута *placentae* начинается уже третій актъ. Если-же въ разрѣзѣ матки попадаетъ средина дѣтскаго мѣста, то его быстро отдѣляютъ и затѣмъ уже выводятъ плодъ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что во время этого акта, а еще болѣе во время слѣдующаго, даже при самой акуратной помощи не всегда можно вполне избѣгнуть зате-



канія крови и амніотической жидкости подъ краями кожного разрѣза въ полость брюшины. Если содержимое матки асептично, то вредъ отъ этого не великъ, но онъ не минуемо становится большимъ, если воды загрязнены, а плодъ, быть можетъ, уже мертвъ и началъ подвергаться гніенію. Для такихъ случаевъ заслуживаетъ серьезнаго вниманія, даже при кесарскомъ сѣченіи по старому методу, предложеніе *P. Müller*'а — выводить наружу всю матку еще не вскрытою и позади нея тотчасъ-же провизорно закрывать брюшную полость, прижимая края раны другъ къ другу, и уже только послѣ этого производить разрѣзъ матки, а вытекающую кровь и амніотическую жидкость по-возможности тщательно собирать въ подложенныя губки. Такимъ выведеніемъ наружу не вскрытой матки можно-бы было не только предохранить брюшную полость отъ загрязненія, но соединить съ этимъ и уменьшеніе потери крови посредствомъ провизорнаго стягиванія шейки матки эластическимъ жгутомъ.

Не можетъ подлежать сомнѣнію, что подобное видоизмѣненіе, примѣненное *P. Müller*'омъ съ наилучшимъ успѣхомъ въ одномъ подходящемъ случаѣ, заслуживаетъ полнаго вниманія, хотя, съ другой стороны, нельзя умолчать и о томъ, что только въ рѣдкихъ случаяхъ неопорожденная матка можетъ быть выведена чрезъ брюшную рану вышеуказанной длины, если-бы даже содержимое матки и было нѣсколько уменьшено посредствомъ вскрытія плоднаго пузыря. Въ этихъ случаяхъ лучше удлиннять брюшной разрѣзъ значительно выше пупка, а часто до края грудной клѣтки. Но все-таки опасность столь обширнаго разсѣченія брюшныхъ покрововъ, по всѣмъ имѣющимся до сего времени наблюденіямъ, много меньше, чѣмъ возможное загрязненіе брюшины инфицированной жидкостью, и поэтому въ настоятельныхъ случаяхъ должно пробѣгать къ этому видоизмѣненію.

На сколько исторія нашей спеціальности повѣствуетъ намъ о различныхъ методахъ проведенія брюшнаго разрѣза, на столько-же, съ другой стороны, въ новѣйшей литературѣ мы находимъ предложенія относительно модификаціи направленія и мѣста разрѣза матки. Я имѣю при этомъ въ

виду предложеніе *Kehrer*'а—вскрывать матку поперечнымъ разрѣзомъ на передней окружности ея внутренняго зѣва, главнымъ образомъ съ цѣлью предупредить зіяніе раны вслѣдствіе наступающаго *post partum* перегиба матки впередъ, а затѣмъ — чтобы избѣжать опасности попасть разрѣзомъ на дѣтское мѣсто; далѣе предложеніе *Cohnstein*'а — проводить продольный разрѣзь по задней стѣнкѣ предварительно выведенной наружу матки, чтобы проведеніемъ дренажа черезъ задній сводъ рукава способствовать болѣе легкому стоку отдѣленій матки. Какого-бы мнѣнія мы ни были о дренажѣ, не подлежитъ сомнѣнію, что въ подобномъ случаѣ дренажъ, при значительномъ протяженіи и высокомъ расположеніи раны, останется, конечно, безъ всякаго эффекта, не говоря уже о томъ, что въ настоящее время никто уже не рѣшится опустить матку въ брюшную полость незащитою. Предложеніе *Kehrer*'а, напротивъ, имѣетъ многое за себя, хотя оно еще слишкомъ ново, чтобы о немъ уже теперь можно было судить.

### 3-й актъ. Опорожненіе вскрытой матки.

Когда разрѣзь матки проведенъ, помощникъ вводитъ крючкообразно согнутый указательный палецъ въ верхній уголь раны матки и удерживаетъ его въ соприкосновеніи съ верхнимъ угломъ брюшной раны. Тогда операторъ быстро вскрываетъ плодный пузырь и выводитъ сначала всего лучше лежащую у дна крупную часть плода по общимъ акушерскимъ правиламъ. По мѣрѣ того, какъ матка уменьшается въ объемѣ, помощникъ старается прижать руками брюшные покровы къ стѣнкамъ матки, чтобы ни кровь, ни амниотическая жидкость не проникли въ полость брюшины (если только не примѣняется способъ *Müller*'а). Выведеніе всего плода обыкновенно удается легко, если разрѣзь въ маткѣ имѣетъ необходимую длину; въ противномъ случаѣ пришлось-бы уже во время извлеченія помощью пуговчатаго ножа быстро удлинить рану матки.

Выведеніе плода наружу должно быть совершаемо быстро, но безъ всякой излишней поспѣшности; оно существенно облегчается и ускоряется сокращеніями матки.

Извлеченный младенецъ, послѣ перевязки и перерѣзки пуповины, передается заранѣе назначенному лицу для

могущаго потребоваться оживленія. Дѣтское мѣсто съ оболочками удаляется по тому-же пути, какъ и плодъ, при каковой операци соблюдаютъ обычныя правила отдѣленія *placentae*. Впрочемъ, часто вслѣдъ за плодомъ и дѣтское мѣсто изгоняется черезъ рану, и оператору остается только принять его и наблюдать затѣмъ, чтобы оболочки вышли вполне.

Выводить послѣдъ, по предложенію *Wigand'a*, черезъ естественный путь — зѣвъ матки, „чтобы предохранять брюшную полость отъ кровоизліянія“, и съ этою цѣлью прежде всего низводить черезъ шейку матки пуповину, привязанную на палочкѣ, — излишне, кропотливо и въ очень многихъ случаяхъ, вообще, невыполнимо.

#### 4-й актъ.

Онъ заключаетъ въ себѣ сшиваніе раны матки, такъ называемый туалетъ брюшины и закрытіе брюшной раны; наконецъ, наложеніе повязки.

Соединеніе краевъ раны матки желательно по многимъ соображеніямъ.

Прежде всего, чтобы остановить часто не поддающееся инымъ средствамъ кровотеченіе, а затѣмъ, чтобы точно обособить полость матки отъ полости брюшины и воспрепятствовать прониканію въ послѣднюю крови или послѣродовыхъ отдѣленій.

Но эти цѣли всѣми существующими до сего времени методами маточнаго шва, къ сожалѣнію, достигаются лишь очень несовершенно.

Причины этого могутъ быть слѣдующія:

1. Какъ-бы хорошо, и захватывая мускулатуру матки, ни были наложены швы, они расслабляются благодаря измѣняющейся величинѣ и формѣ матки.

2. Мускулатура послѣродовой матки относительно дрябла и легко уступчива, такъ что туго затянутыя нитки прорѣзаютъ или тотчасъ-же, или при слѣдующемъ расслабленіи органа, между тѣмъ какъ менѣе туго затянутыя не сближаютъ достаточно плотно раненыхъ поверхностей и изліяніе крови между ними будетъ препятствовать заживленію первымъ натяженіемъ.

3. *Prima intentio* можетъ быть также воспрепятствована прониканіемъ лохий между ранеными поверхностями, слѣдовательно — вслѣдствіе самозараженія.

4. Сама ткань матки, частью жирно-перерождающаяся уже во время родовъ, а въ послѣродовомъ періодѣ подвергающаяся полному жировому распаденію и всасыванію, представляется мнѣ, вообще, мало способною къ первому натяженію.

Въ этихъ фактахъ мы ничего не можемъ измѣнить, будемъ-ли мы накладывать швы изъ шелка или кэтгута (*Veit*), или изъ эластическихъ, обвитыхъ шелкомъ резиновыхъ нитей (*Sylvestri*), и во время наложенія швовъ будемъ выводить матку наружу и обезкровливать ее провизорнымъ наложеніемъ на ея шейку эластическаго жгута, чтобы препятствовать просачиванію крови во время наложенія швовъ.

На этомъ основаніи становится до извѣстной степени понятнымъ, почему при вскрытіи умершихъ послѣ кесарскаго свченія, не смотря на самое тщательное наложеніе швовъ, не смотря на строжайшую антисептику, мы находимъ рану матки большею частью широко зияющею, а швы — свободно лежащими въ ней. Такая картина повторяется за немногими исключеніями, такъ что мы должны считать больше случайностью, если заживленіе происходитъ, а рассчитывать на него съ извѣстной увѣренностью мы никогда не можемъ.

Въ послѣднее время, какъ мнѣ кажется, вопросъ о маточномъ швѣ вступилъ на лучший путь. Акушеры воспользовались успѣхами методовъ сшиванія краевъ другихъ положе построенныхъ полостныхъ органовъ, особенно успѣхами кишечнаго шва *Szerny*, которые всѣ основываются на томъ наблюденіи, что брюшинныя поверхности обладаютъ большою склонностью къ быстрому и надежному склеиванію между собою.

Исходя изъ этихъ фактовъ, *Sänger* и *Kehrer* предложили накладывать двойной маточный шовъ, т. е. мышечный и брюшинный.

*Kehrer* съ этою цѣлью отдѣляетъ брюшину въ ближайшей окружности краевъ раны отъ мышечнаго слоя, прикладываетъ, завернувъ края, гладкія поверхности другъ къ другу и, сшивъ предварительно лежащую подъ ними мышечную стѣнку самое по себѣ глубокими швами, захватывающими и *deciduum*, соединяетъ брюшныя поверхности вторымъ рядомъ швовъ, накладываемыхъ болѣе часто.

Чтобы достигнуть еще болѣе тѣснаго и болѣе широкаго соединенія обѣихъ серозныхъ поверхностей, *Sänger* резецируетъ изъ подлежащей мускулатуры матки двѣ полосы во всю длину раны и затѣмъ соединяетъ стѣнку матки

сначала мышцо-мышечными швами, а потомъ, заворачивая висящіе края брюшины, и серо-серозными швами.

Оба эти предложенія уже прошли по одному разу съ успѣхомъ испытаніе на живой, но къ нимъ присоединяется и одинъ отрицательный случай *Kehrer's*.

Обособленія полости матки отъ полости брюшины, кромѣ маточнаго шва, старались достигнуть еще слѣдующими способами:

1) пришиваніемъ краевъ раны матки къ покровамъ живота (*Pillore* и *E. Martin*);

2) соединеніемъ круглыхъ связокъ между собою и съ брюшной стѣнкою помощью шва и дренированіемъ образованнаго такимъ путемъ антеутериннаго пространства (*Fr. Frank*).

Первое предложеніе основывается на томъ наблюденіи, что въ случаяхъ съ прежними методами шиванія, а также и безъ всякаго маточнаго шва—заживленіе всегда совершалось только въ силу того, что наступало быстрое склеиваніе брюшины передней стѣнки матки съ брюшиною стѣнки живота, которое и отграничивало полость матки отъ свободной полости брюшины. Но будемъ-ли мы зашивать только матку, или будемъ ее зашивать и пришивать къ брюшной стѣнкѣ, всегда швы будутъ разслабляться и прорѣзаться, а вслѣдствіе этого, съ одной стороны, является зіяніе раны матки, съ другой стороны, — теряется соприкосновеніе съ брюшной стѣнкою.

Предложеніе *Frank's* клонится къ тому, чтобы обособить брюшную полость такимъ образомъ, что онъ сначала соединяетъ круглыя связки въ ихъ верхнемъ отдѣлѣ между собою, въ ихъ нижнемъ отдѣлѣ — съ краями брюшной раны, въ заключеніе зашиваетъ рану живота (но не матки) до ея нижняго угла, черезъ который онъ проводитъ дренажъ въ пространство, находящееся впереди матки и сообщающееся черезъ рану матки съ полостью послѣдней. Можно опасаться, что въ случаѣ выздоровленія необходимо образующійся при этомъ методѣ широкій и плотный рубецъ между маткою и стѣнкою живота можетъ впослѣдствіи препятствовать маткѣ растягиваться, что, далѣе, частичное замѣщеніе передней стѣнки матки очень широкимъ рубцомъ въ случаѣ повторенія беременности очень легко можетъ повести къ разрыву матки.

Мнѣ пришлось нѣсколько дольше остановиться на этихъ предложеніяхъ и методахъ, чтобы мы могли получить представленіе о томъ, къ какимъ усиліямъ прибѣгаютъ для

уменьшенія громадныхъ опасностей кесарскаго сѣченія; а, съ другой стороны, и за тѣмъ, чтобы мы поняли, что будущность классическаго кесарскаго сѣченія зависитъ исключительно отъ окончательной удачи маточнаго шва. Въ настоящее время мы, конечно, очень далеки отъ того, чтобы имѣть возможность взирать на эту будущность съ извѣстнымъ успокоеніемъ, ибо всѣ извѣстные до сего времени способы сшиванія немилосердно разочаровывали въ возлагавшихся на нихъ надеждахъ, а новѣйшіе методы еще слишкомъ мало испытаны, чтобы можно было быть увѣреннымъ въ ихъ успѣхъ. Нельзя также предаваться заблужденію, чтобы аналогія съ хорошими результатами кишечнаго шва обѣщала въ ближайшемъ будущемъ такіе-же результаты и для маточнаго шва. Ибо въ кишкахъ мы имѣемъ лишь незначительные, мало кровоточащіе сосуды и тонкій мышечный слой съ слабыми движеніями. Стоитъ только сравнить съ ними колоссальные незакрытые сосуды и громадно растягивающую силу, которую проявляетъ имѣющая до 5 cm. въ толщину мышечная стѣнка послѣ-родовой матки при ея быстрыхъ сократительныхъ движеніяхъ.

Опускать матку совершенно не зашитою въ брюшную полость, какъ это практиковалось болѣе старыми врачами (*Rousset, Gardien, Capuron, Stein* мл., *Jörg, N. Meyer*), казалось-бы по нашимъ современнымъ воззрѣніямъ и наблюденіямъ совершенно невысказаннымъ, а между тѣмъ подобное предложеніе было вновь сдѣлано въ самое недавнее время \*).

Возвратимся послѣ этого отступленія опять къ нашей темѣ и представимъ себѣ, что возможно тщательно зашитая матка снова опущена въ брюшную полость, и кровотеченіе, по крайней мѣрѣ въ данный моментъ, совершенно остановлено, тогда наступаетъ очередь за туалетомъ брюшной полости, прежде чѣмъ можно будетъ думать объ окончательномъ закрытіи послѣдней.

Туалетъ заключается въ самой тщательной очисткѣ полости брюшины отъ попавшей въ нее, быть можетъ, крови, амниотической жидкости и пр. помощью меньшихъ и большихъ, тщательно обеззараженныхъ, выжатыхъ губокъ, которыя во время операціи только для этой цѣли и употребляются. Губки эти вводятся во всѣ

\*) *Cohnstein, Centralblatt f. Gyn. 1881, № 12*

тѣ углубленія брюшины, о которыхъ мы знаемъ, что они служатъ мѣстомъ скопленія жидкостей, особенно, слѣдовательно, въ *Douglas*'ово пространство, въ *excavatio vesico-uterina*, въ боковыя области живота, причемъ всякое насиліе относительно кишекъ и сальника должно быть строго избѣгаемо.

Когда туалетъ брюшины оконченъ, то мы приступаемъ къ зашиванію брюшной раны. Для этого употребляютъ или шелкъ, или серебряную проволоку, причемъ большее значеніе, по-видимому, имѣетъ строгое обеззараживаніе, чѣмъ примѣненіе того или другого матеріала для швовъ. Послѣдніе накладываются такимъ образомъ, что ими захватывается вся толща края раны, причемъ игла вкалывается на разстояніи около 1 см. отъ края кожной раны и выкалывается на такомъ-же разстояніи отъ края брюшинной раны; такіе швы накладываются въ требуемомъ числѣ на разстояніи около 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> см. одинъ отъ другого. Зіяющіе еще, быть можетъ, между этими глубокими швами края кожи соединяются по мѣрѣ надобности поверхностными, проникающими только черезъ *cutis* швами.

Для наложенія швовъ пользуются крѣпкими, прямыми или изогнутыми иглами, причемъ всего цѣлесообразнѣе на оба конца нитки надѣвать по иглѣ, съ тѣмъ чтобы имѣть возможность прокалывать оба края раны изнутри и снаружи, вслѣдствіе чего легче можно избѣгнуть поврежденія кишокъ или сальника. При завязываніи швовъ необходимо опять слѣдить за тѣмъ, чтобы не ущемить ни кишѣи, ни сальника, и удалить предварительно кровь, излившуюся, быть можетъ, изъ уколовъ въ брюшную полость, а также, сдавливая руками края раны, выдавить просочившуюся между ними кровь.

Послѣ этого оперированную обмываютъ снаружи отъ крови и накладываютъ повязку. Рану покрываютъ небольшимъ кускомъ *protectiv-silk*'а, а поверхъ него кладутъ толстый слой карболовой ваты. Весь животъ иммобилизуется плотно прилегающей повязкой изъ ваты, салициловой юты и марли. Давленіе въ первые часы должно быть довольно энергичное, чтобы предохранить

брюшныя стѣнки отъ вліянія именно въ это время часто появляющихся рвотныхъ движеній.

Оперированная переносится на кровать.

Я умышленно ни однимъ словомъ не упомянулъ въ предшествовавшемъ изложеніи о дренажѣ брюшной полости, такъ какъ онъ, по нашимъ современнымъ наблюденіямъ и по специально съ этою цѣлью предпринятымъ изслѣдованіямъ \*), въ большинствѣ случаевъ излишенъ; а гдѣ онъ могъ-бы принести пользу (напр., при существованіи раненой поверхности въ полости брюшины), тамъ онъ несовершененъ, ненадеженъ и даже чаще бесполезенъ, такъ какъ вокругъ дренажныхъ трубокъ весьма скоро образуются перитонеальныя склейки. Кромѣ того дренажъ можетъ даже прямо вредить тѣмъ, что оставляетъ открытый путь для прониканія заразныхъ веществъ.

Послѣдовательное леченіе состоитъ изъ сочетанія діететики послѣродоваго періода и послѣдовательнаго леченія, употребляемаго при другихъ лапаротоміяхъ.

Только что описанная нами операція и въ настоящее время есть еще самая опасная изъ акушерскихъ операцій и превосходить въ этомъ отношеніи опасность всѣхъ лапаротомій съ цѣлью удаленія опухолей.

Мы вполне понимаемъ, что въ свое время *Ambr. Paraeus, Guillemeau, Dionis* никогда не признавали эту операцію позволительною на живой и почти приравнивали ее къ убійству.

Но именно при кесарскомъ съченіи, къ сожалѣнію, едва-ли можно доказать его обще-признанную опасность цифрами, такъ какъ всѣ сопоставленія относительно кесарскаго съченія страдаютъ тѣмъ недостаткомъ, что благоприятные случаи публикуются за немногими исключеніями, а неблагоприятные — относительно рѣдко. Всѣ числа, взятыя изъ достовѣрныхъ источниковъ, каковы официальные отчеты такихъ странъ, въ которыхъ ни одинъ случай не проходитъ безъ вѣдома администраціи

\*) *Mikulicz*: Ueber die Anwendung der Antisepsis bei Laparotomien etc. (*Langenbeck's Archiv*, Bd. XXVI.)



(королевство Виртембергское, бывшее курфюршество Гессенское и бывшее герцогство Нассауское), даютъ въ результатѣ почти абсолютную смертность послѣ этой операціи. Такъ по официальнымъ свѣдѣніямъ упомянутыхъ странъ изъ 45 оперированныхъ умерло 38, что составляетъ смертность въ 85<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Эти числа, слѣдовательно, освѣщаютъ должнымъ образомъ цифры смертности, приводимыя *Michaelis*'омъ (54<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) и *Kayser*'омъ (63<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

Нѣсколько благоприятнѣе оказывается предсказаніе при повторномъ кесарскомъ сѣченіи, потому что послѣ первой операціи дѣло доходитъ обыкновенно до сращеній брюшныхъ покрововъ съ передней стѣнкой матки, и поэтому о вскрытіи полости брюшины собственно не можетъ быть и рѣчи. Но и повторное кесарское сѣченіе относительно своей опасности значительно превосходить всѣ другія акушерскія операціи.

Ссылаясь на громадныя успѣхи въ современномъ леченіи ранъ и антисептикѣ, приводили тотъ доводъ, что всѣ эти статистики даютъ намъ все-таки невѣрное, слишкомъ преувеличенное представленіе объ опасности кесарскаго сѣченія, такъ какъ при большинствѣ вошедшихъ въ эту статистику операцій объ антисептическомъ леченіи еще не было и рѣчи. Поэтому и въ настоящее время не можетъ быть и рѣчи о прогнозѣ кесарскаго сѣченія, а предварительно должна быть собрана статистика съ исключительнымъ занесеніемъ операцій, проведенныхъ со строгимъ соблюденіемъ антисептическихъ мѣропріятій.

Но во всякомъ случаѣ мы теперь можемъ задать себѣ вопросъ о томъ, насколько современная антисептика дѣйствительно могла-бы выгодно повліять на предсказаніе при кесарскомъ сѣченіи.

Относительно одного пункта въ этомъ вопросѣ можно сейчасъ же высказаться безъ всякаго сомнѣнія, а именно о томъ, что, благодаря примѣненію ученій современной антисептики, зараженіе извнѣ (руками, инструментами, воздухомъ и пр.), или—какъ его еще на-

зываютъ—зараженіе отъ соприкосновенія (Contact-Infection) съ увѣренностью можетъ быть избѣгнуто.

Мы не должны, однако, предаваться тому мнѣнію, что-бы мы даже самую строгою антисептикой были въ состояніи абсолютно не допустить зародышей грибовъ въ полость брюшины, а должны довольствоваться тѣмъ, чтобы противодѣйствовать ихъ вредному вліянію. Но мы знаемъ, что такіе проникшіе извнѣ, относительно безвредные или индифферентные грибки могутъ беспрепятственно развиваться и приобрѣтать болѣзнетворныя свойства, какъ только они попадаютъ въ секретъ, застаивающійся въ какой-либо полости или ранѣ. Такія (замкнутыя, содержація массу жидкостей) пространства называются по *Miculicz*'у мертвыми пространствами. Въ послѣднихъ только на периферіи наступаетъ быстрое всасываніе и обезвреживаніе имѣющагося секрета со стороны неповрежденной брюшины, въ центрѣ же грибки могутъ размножаться до невѣроятнаго. Вслѣдствіе образованія такихъ мертвыхъ пространствъ наступаетъ величайшая опасность, такъ какъ въ нихъ развиваются такіе грибки, которые иначе никогда не дошли бы до своего размноженія. Изъ этихъ мертвыхъ пространствъ можетъ быть инфицирована вся брюшина, инфекция, которую мы въ отличіе отъ зараженія вслѣдствіе соприкосновенія (Contact-Infection) называемъ самопроизвольнымъ зараженіемъ (Spontaneous Infection).

Имѣемъ-ли мы возможность предупредить самопроизвольное зараженіе послѣ кесарскаго сѣченія?

Если бы какой-нибудь изъ многочисленныхъ методовъ зашиванія матки имѣлъ успѣхъ, если-бы такимъ путемъ полость матки могла быть надежно обособлена отъ полости брюшины, то отвѣтъ на этотъ вопросъ долженъ-бы быть утвердительный.

Къ сожалѣнію, разборъ всѣхъ попытокъ и стараній, направленныхъ къ изысканію способовъ надежнаго обособленія раны матки, показалъ намъ, что мы этой цѣли еще не достигли и, пожалуй, еще долго не достигнемъ.

А пока мы не въ состояніи надежно и прочно обособлять полость матки отъ брюшной полости, вслѣдствіе вытеканія отдѣляемаго раны и (по *Kehrer*'у даже въ нормальномъ состояніи способнымъ инфицировать) лохий въ полости брюшины должны образовываться мертвыя пространства, въ которыхъ бактеріи находятъ прекрасную питательную среду.

Но еще непосредственнѣе, чѣмъ этотъ врагъ, грозитъ родильницѣ другой, а именно — кровотеченіе изъ зіяющей раны матки. Отъ этихъ кровотеченій погибаетъ бѣльшая часть оперированныхъ послѣ кесарскаго съчненія въ такое время, когда еще дѣло не могло дойти до обильнаго развитія проникшихъ извнѣ грибковъ.

И въ этомъ отношеніи вопросъ объ удачѣ въ техникѣ маточнаго шва имѣетъ весьма большое значеніе.

Итакъ, современная антисептика по стольку можетъ бороться съ обоими главными врагами при кесарскомъ съчненіи, инфекціей и кровотеченіемъ, по скольку она въ состояніи положить преграду зараженію извнѣ во время операци; самопроизвольное зараженіе, т. е. зараженіе путемъ раны матки и полости послѣдней, а также кровотеченія остаются внѣ ея вліянія, пока не удастся совершенно обособить полость матки отъ полости брюшины.

Но пока мы еще не въ состояніи плотно закрывать рану матки, мы должны прибѣгать къ оперативному приему, который въ состояніи выдѣлить эту кровоточащую и инфицирующую рану изъ брюшной полости, а это достигается посредствомъ **надвлагалищной ампутаціи матки. операци Porro** (*amputatio uteri supravaginalis*).

*Porro* въ Павіи въ 1876 году впервые произвелъ эту операцию по зрѣло обдуманному плану, послѣ того какъ она уже болѣе 100 лѣтъ тому назадъ была предложена *Cavallini*, а позднѣе — *Michaelis*'омъ, а ея выполнимость стала вѣроятною послѣ опытовъ на животныхъ *Fogliata* и *Рейна*.

Въ чемъ же заключается разница этого вида кесарскаго съчненія и стараго метода его производства, (такъ называемаго въ новѣйшее время) классическаго кесарскаго съчненія?

Мы не можемъ найти этой разницы ни въ первомъ актѣ — разрѣзѣ брюшныхъ покрововъ, ни во второмъ — вскрытіи матки, ни даже въ третьемъ — родоразрѣшеніи. Слѣдовательно, все сказанное выше объ этихъ актахъ дословно остается въ силѣ и для операціи, о которой идетъ рѣчь.

Различіе начинается лишь послѣ выведенія плода. А именно: если послѣдъ не отдѣляется произвольно очень скоро за извлеченіемъ плода, то, не обращая на него вниманія, быстро выводятъ всю матку изъ брюшной полости (если это не было сдѣлано, по Müller'у, еще до вскрытія ея), стягиваютъ ее въ области внутренняго зѣва экразёромъ, эластическимъ жгутомъ или жомомъ на столько, что кровь уже не можетъ притекать къ периферическимъ частямъ органа, и затѣмъ быстрыми движеніями ножа ампутируютъ тѣло матки около 3—4 см. надъ мѣстомъ ущемленія. Получившаяся послѣ этого культи уменьшается нѣсколько ножомъ и ножницами, сглаживается и по окончаніи туалета брюшины укрѣпляется въ нижнемъ углу брюшной раны.

Прежде чѣмъ вдаваться въ детали относительно ухода за ножкою, мы хотѣли-бы еще разъ напомнить о выше уже изложенной нами модификаціи P. Müller'a, которая собственно была предложена, какъ видоизмѣненіе кесарскаго сѣченія по Porro, но вполне цѣлесообразно въ вышеназванныхъ случаяхъ могла-бы быть примѣняема и при классическомъ кесарскомъ сѣченіи, почему она и должна была быть упомянута уже въ томъ мѣстѣ.

Въ виду этого я имѣю прибавить къ вышесказанному еще только нѣсколько словъ.

Преимущества этого приѣма заключаются въ вѣрномъ предупрежденіи затеканія крови и содержимаго матки въ брюшную полость, а равно въ воспрепятствованномъ кровотеченіи при вскрытіи матки.

Въ качествѣ неудобства я упомянулъ о требующейся часто значительной длинѣ брюшного разрѣза.

Важнѣе, однако, слѣдующее обстоятельство.

При примѣненіи экразёра или металлическаго жома въ качествѣ стягивающихъ аппаратовъ мѣсто ихъ наложенія въ послѣдствіи уже не можетъ быть измѣняемо по желанію. Послѣ долго продолжавшейся родовой дѣятельности, однако, головка въ большинствѣ случаевъ уже болѣе или менѣе вполнѣ помѣщается въ полости шейки, и, слѣдовательно, чтобы жомъ и т. п. помѣщался ниже подлежащей части плода, пришлось-бы его накладывать очень низко, почти у сводовъ влагалища. Наложенный однажды сжимающій аппаратъ долженъ-бы былъ остаться въ занимаемомъ имъ положеніи, и такимъ образомъ приживленіе культи къ брюшнымъ покровамъ было-бы возможно лишь подъ условіемъ весьма значительнаго и, какъ показали отдѣльные случаи, даже опаснаго натяженія обѣихъ частей.

Этой опасности можно избѣгать путемъ предварительнаго (провизорнаго) стягиванія шейки матки эластическимъ жгутомъ, или даже руками надежнаго ассистента.

Лишь по удаленіи плода накладывается уже въ любомъ мѣстѣ окончательный жомъ.

Опасенія за жизнь плода, являвшіяся первоначально въ виду прерыванія кровообращенія въ материнской части послѣда съ момента наложенія жгута до окончательнаго извлеченія ребенка, исчезли въ виду произведенныхъ съ того времени наблюденій, и я повторяю такимъ образомъ еще разъ, что методъ *P. Müller*'а можетъ быть настоятельно предлагаемъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда матка легко можетъ быть выведена чрезъ обычной длины брюшной разрѣзъ, и что въ случаяхъ предполагаемаго или завѣдомо разлагающагося содержимаго матки должно искупать безопасность брюшины даже продолженнымъ далеко за обычные предѣлы разрѣзомъ брюшной стѣнки.

Выше, при общемъ описаніи операціи *Porro*, я упомянулъ, что затянутую культию матки укрѣпляютъ въ нижнемъ углѣ брюшной раны. Этотъ методъ ухода за ножкою былъ первоначально примѣняемъ самимъ *Porro*, и въ этомъ отношеніи ему подражали большинство операторовъ. Онъ называется внѣбрюшиннымъ методомъ ухода за ножкою

въ отличіе отъ внутрибрюшиннаго, при которомъ зятнута культа опускается въ брюшную полость, а рана брюшныхъ покрововъ совершенно надъ нею закрывается. Врачи, примѣнявшіе этотъ послѣдній методъ, оперировали большею частью по тому способу, которымъ пользуется *Schroder* при надвлагалищной ампутаціи матки, и который состоитъ въ томъ, что изъ надежно перевязанной шелкомъ, сначала en masse, а затѣмъ въ два пучка, культа вырѣзается клиновидный кусокъ такимъ образомъ, что получаются двѣ половины, которыя могутъ быть шиты частью глубокими, частью поверхностными, захватывающими только брюшину швами. Этотъ методъ, однако, въ извѣстныхъ до сего времени случаяхъ сопровождался при кесарскомъ съченіи почти только неблагоприятными исходами, и повидимому, тѣ-же факторы, которые до сихъ поръ препятствуютъ успѣхамъ, вообще, маточнаго шва, и здѣсь вліяютъ неблагоприятно. Дряблая мускулатура матки легко обуславливаетъ прорѣзаніе швовъ, а наступающій послѣ родовъ также и въ шейкѣ регрессивный метаморфозъ лишь съ трудомъ позволяетъ произойти первичному натяженію. Такимъ образомъ намъ становится понятнымъ, что кровотеченія и воспаленіе брюшины составляли обычный исходъ внутрибрюшиннаго метода при кесарскомъ съченіи по *Porro*.

Мы можемъ признать, что въ настоящее время самымъ лучшимъ способомъ ухода за ножкою послѣ операціи *Porro* считается внѣбрюшинный методъ.

Относительно техники этого метода слѣдуетъ упомянуть, что культа шейки матки стягивается или цѣпчатымъ экразеромъ (съ замыкающимъ зажимомъ *Billroth'a*), или *segge-poeud'омъ*, или-же эластическимъ жгутомъ.

Это сжатіе обыкновенно производится ниже яичниковъ, такъ какъ одновременное удаленіе и послѣднихъ по понятнымъ причинамъ представляется цѣлесообразнымъ. Гдѣ это оказывается невозможнымъ, тамъ яичники перевязываются и удаляются отдѣльно.

Изъ всѣхъ этихъ способовъ перетягиванія ножки, на мой взглядъ, наибольшаго вниманія заслуживаетъ примѣненіе для этой цѣли эластическаго жгута, какъ по его простотѣ и надежности, такъ и по тѣмъ результатамъ, которые были достигнуты этимъ методомъ въ послѣднее время при внѣбрюшинномъ уходѣ за ножкою послѣ лапаро-гистеротоміи.

Преимущество эластической лигатуры заключается въ ея необыкновенно прочномъ стягивающемъ дѣйствиі, которое не уменьшается и послѣ того, какъ культи станутъ меньше, что неминуемо наступаетъ при всякаго рода цѣпочечныхъ и проволочныхъ экразерахъ. (Поэтому-то при послѣднихъ такъ часто является необходимость — черезъ нѣсколько дней послѣ операци крѣпче затягивать инструментъ вслѣдствіе наступающаго кровотоčenja.)

Для подобнаго эластическаго стягиванія пользуются по *Hegar*'у жгутами, въ 0,5—0,6 см. въ поперечникѣ, способъ наложенія которыхъ *Hegar* описываетъ слѣдующимъ образомъ: крѣпко захватываютъ одинъ конецъ жгута большимъ и указательнымъ пальцами лѣвой руки, которая своимъ локтевымъ краемъ прочно упирается въ лобокъ оперируемой, между тѣмъ какъ другая рука обводитъ сильно натянутый жгутъ вокругъ шейки матки. Затѣмъ натянутыя части лигатуры перекрещиваются и сжимаются пальцами лѣвой руки или широко захватывающимъ пинцетомъ съ задвижкой, тогда какъ правою рукою одинъ конецъ жгута проводится въ узкій промежутокъ между культею матки и слегка натянутою петлею. Къ этому первому узлу быстро присоединяютъ второй, при вторичномъ натяженіи свободныхъ концовъ жгута, и, чтобы обезопасить себя отъ послѣдовательнаго расслабленія узла, его обвязываютъ шелкомъ.

Эта процедура совершается, какъ только матка будетъ выведена изъ брюшной полости, слѣдовательно, при методѣ *Müller*'а — еще до вскрытія матки, а въ противномъ случаѣ — непосредственно за извлеченіемъ плода. Если-же въ первомъ случаѣ шейка матки была уже сильно растянута вступившею въ нее подлежащею частью плода, то мы довольствуемся пока провизорной лигатурой, которая только по удаленіи ребенка замѣняется плотно стягивающею окончательною.

Когда культи такимъ образомъ хорошо перевязана, то остается укрѣпить ее такъ въ нижнемъ углѣ раны, чтобы, благодаря быстрому образованію склеекъ между

париетальнымъ и висцеральнымъ листками брюшины, произошло надежное обособленіе брюшной полости.

Съ этою цѣлью производится пришиваніе peritonei parietalis къ культѣ по *Hegar*'у. Въ одномъ мѣстѣ, близъ нижняго угла раны брюшныхъ покрововъ, серозный покровъ послѣднихъ соединяется съ серознымъ покровомъ культи шелковымъ швомъ, для наложенія котораго игла вкалывается на разстояніи 4—5 mm. отъ края peritonei parietalis, проводится на протяженіи 1 cm. подъ задней поверхностью культи и выкалывается у противоположнаго края брюшины; подобный-же шовъ накладывается также на передней поверхности культи, а въ случаѣ нужды — и по сторонамъ. Выше покрытаго теперь брюшиною мѣста культи также сначала соединяютъ только нѣсколькими швами оба свободныхъ перитонеальныхъ края другъ съ другомъ и затѣмъ только зашиваютъ обычнымъ способомъ остальную часть раны брюшины и зияющіе еще края каждой раны глубокими и поверхностными швами.

Въ заключеніе, ножка еще фиксируется двумя копьевидными иглами, вкалываемыми на-крестъ поверхъ лигатуры.

Культю послѣ этого уменьшаютъ и сглаживаютъ и, въ заключеніе, стараются задержать ея разложеніе энергическимъ примѣненіемъ термокаутера.

Повязка накладывается такая-же, какъ и послѣ надвлагалищной ампутаціи небеременной матки. Отдѣленіе находящейся надъ лигатурою части культи происходитъ обыкновенно около 10-го дня, а остающаяся послѣ этого небольшая ранка заживаетъ втеченіи нѣсколькихъ дней.

Если мы себя спросимъ, какія-же преимущества представляетъ этотъ оперативный методъ сравнительно съ такъ называемымъ классическимъ кесарскимъ съченіемъ, то мы ихъ можемъ резюмировать въ слѣдующихъ положеніяхъ:

Производя кесарское съченіе по *Porro*, мы можемъ приступать къ операціи при началѣ родовъ, а при случаѣ уже въ концѣ беременности, такъ какъ намъ уже нечего опасаться столь страшныхъ кровотеченій



вслѣдствіе атоніи матки; все поврежденіе сводится въ концѣ концовъ на имѣющую около 3 см. въ поперечникѣ культю ножки; эта рана остается внѣ полости брюшины, и послѣдняя вполнѣ закрывается; кровотеченія изъ полости и разрѣза матки вѣрно и надежно останавливаются, а удаленіемъ тѣла матки устраняется возможность всѣхъ столь легко развивающихся въ послѣродовомъ періодѣ септическихъ процессовъ на внутренней поверхности матки, въ серозномъ покровѣ и самомъ существѣ ея. Наконецъ, достигаемое крайне простою техникою и надежностью всѣхъ актовъ сокращеніе продолжительности операціи также должно имѣть благопріятное вліяніе, а равно нельзя сожалѣть и о томъ, что женщина, которая можетъ быть родоразрѣшаема только съ опасностью для ея жизни, на будущее время, вслѣдствіе создаваемого операціею безплодія, избавляется отъ этой опасности, такъ какъ жизнь матери мы должны цѣнить выше сомнительной жизни могущаго быть ожидаемымъ потомства.

Не смотря на такія несомнѣнныя преимущества, эта операція нашла много противниковъ, которые всѣми средствами борются противъ нея и особенно указываютъ на послѣднее, упомянутое нами обстоятельство.

Въ этомъ отношеніи, однако, должно возразить, что мы, какъ это мѣтко замѣчаетъ *Müller*, никогда не задумываемся удалить какую-бы то ни было часть тѣла, когда дѣло идетъ о спасеніи жизни, и что мы не имѣемъ права въ этомъ отношеніи дѣлать исключеніе для половыхъ органовъ, такъ-же, какъ мы не задумываемся въ настоятельныхъ случаяхъ удалить яичники, перерожденную матку, репіс или яички и во всѣхъ этихъ случаяхъ всегда имѣемъ въ виду существующую въ данный моментъ опасность для жизни и никогда не обращаемъ вниманія на наступающее уничтоженіе функциональной способности. Пусть противники операціи *Porro* укажутъ сначала такой методъ классическаго кесарскаго съченія, который въ состояніи обойти всѣ существующія еще до настоящаго времени въ полномъ объемѣ опасности; а пока мы убѣждены, что спасеніе жизни матери по *Porro* вѣроятно, а по прежнему методу представляется почти невозможнымъ, до тѣхъ поръ мы обязаны избирать первый методъ, хотя-бы

онъ и былъ сопряженъ съ потерю хотя важной, но не необходимой для существованія организма части тѣла.

Но кромѣ этого упрека операциі *Porro* были предъявлены и другія возраженія. Мы вкратцѣ коснемся нѣкоторыхъ изъ нихъ.

Такъ, была составлена статистика смертности, по которой новый методъ, будто-бы, не даетъ болѣе благопріятнаго прогноза, чѣмъ старый способъ.

Съ этою цѣлью была пущена въ ходъ старая, уже упомянутая нами раньше, совершенно негодная статистика *Kayser'a* и *Michaelis'a*, и на основаніи ея высчитана смертность въ 50—60% для стараго метода противъ статистической операциі *Porro*, которая въ настоящее время имѣетъ нѣсколько больше 50% смертности. Но между тѣмъ какъ въ послѣдней собраны всѣ случаи безъ исключенія, — даже тѣ, которые на-передъ не давали никакой надежды на благопріятный исходъ, произведенныя на умирающихъ, или безъ строгой антисептики, въ старыя статистики *Kayser'a* и *Michaelis'a*, какъ это общепризнано, вошли, пожалуй, всѣ благопріятные случаи, а о многихъ неблагопріятныхъ безъ сомнѣнія не упомянуто. Мы раньше видѣли, что построенная на достовѣрныхъ данныхъ статистика показываетъ для классическаго кесарскаго свѣченія 85% смертности.

Непозволительно и ненаучно — на основаніи невѣрной статистики умалять значеніе операциі.

Дальнѣйшее возраженіе, что, будто-бы, преимущества операциі *Porro* могутъ быть достигнуты и безъ ампутаціи матки, находится въ тѣсной связи съ вопросомъ объ удачѣ маточнаго шва. Если мы хотимъ отказаться отъ операциі *Porro*, то мы должны владѣть надежнымъ маточнымъ швомъ. Существующій до сего времени шовъ никоимъ образомъ не оправдалъ нашихъ ожиданій. А при отсутствіи удовлетворительнаго шва, какъ мы это видѣли, всякая антисептика оказывается тщетной, и самая щепетильная строгость въ этомъ отношеніи ничего не можетъ уменьшить въ опасности кесарскаго свѣченія.

Будущность кесарскаго свѣченія зависитъ отъ удачи маточнаго шва. Именно въ настоящій моментъ, какъ мы видѣли, возникли новыя предложенія, которыя, можетъ быть, имѣютъ большее право разсчитывать на успѣхъ. А пока пусть каждый по своему убѣжденію примѣняетъ ту операцию, которая ему представляется наименѣе рискованною.

Если-бы, однако, стремленіе найти пригодный маточный

шовъ когда-либо осуществилось, то едва-ли подлежить сомнѣнію, что тогда „классическое кесарское сѣченіе“ снова вступить въ свои старыя права, и *Schröder*, который первый назвалъ операцию *Porro* переходнымъ методомъ, окажется правъ. Тогда мы опять будемъ производить кесарское сѣченіе такимъ образомъ, что данная женщина въ случаѣ повторенія беременности будетъ въ состояніи повторно переносить эту операцию.

При этомъ невольно является вопросъ, исчезнетъ-ли тогда кесарское сѣченіе по *Porro* совершенно изъ числа акушерскихъ операций? Уже теперь выяснено, что этого не будетъ, и что операцию *Porro*, хотя-бы только для извѣстныхъ случаевъ, обезпечено прочное мѣсто въ ряду нашихъ операций.

Показанія, при которыхъ даже противники операцию *Porro* признають за нею право на существованіе, и при которыхъ, слѣдовательно, она и впоследствии будетъ производиться, если-бы будущее намъ принесло возстановленіе стараго метода, суть слѣдующія:

1. Полныя опасности перерожденія подлежащихъ удаленію частей.

2. Болѣе или менѣе значительныя степени заращенія влагалища или матки, въ виду невозможности стока для послѣродовыхъ отдѣленій.

3. Высокая степень уже *sub partu* развившагося септического эндометрита.

4. Беременность въ закрытой половинѣ двурогой матки. (Случаи *Salin'a*, *Werth'a*).

## 2. Кесарское сѣченіе на мертвой и въ агонию.

Эта операциа показуется и предписана закономъ, если умираетъ беременная или роженица, чтобы послѣ ея смерти сохранить живой и жизнеспособный плодъ.

Мы знаемъ, что этотъ видъ кесарскаго сѣченія до 17-го столѣтія былъ единственный употребительный. Еще во времена Нумы Помпилія онъ предписывался закономъ *lex regia* или *Julia*. „*Mulier, quae praegnans mortua, ne humator, antequam partus ei excidatur, quei secus faxit spei animantis cum gravida occissae reus estod*“.

Этотъ законъ ничего не говоритъ ни о способѣ производства операциа, ни о срокѣ, котораго беременность должна

была уже достигнута. Онъ требуетъ кесарскаго сѣченія у каждой беременной безразлично, въ какомъ бы періодѣ беременности она ни находилась. Этотъ законъ, будучи истолкованъ послѣдовательно, требовалъ-бы собственно вскрытія каждой умершей въ періодѣ половой зрѣлости женщины, такъ какъ вѣдь нельзя знать, беременна она или нѣтъ.

Изданный въ 1608 и 1721 годахъ сенатомъ въ Венеціи законъ о производствѣ кесарскаго сѣченія на мертвой обращаетъ уже вниманіе на возможность мнимой смерти и предписываетъ дѣлать прямой и простой разрѣзъ, „а не такъ называемый крестообразный разрѣзъ, обычно употребляемый при вскрытіи мертвыхъ тѣлъ“.

Одинъ изъ лучшихъ законовъ относительно этой операціи — это изданный въ 1828 году вюртембергскій законъ. Онъ ограничиваетъ операцію такимъ срокомъ беременности, когда плодъ жизнеспособенъ, предоставляетъ врачу рѣшать вопросъ о жизни плода и, сообразно съ этимъ, производить операцію или нѣтъ, и принимаетъ во вниманіе мнимую смерть.

Дѣйствующій въ настоящее время въ Австріи законъ (1798. Наставленіе для не-судебнаго свидѣтельствованія умершихъ, § 11) гласитъ: „У женщинъ, скончавшихся во второй половинѣ беременности, на основаніи существующихъ законовъ должно быть производимо кесарское сѣченіе со всею тою осторожностью и осмотрительностью, какъ это дѣлается по правиламъ искусства на живыхъ беременныхъ, чтобы, если возможно, спасти еще плодъ или—у лицъ христіанскаго вѣроисповѣданія—по крайней мѣрѣ найти его еще живымъ и успѣть окрестить“.

Совершенно то-же сказано и въ наставленіи для производства судебно-медицинскаго вскрытія (1855) въ Австріи.

Этотъ законъ предписываетъ, слѣдовательно, производить кесарское сѣченіе на всѣхъ умершихъ во второй половинѣ беременности женщинахъ для спасенія жизни плода или для того, чтобы его окрестить.

Что касается послѣдняго обстоятельства, то для этого врядъ-ли необходимо прибѣгать къ кесарскому сѣченію, такъ какъ вѣдь по предложенію *Mauriceau* мы можемъ крестить плодъ, находящійся еще въ маткѣ.

Итакъ, съ точки зрѣнія науки, вопросъ о кесарскомъ сѣченіи на мертвой имѣлъ-бы мѣсто только для времени послѣ 28-ой недѣли и при живомъ плодѣ.

Что находящійся въ маткѣ плодъ можетъ переживать смерть матери, это едва-ли подлежитъ сомнѣнію. Но уже съ меньшей увѣренностью мы въ состояніи отвѣтить на вопросъ, какъ долго жизнь плода можетъ продолжаться послѣ смерти матери. Очевидно, что въ этомъ отношеніи большое значеніе имѣетъ причина смерти матери. Чѣмъ быстрѣе наступаетъ смерть здоровой до того беременной (вслѣдствіе тяжелыхъ поврежденій, апоплексіи и т. п.), тѣмъ дольше утробный плодъ переживаетъ свою мать. Если-же смерти матери предшествовало длительное заболѣваніе, то вмѣстѣ съ угасающею постепенно жизнью матери жизнь плода также подвергается величайшей опасности и можетъ прекратиться еще до смерти матери или, по меньшей мѣрѣ, очень вскорѣ послѣ нея. Сюда относятся главнымъ образомъ хроническія заболѣванія съ очень продолжительной агоніею и лихорадочныя заболѣванія, такъ какъ въ послѣднихъ плодъ, на основаніи экспериментовъ и клиническихъ наблюденій, погибаетъ, какъ только температура матери превыситъ  $40,0 - 40,5^{\circ}$  (*Runge*).

Но и при самыхъ благопріятныхъ условіяхъ достаточно промежутка въ 15 минутъ послѣ смерти матери, чтобы наступила смерть плода.

Чѣмъ раньше въ подобномъ случаѣ мы приступимъ къ кесарскому съченію, тѣмъ скорѣе мы можемъ рассчитывать — извлечь живого, свѣжаго, не асфиктического ребенка, а равно и сохранить его въ живыхъ.

Если мы хотимъ удовлетворить этому показанію, то мы должны производить кесарское съченіе непосредственно послѣ смерти матери.

При этомъ является слѣдующій вопросъ. Когда можемъ мы утверждать, что смерть матери доказана? Такъ какъ вѣдь въ такихъ случаяхъ мы не можемъ ждать первыхъ наступающихъ въ трупѣ вѣрныхъ признаковъ смерти, какъ-то: охлажденія, развитія гипостазовъ, трупнаго окоченѣнія, то мы можемъ признать данную беременную мертвою только тогда, когда дыханіе и сердцебіеніе окончательно остановились. (Обыкновенно сердцебіеніе продолжается нѣсколькими мгновеніями

дольше дыханія.) Но какимъ образомъ будемъ мы въ состояніи констатировать окончательную остановку пульса и дыханія, когда каждая секунда имѣетъ самое жизненное значеніе для подлежащаго извлеченію плода?

Нѣтъ недостатка въ примѣрахъ, что совершавшееся въ интересахъ плода возможно быстро кесарское съченіе производилось на мнимо-умершей. Со многими, даже знаменитыми врачами случались подобныя ошибки, и возможность таковыхъ отняла у врачей мужество приступить къ операціи тотчасъ послѣ остановки дѣятельности сердца и дыханія. А въ силу этого польза операціи въ ея конечной цѣли, естественно, должна была стать мнимой.

Такимъ образомъ случилось, что во Франціи эта операція почти никогда не производится, и ее стараются обойти помощью извлеченія плода черезъ естественные пути во время агоніи или послѣ смерти женщины.

Эта послѣдняя операція у беременныхъ и у роженицъ, умирающихъ до или втеченіи перваго періода родовъ, равнозначаща насильственному родоразрѣшенію (*accouchement forcé*), которое влечетъ за собою столь громадныя поврежденія мягкихъ частей матери, что кесарское съченіе остается, конечно, болѣе бережнымъ вмѣшательствомъ, если только принять во вниманіе возможность имѣющейя мнимой смерти и возможности пробужденія во время или послѣ операціи. Да и для плода опасность выведенія его черезъ неподготовленные родовые пути на столько велика, что желаемая цѣль, безъ сомнѣнія, не достигается.

Иначе дѣло обстоитъ, когда находящаяся въ агоніи или умершая роженица уже перешла во второй періодъ родовъ. Тогда не можетъ подлежать никакому сомнѣнію, что мы кесарскому съченію *post mortem* предпочтемъ самый быстрый способъ родоразрѣшенія черезъ естественные пути. Слѣдовательно, при высоко стоящей и подвижной головкѣ долженъ быть примѣненъ поворотъ съ извлеченіемъ, при фиксированной головкѣ — наложеніе щипцовъ.

Мнѣ кажется, что гораздо большаго вниманія, сравнительно съ *accouchement forcé*, заслуживаетъ предло-

женіе — производить кесарское съченіе въ отдѣльныхъ, особо избираемыхъ случаяхъ во время агоніи, чтобы спасти то, что можетъ быть спасено. Но при этомъ необходимо строго держаться слѣдующихъ условій.

1. Болѣзнь беременной должна быть неизлечима, и исходъ долженъ предстоять въ самомъ короткомъ времени.

2. Сердечные пороки, эклампсія, коллапсъ при тифѣ и пр., короче—всѣ болѣзни, которыя или не абсолютно неизлечимы, или, если и не излечимы, но, какъ показываютъ наблюденія, не смотря на самыя угрожающія явленія переходятъ иногда во временное улучшеніе (сердечные пороки), не могутъ считаться въ числѣ показаній къ кесарскому съченію въ агоніи.

3. Летальный исходъ долженъ предстоять такъ скоро, что отъ примѣненія иныхъ методовъ родоразрѣшенія ничего болѣе нельзя ожидать.

4. Ближайшимъ родственникамъ слѣдуетъ, по-возможности, сообщить о предпринимаемой операци и получить ихъ согласіе на это.

5. Долженъ быть приглашенъ второй врачъ, съ тѣмъ чтобы онъ принялъ участіе въ рѣшеніи вопроса объ операци и въ ея производствѣ.

6. Жизнь плода должна быть несомнѣнно доказана.

*Runge* очень точно формулируетъ показаніе къ кесарскому съченію въ агоніи: „Когда распознаваніе и предсказаніе врача съ увѣренностью заставляетъ ждать въ ближайшемъ времени смерти находящейся въ концѣ беременности женщины, и плодъ при этомъ несомнѣнно живъ, а родоразрѣшеніе черезъ тазовой каналъ не даетъ лучшаго прогноза, наконецъ, если предстоящій летальный исходъ не позволяетъ ждать успѣха отъ иныхъ методовъ родоразрѣшенія, — то мы должны приступать къ кесарскому съченію въ тотъ моментъ, какъ только у беременной наступятъ явленія, о которыхъ мы навѣрно знаемъ, что они губятъ жизнь плода раньше жизни матери и притомъ въ самое короткое время (асфиксія матери, значительное паденіе кровяного давленія при долго продолжающейся агоніи, чрезмѣрно высокая температура тѣла и пр.), при чемъ наступающая опасность иногда можетъ быть контролируема по сердцебіенію плода.“

О техникѣ производства операціи можно въ заключеніе еще упомянуть, что при этомъ должно слѣдовать, вообще, правиламъ кесарскаго сѣченія на живой, и что въ особенности соединеніе раны брюшныхъ покрововъ должно быть производимо совершенно *lege artis* \*).

Къ сожаленію, отмѣченные до сего времени исходы кесарскаго сѣченія на мертвой мало утѣшительны. Такъ, по даннымъ *Lange* и *Heumann*'а изъ 331 подобныхъ операцій только 6 или 7 были произведены съ благоприятнымъ исходомъ, тогда какъ по *Schwarz*'у изъ 107 собранныхъ официально въ Кургессенѣ случаевъ не отмѣчено ни одного съ успѣхомъ.

Итакъ, операція можетъ разсчитывать на успѣхъ только тогда, если она производится тотчасъ-же послѣ смерти матери, а послѣдняя послѣдовала совершенно внезапно или лишь послѣ непродолжительной агоніи.

Во всѣхъ другихъ случаяхъ надежда на успѣхъ крайне сомнительна, если при соблюденіи вышеизложенныхъ условій не рѣшаться на операцію во время агоніи. Всѣ имѣющіеся въ литературѣ случаи, гдѣ кесарское сѣченіе производилось съ успѣхомъ по истеченіи болѣе четверти часа съ прекращенія пульса матери, основаны или на ошибочномъ опредѣленіи момента смерти, или на умышленной ошибкѣ.

### 3. Лапаротомія при разрывахъ матки (*ruptura uteri*).

Эта операція показывается въ тѣхъ случаяхъ, когда, вслѣдствіе полного разрыва матки, плодъ цѣликомъ или большею своею частью выступилъ въ свободную брюшную полость.

Такъ какъ разрывы во время беременности принадлежатъ къ величайшимъ рѣдкостямъ и происходятъ почти только вслѣдствіе тяжелыхъ травмъ, то въ подобныхъ

\*) Но для кесарскаго сѣченія въ агоніи должно всегда пользоваться тѣмъ методомъ производства этой операціи, который допускаетъ наилучшее предсказаніе, слѣдовательно, въ настоящее время — по *Porro*.



случаяхъ большею частью дѣло идетъ о разрывахъ шейки матки, происшедшихъ въ силу чрезмѣрнаго растяженія шейки при пространственныхъ несоотвѣтствіяхъ. Эти разрывы рѣдко идутъ совершенно продольно, а большею частью — поперечно или нѣсколько косо. Разъ начавшись, они, вслѣдствіе вступленія въ нихъ прилежащей части плода, все болѣе увеличиваются, пока, наконецъ, отверстіе не станетъ настолько обширно, что плодъ цѣликомъ или большею своею частью изгоняется силою маточныхъ сокращеній въ брюшную полость.

Если мы узнаемъ о существованіи разрыва въ такое время, когда только небольшая часть плода прошла черезъ рану, или-же разрывъ только еще образуется, и плодъ находится еще совершенно въ полости матки и растянутой шейки ея, — то показывается немедленное, возможно бережное родоразрѣшеніе черезъ естественные пути.

Совершенно иначе обстоитъ дѣло, если при изслѣдованіи оказывается, что плодъ прошелъ черезъ разрывъ цѣликомъ или большею своею частью. При этомъ совершенно непозволительно — входить рукою въ разрывъ и такимъ путемъ обратно выводить плодъ. Ибо матка сокращается по мѣрѣ того, какъ плодъ изъ нея выступаетъ, и, наконецъ, концы разрыва, вслѣдствіе сокращенія громадно растянутой до этого шейки, настолько приближаются другъ къ другу, что разрывъ, который раньше былъ достаточенъ для прохожденія плода, теперь оказывается проходимымъ всего для нѣсколькихъ пальцевъ; провести плодъ обратно черезъ такую уменьшившуюся рану разрыва было-бы равносуще болшему увеличенію послѣдняго.

Если, такимъ образомъ, только что названный путь уже закрытъ, то и здѣсь ничего иного не остается, какъ создать новый путь, т. е. произвести лапаротомію или гастротомію съ цѣлью родоразрѣшенія.

Опасность подобнаго вмѣшательства при современной техникѣ сама по себѣ ничтожна, особенно въ сравненіи съ громадною опасностью, грозящею роженицѣ вслѣдствіе пребыванія въ ея брюшной полости мертваго

плода, и еще искупається возможностью точнаго туалета брюшины и зашиванія происшедшей разорванной раны.

Техника операціи можетъ быть изложена коротко.

1-й актъ. Разрѣзъ живота по бѣлой линіи, какъ при кесарскомъ сѣченіи.

2-й актъ. Извлеченіе плода изъ брюшной полости по общимъ акушерскимъ правиламъ. Удаленіе послѣда.

3-й актъ. Туалетъ брюшины и зашиваніе разрыва матки.

4-й актъ. Закрытіе брюшной раны. Повязка.

Къ 2. Дѣтское мѣсто съ его придатками часто вмѣстѣ съ плодомъ выступаетъ въ брюшную полость, и въ такомъ случаѣ, конечно, оба одновременно и удаляются.

Въ случаѣ-же, если-бы placenta находилась еще въ полости матки, и разрывъ уже сократился, то всего лучше перевязать и перерѣзать пуповину извлеченнаго плода, а послѣдъ удалить рукою обычнымъ путемъ (но не выжимать по способу *Credè*, такъ какъ при этомъ послѣдъ оттѣснялся-бы къ мѣсту разрыва, а послѣдній могъ-бы подвергнуться растяженію или даже увеличенію). Только при очень недостаточной величинѣ зѣва мы могли бы быть вынуждены извлекать послѣдъ черезъ разрывъ, при чемъ требовалось-бы соблюденіе величайшей осторожности.

Къ 3. Туалетъ брюшины требуетъ въ этихъ случаяхъ особенной тщательности и сопряженъ несомнѣнно съ гораздо болѣшими затрудненіями, чѣмъ при большинствѣ другихъ лапаротомій. Достаточно вспомнить только о всемъ томъ, что при этомъ выступаетъ вмѣстѣ съ плодомъ въ брюшную полость: околоплодная жидкость, кровь, mesonium, vernix caseosa, моча плода.

Если содержимое матки до выхожденія плода было свободно отъ разложенія, то тщательнымъ очищеніемъ брюшины и въ этихъ случаяхъ можетъ удасться предупредить развитіе перитонита. Нехорошъ-же прогнозъ при разложившемся содержимомъ матки.

Губками на соотвѣтственныхъ губкодержателяхъ об-

изслѣдываются всѣ углубленія въ брюшинѣ, чтобы прежде всего удалить кровь и амниотическую жидкость. Съ большими затрудненіями сопряжено удаленіе *mesonii* и *verniciis caseosae*. Въ такомъ случаяхъ должно смѣло вливать въ брюшную полость большія количества теплаго раствора тимола, чтобы обмыть такимъ образомъ брюшныя внутренности и, въ заключеніе, опорожнить полость живота поворачиваніемъ оперированной. Загрязненныя кишки могутъ быть также завертываемы въ компрессы и вытираемы ими (*Köberle* и др.).

Далѣе, является вопросъ о точномъ соединеніи краевъ разрыва помощью шва, если только разрывъ, вообще, доступенъ для этой цѣли со стороны брюшной полости. Сшиваніе должно бы производиться, послѣ тщательнаго сглаженія краевъ раны и отрѣзанія обрывковъ ткани, по образцу кишечнаго шва *Czermy*, при чемъ швы накладываются въ два ряда, изъ которыхъ первый широко захватываетъ края разрыва и загибаетъ внутрь края брюшиннаго покрова, а второй соединяетъ только загнутыя поверхности брюшины.

Надежда на заживленіе такихъ разорванныхъ ранъ первымъ натяженіемъ зависитъ отъ тщательнаго сглаженія и соединенія, а равно отъ степени размятія ихъ краевъ, но, помимо этихъ обстоятельствъ, даетъ болѣе благопріятный прогнозъ, чѣмъ сшиваніе рѣзанной раны послѣ кесарскаго сѣченія, въ силу тонкости и большей пассивности мускулатуры шейки сравительно съ толщиной и сократительной дѣятельностью тѣла матки.

Если-бы наложеніе шва по уже упомянутой причинѣ представлялось неудобнымъ, то можно-бы предложить дренажъ разорванной раны черезъ шейку матки и влагалище, которымъ въ послѣднее время были достигнуты весьма ободряющіе результаты.

Предложеніе удалить въ подобныхъ случаяхъ матку съ мѣстомъ разрыва по способу *Porro* представляло-бы въ исполненіи въ большей части случаевъ затрудненія въ томъ смыслѣ, что жгутъ пришлось-бы накладывать очень низко и остающаяся ножка была-бы слишкомъ коротка, чтобы ее можно было вшивать въ брюшную рану. Ибо разрывы, за са-

мыми рѣдкими исключеніями, находятся всегда ниже внутренняго зѣва матки, на высотѣ котораго по *Porro* долженъ собственно быть накладываемъ сжимающій аппаратъ, чтобы избѣгнуть крайне вреднаго для заживленія натяженія культи или ея обратнаго выскальзыванія въ брюшную полость.

Операция, слѣдовательно, производится главнымъ образомъ для спасенія матери, такъ какъ плодъ обыкновенно вскорѣ послѣ своего изгнанія въ брюшную полость умираетъ.

Предложенію — производить лапаротомію въ этихъ случаяхъ только при живомъ плодѣ, а при мертвомъ или недоношенномъ — выжидать исхода въ инкапсулированіе или изверженіе путемъ образованія абцесса, ни одинъ операторъ, при ненадежности послѣдняго исхода, въ настоящее время не будетъ уже слѣдовать.

По окончаніи операціи накладывается соотвѣтственная иммобилизирующая повязка брюшныхъ покрововъ, какъ послѣ всякой лапаротоміи, и черезъ шейку матки къ мѣсту разрыва проводится толстая дренажная трубка, которая фиксируется у наружныхъ половыхъ органовъ, чтобы предупредить ея выскальзываніе. Въ остальномъ примѣняется симптоматическое леченіе съ соблюденіемъ строжайшаго покоя.

Цѣлесообразно также класть оперированную на противоположный мѣсту разрыва бокъ, чтобы достигнуть этимъ болѣе легкаго стока отдѣляемаго раны и избѣжать омыванія послѣдней послѣ родовыми очищеніями.

Впрыскиванія черезъ дренажную трубку тепловатаго раствора карболовой кислоты подъ весьма слабымъ давленіемъ всего лучше производить только начиная съ третьяго дня послѣ операціи, чтобы до этого никоимъ образомъ не мѣшать образованію склеекъ между брюшинными поверхностями.

Предлагали лапаротомію и для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ послѣ происхожденія полнаго разрыва удавалось еще оканчивать роды черезъ естественные пути, — а именно, съ цѣлью очистить брюшную полость и зашить разрывъ. Послѣ современныхъ, весьма благопріятныхъ наблюденій относительно дренажа послѣ разрыва матки, послѣдній позволяетъ обойти такое вмѣшательство.

Имѣющаяся до сего времени статистика этой операціи не можетъ особенно вліять на ея будущность, такъ какъ только въ рѣдкихъ случаяхъ примѣнялись антисептическія предосторожности, которыя именно здѣсь являются особенно необходимыми. И здѣсь остается въ силѣ сказанное нами раньше, по поводу кесарскаго сѣченія, о той неохотѣ, съ какою дѣлаются сообщенія о неблагопріятно окончившихся случаяхъ. На этомъ основаніи я привожу нижеслѣдующія цифры съ величайшей сдержанностью. По сообщеніямъ *Jolly, Fourrier, Hart'a, Black'a, Schröder'a, Halbertsma, Harris'a, Howart'a* изъ 88-и оперированныхъ остались въ живыхъ 49 (55,6%). Относительно плодовъ я большею частью не находилъ указаній, только *Harris* упоминаетъ изъ 40 случаевъ о 2-хъ живыхъ младенцахъ.

Предсказаніе для послѣднихъ едва-ли когда существенно улучшится, такъ какъ уже во время выхожденія черезъ разрывъ плодъ, вслѣдствіе отдѣленія дѣтскаго мѣста, подвергается асфиксии и, если выходъ его въ брюшную полость не совершается достаточно быстро, то онъ уже въ послѣднюю попадетъ мертвымъ.

#### 4. Лапаротомія при внематочной беременности.

Вскрытіе брюшной полости ради извлеченія плода, а по возможности и плоднаго мѣшка при внематочной беременности производится съ тою мыслью, что-бы сохранить живого еще въ моментъ операціи ребенка и избавить мать отъ тѣхъ опасностей, съ которыми сопряжено пребываніе въ ея брюшной полости внематочнаго плоднаго мѣшка и плода.

Здѣсь не мѣсто вдаваться въ подробности относительно всѣхъ исходовъ внематочной беременности, и въ этомъ отношеніи я долженъ отослать читателя къ изложенію этого вопроса въ учебникахъ акушерства. Я позволю себѣ только упомянуть совершенно коротко и въ общихъ чертахъ о важнѣйшихъ послѣдствіяхъ и исходахъ внематочнаго развитія плода, такъ какъ безъ такого вступленія я не могъ-бы входить въ критическій разборъ представляемыхъ въ настоящее время показаній къ этой операціи.

По собраннымъ до сего времени, многочисленнымъ наблюденіямъ исходы внематочной беременности, если она остается предоставленною своему собственному теченію, крайне пе-

чальны. Мать или уже очень рано погибаетъ вслѣдствіе разрыва мѣшка и кровотеченія, или послѣдовательнаго воспаленія брюшины, или-же беременность доходитъ до нормальнаго конца; тогда плодъ умираетъ, и даже въ это время дѣло можетъ дойти до разрыва мѣшка или до гнилостнаго распаденія, нагноенія въ плодномъ мѣшкѣ со смертельнымъ исходомъ вслѣдствіе септицеміи.

Благопріятіе бывають исходы, если дѣло идетъ къ постепенной элиминаціи частей плода послѣ совершившагося вскрытія наружу или къ образованію *lithopædion'a*.

Но и эти исходы влекутъ за собою продолжающееся годами заболѣваніе, и многія больныя погибають подѣ влияніемъ нагноенія, между тѣмъ какъ и въ случаяхъ, повидимому, полнаго откапсулированія и образованія *lithopædion'a* никогда не наступаетъ полнаго выздоровленія, и носительницы такихъ вѣматочныхъ плодныхъ мѣшковъ становятся все хилѣе, страдаютъ болями, лихорадкою, ознобами, рвотою и поносами и постоянно находятся въ опасности, что закончившійся, повидимому, процессъ черезъ нѣсколько лѣтъ перейдетъ въ нагноеніе или разрывъ мѣшка, съ летальнымъ исходомъ и безъ того сильно истощеннаго организма.

Большое вліяніе на дурные исходы вѣматочной беременности имѣетъ, повидимому, близкое сосѣдство плоднаго мѣшка съ кишечникомъ. Между тѣмъ какъ при умраніи плода въ полости матки, пока оболочки цѣлы, не наступаетъ никакихъ признаковъ гніенія, и замѣчается лишь самое незначительное воздѣйствіе на общее состояніе беременной, — во вѣматочныхъ мѣшкахъ во многихъ случаяхъ наступаютъ, раньше или позже послѣ смерти плода, интенсивныя гнилостныя явленія. Въ мѣшкѣ развиваются газы, перкуторный звукъ надъ нимъ становится тимпаническимъ, и въ случаѣ операціи выдѣляется крайне зловонная, ихорозная, окрашенная жидкость съ газами. А именно, при тонкостѣнности мѣшка кишечные газы легко проникають черезъ разграничивающія стѣнки, — явленіе, которое иногда наблюдается и при очень тонкостѣнныхъ кистахъ яичника.

Мы видимъ такимъ образомъ, что предсказаніе при вѣматочной беременности крайне неблагопріятно для матери, и что даже такъ называемые благопріятные исходы искупаются многолѣтнимъ заболѣваніемъ и постоянною опасностью для жизни.

Что касается плода, то его питаніе большею частью очень несовершенно въ сравненіи съ нормальнымъ. Къ

этому присоединяется еще то, что почти всегда еще до нормального конца беременности этот мало-развитой и мало-способный къ сопротивленію организмъ убивается сокращеніями матки и плоднаго мѣшка, разстройствами кровообращенія, кровоизліяніями и отдѣленіемъ *placentæ*.

Поэтому и предсказаніе для плода крайне неблагоприятно. При выжидательномъ образѣ дѣйствія со стороны врача оно абсолютно плохо, и даже извлеченные путемъ лапаротоміи живыми младенцы большею частью умираютъ втеченіи первыхъ дней или часовъ жизни, такъ какъ плоды рѣдко бываютъ доношены и кромѣ того въ своемъ развитіи остаются много позади срока своей утробной жизни. Такъ, изъ 10 внематочно-развившихся плодовъ, извлеченныхъ изъ тѣла матери живыми, 6 умерли въ первые часы и дни, 1—черезъ три мѣсяца, и только 3 оставались живыми втеченіи болѣе продолжительнаго времени. \*)

Позднѣе мы еще разъ возвратимся къ этимъ фактамъ, когда будетъ рѣчь объ установкѣ показаній къ лапаротоміи.

Прежде всего мы должны себя спросить, какими средствами мы располагаемъ, чтобы прежде всего противодѣйствовать опасностямъ, грозящимъ матери.

Если уже въ первые мѣсяцы удастся поставить съ приближенной точностью діагнозъ внематочной беременности, то приступаютъ къ проколу мѣшка со стороны влагалища пробаторнымъ троакаромъ. Это дѣлаютъ съ цѣлью убить зародышъ и привести его къ сморщиванію или всасыванію. Благопріятные исходы послѣ такой терапіи наблюдаются нерѣдко. Проколъ же играетъ существенную роль и при другихъ методахъ, при которыхъ впрыскиваютъ въ мѣшокъ растворъ морфія (*Friedreich*) или производятъ электропунктуру (*Baccheti*) плоднаго мѣшка.

Если внематочный плодный мѣшокъ разрывается въ первой половинѣ беременности, то показывается симптоматически-выжидательная терапія, такъ какъ мы большею частью бываемъ въ состояніи справиться съ кровотеченіемъ и воспаленіемъ брюшины, между тѣмъ какъ плодъ тѣмъ легче распадается и всасывается, чѣмъ онъ меньше. Большинство не такъ рѣдко наблюдаемыхъ случаевъ заматочной кровяной опухоли (*hæmatocèle retrouterina*) имѣютъ своимъ источникомъ только что упомянутый процессъ.

Производить въ такихъ случаяхъ лапаротомію едва-ли

\*) *Litzmann* (Archiv f. Gyn., Bd. XVI., стр. 393).

можетъ быть показано, такъ какъ этимъ существующія опасности увеличиваются, выяснить же анатомическія отношенія ради остановки кровотеченія часто можетъ оказаться невозможнымъ, такъ какъ даже на вскрытіи, производимомъ *lege artis*, это нерѣдко бываетъ очень затруднительно. Съ другой стороны, значительная часть излившейся въ брюшную полость крови несомнѣнно всасывается и такимъ образомъ не теряется для организма, тогда какъ при лапаротоміи она должна-бы быть удалена, и кромѣ того была-бы причинена еще дальнѣйшая потеря крови.

Слѣдовательно, эта операція при разрывахъ въ первой половинѣ беременности должна ограничиваться только случаями крайней опасности для жизни, какъ послѣднее средство спасенія.

Иной видъ принимаетъ вопросъ о нашемъ образѣ дѣйствія, если беременность перешла далеко на вторую половину и приближается къ своему нормальному концу, а плодъ еще живъ, или-же плодъ уже умеръ, и матери угрожаютъ вышеуказанныя опасности.

Въ такихъ случаяхъ большинство операторовъ предлагаютъ лапаротомію для спасенія ребенка и матери, или для спасенія только послѣдней.

Мы должны въ такомъ случаѣ различать лапаротомію при живомъ плодѣ и операцію послѣ смерти его.

Не подлежитъ сомнѣнію, что при первомъ показаніи жизнь плода еще можетъ быть сохранена, хотя-бы надежда на продолженіе его жизни, какъ мы видѣли выше, на основаніи нашихъ теперешнихъ наблюденій была невелика.

Конечно, съ другой стороны, опасности самой операціи для матери весьма значительны, въ особенности — опасность кровотеченія изъ мѣста прикрѣпленія *placentæ*, сосуды котораго, послѣ отдѣленія дѣтскаго мѣста, не закрываются, какъ обыкновенно, мышечными сокращеніями.

Поэтому, вообще, совѣтуютъ смотрѣть въ этихъ случаяхъ на дѣтское мѣсто какъ на *poli me tangere*, чтобы отдѣленіемъ его не вызвать столь страшныхъ для насъ кровотеченій. Но не всегда въ нашей власти воспрепятствовать такому отдѣленію *placentæ*, такъ какъ оно происходитъ весьма часто въ силу наступающаго за опороженіемъ плоднаго мѣшка собиранія въ складки внутренней поверхности послѣдняго, а равно вслѣдствіе давленія со стороны кишекъ. Средства для остановки кровотеченія при этомъ хотя и многочисленны, но мало-надежны и не при всякихъ обстоятель-



ствахъ примѣнимы, какъ мы это увидимъ при изложеніи техники этой операціи. А, съ другой стороны, и оставленіе дѣтскаго мѣста *in situ* обусловливаетъ серьезныя опасности, вслѣдствіе наступающаго послѣ этого гніенія и ихорознаго распада, между тѣмъ какъ мы все-таки не обезпечены противъ возможнаго еще впослѣдствіи отдѣленія *placentae* и кровотеченія.

Иначе дѣло обстоитъ въ томъ случаѣ, если плодъ мертвъ, и съ его смерти прошло нѣсколько мѣсяцевъ. Тогда можно рассчитывать на то, что материнскіе сосуды прочно затромбировались; *placenta* при этомъ большею частью можетъ быть отдѣлена безъ всякой опасности. Время, потребное для того, чтобы можно было съ увѣренностью рассчитывать на подобныя отношенія, конечно, весьма различно. Тогда какъ одни операторы уже черезъ 3 недѣли по прекращеніи движеній плода были въ состояніи отдѣлить дѣтское мѣсто отъ его прикрѣпленія безъ потери крови, другіе даже черезъ 2—4 мѣсяца послѣ смерти плода бывали неприятно поражаемы смертельными кровотечениями изъ сосудовъ матери. По имѣющимся до сихъ поръ наблюденіямъ, впрочемъ, можно ожидать, что по истеченіи пяти или шести мѣсяцевъ мы найдемъ материнскіе сосуды надежно закрытыми.

Слѣдовательно, это было бы самое благопріятное время для производства лапаротоміи. Но мы бываемъ вынуждены иногда рѣшаться на операцію и раньше этого.

Въ качествѣ настоятельнаго показанія къ производству лапаротоміи, не обращая вниманія на ожидаемую облитерацію плацентарныхъ сосудовъ, должно быть признано загниваніе плоднаго яйца.

Можетъ быть, при этомъ удастся совершенно удалить болѣзненный очагъ или, по крайней мѣрѣ, совладать съ губельнымъ дѣйствіемъ ихорознаго распада и сдѣлать его безвреднымъ для организма, опорожнивъ полость и сдѣлавъ внутреннюю поверхность мѣшка доступною для обеззараженія.

Если вскорѣ послѣ смерти плода наступаютъ иныя угрожающія явленія, какъ-то внутреннія кровотечения вслѣдствіе отдѣленія *placentae*, разрывъ мѣшка, воспаленіе брюшины, то врачъ путемъ лапаротоміи едва-ли будетъ въ состояніи улучшить положеніе дѣла, а скорѣе ухудшитъ его, такъ какъ тяжелая травма операціи и еще присоединяющееся кровотеченіе только ускорятъ неблагопріятный исходъ. Напротивъ, опытъ учитъ, что въ такихъ случаяхъ выжидательная тера-

пія, полнѣйшій тѣлесный покой, назначеніе наркотическихъ средствъ, приложеніе холода даетъ гораздо лучшіе шансы и часто можетъ задержать летальный исходъ.

Итакъ, если мы еще разъ вкратцѣ резюмируемъ все вышесказанное, то показанія къ производству лапаротоміи при вѣматочной беременности выразятся слѣдующими положеніями:

1) Лапаротомія показуется, если послѣ смерти плода наступаютъ явленія гніенія въ плодномъ мѣшкѣ, или если, при ихъ отсутствіи, истѣкъ такой промежутокъ времени, послѣ котораго съ увѣренностью можно рассчитывать на облитерацію материнскихъ сосудовъ въ области прикрѣпленія дѣтскаго мѣста, слѣдовательно, по истеченіи 5—6 мѣсяцевъ послѣ смерти плода.

2) При живомъ плодѣ лапаротомія обыкновенно не можетъ быть произведена, вслѣдствіе грозящей матери при операціи опасности кровотеченія и вслѣдствіе ненадежности средствъ къ борьбѣ съ послѣднимъ, съ одной стороны, а съ другой — вслѣдствіе невозможности рассчитывать на сохраненіе въ живыхъ недоношеннаго и обыкновенно слабо развитого, соотвѣтственно сроку его развитія, плода. Въ видѣ исключенія эта операція производится и при живомъ плодѣ, если удастся констатировать, что плодъ достигъ десятаго мѣсяца, что онъ великъ и хорошо развитъ, и если послѣ изслѣдованія можно предполагать, что плацента прикрѣпляется въ мѣстѣ, благопріятномъ для вскрытія плоднаго мѣшка и для послѣдовательнаго обкалыванія или если путемъ изслѣдованія удастся доказать, что плодное яйцо развилось въ фаллопиевой трубѣ, при чемъ можно было-бы рассчитывать на удаленіе всего плоднаго мѣшка и такимъ путемъ всего вѣрнѣе предупредить кровотеченіе и всѣ другія опасности, проистекающія отъ оставленія мѣшка *in situ*.

Вдаваться въ детали этихъ показаній и противоположеній въ діагностическомъ отношеніи не входитъ въ мою задачу, и я теперь перехожу къ изложенію техники операціи.

Едва-ли нужно упоминать, что и лапаротомія при вѣматочномъ развитіи яйца должна быть совершаема при строжайшей антисептикѣ. Поэтому всѣ приготовле-

нія и мѣры предосторожности совершенно совпадаютъ съ, вообще, употребительными въ настоящее время при всякой лапаротоміи, какъ онѣ уже изложены нами при описаніи кесарскаго сѣченія.

Брюшной разрѣзъ почти всегда проводится, какъ обыкновенно, по бѣлой линіи, совершенно какъ при кесарскомъ сѣченіи. Но въ исключительныхъ случаяхъ рѣзко внѣсрединное положеніе плоднаго мѣшка можетъ побудить дать иное направленіе разрѣзу, и тогда послѣдній долженъ-бы быть проводимъ по срединѣ надъ плоднымъ мѣшкомъ, параллельно съ его продольной осью.

Послѣ разрѣза брюшныхъ покрововъ попадаютъ на плодный мѣшокъ, обыкновенно напоминающій по внѣшнему виду беременную матку при кесарскомъ сѣченіи. До его вскрытія слѣдуетъ войти непосредственно передъ тѣмъ обеззараженною рукою между стѣнкою живота и плоднымъ мѣшкомъ, чтобы ориентироваться относительно его соединеній съ окружающими частями и ихъ распространенности, если только болѣе обширныя сращенія въ области самого разрѣза не отнимаютъ уже надежды на возможность изолировать tumor.

Такимъ образомъ, если-бы плодный мѣшокъ на большемъ протяженіи оказался свободнымъ и находился съ органами брюшной полости и таза въ связи посредствомъ образований, напоминающихъ собою нѣчто въ родѣ ножки, а въ остальномъ не нашлось вовсе сращеній, или они были очень тонки и легко отдѣлимы, то уже съ самаго начала должно-бы было думать о полномъ удаленіи плоднаго мѣшка. Въ новѣйшее время много разъ удавалось производить такое полное удаленіе плоднаго мѣшка, и весьма вѣроятно, что эта операція чаще бываетъ выполнима, чѣмъ до сихъ поръ думали, считая всѣ достигшія нормальнаго конца внематочныя беременности за брюшныя, между тѣмъ какъ многочисленные случаи изъ новѣйшей литературы, а равно вышеупомянутые оперативные случаи съ счастливымъ исходомъ доказали, что и трубная беременность можетъ протекать до нормальнаго конца, не оканчиваясь

непремѣнно раньше срока вслѣдствіе разрыва мѣшка, какъ это предполагали еще очень недавно.

Особенно поучителенъ въ этомъ отношеніи второй оперированный *Litzmann*'омъ случай полнаго удаленія плоднаго мѣшка, которое съ успѣхомъ было произведено, въ формѣ послѣдовательной операціи, спустя 1½ года послѣ оперативнаго удаленія плода, послѣ того какъ *Litzmann*, благодаря не за долго передъ тѣмъ такимъ-же образомъ и также съ успѣхомъ произведенной операціи, убѣдился, что трубная беременность такъ-же, какъ и брюшная, можетъ достигать нормальнаго конца, и что при первой не обязательны болѣе обширныя сращенія (*Archiv f. Gyn. Bd. XVIII и XIX*).

Третій такимъ-же образомъ оперированный случай (*Billroth*, описанъ *Welponer*'омъ и *Zillner*'омъ) (*Archiv. f. Gyn. Bd. XIX*) относился къ трубно-яичниковой беременности и также окончился выздоровленіемъ.

Послѣ такихъ наблюденій уже въ каждомъ случаѣ необходимо имѣть въ виду возможность полной экстирпаціи всего мѣшка и немедленнымъ сшиваніемъ стѣнки послѣдняго съ краями брюшной раны, какъ это практиковалось до сихъ поръ, не лишать себя возможности выяснить истинныя отношенія и степень связи плоднаго мѣшка съ окружающими частями.

Если-бы такимъ образомъ при изслѣдованіи рукою оказалось, что мѣшокъ можетъ быть удаленъ, то рыхлыя сращенія должны быть отдѣлены рукою, болѣе плотныя и сосудистыя — перерѣзаны между двумя лигатурами, а въ случаѣ если-бы намъ это удалось на столько, что мы были-бы въ состояніи, выяснить отношенія касательно существованія ножки, то должно на послѣднюю наложить провизорно каучуковый жгутъ и уже затѣмъ вскрыть плодный мѣшокъ.

Рѣдко можетъ удаваться еще до вскрытія плоднаго мѣшка найти его на столько свободнымъ или на столько его отдѣлить, чтобы можно было, какъ беременную матку при кесарскомъ сѣченіи съ модификаціей *P. Müller*'а, вывести изъ брюшной полости и тогда только перевязать и вскрыть. Но и такую возможность не слѣдуетъ терять изъ виду.

Если удалось до вскрытія плоднаго мѣшка отдѣлить его только на большомъ протяженіи, но не вполне (быть можетъ, вслѣдствіе обширныхъ сращеній сзади), то его слѣдуетъ вскрыть и удалить плодъ, а затѣмъ

должно попытаться совершенно отдѣлить мѣшокъ, стѣнки котораго послѣ опорожненія спадаются.

Когда это удалось, то послѣдній связующій остатокъ — ножка, черезъ которую проходятъ къ плодному мѣшку большіе сосуды (маточная часть трубы), перевязывается двумя лигатурами и по срединѣ между послѣдними разсѣкается термокаутеромъ. Остатокъ ножки опускается въ брюшную полость, и послѣдняя послѣ туалета закрывается.

На сколько эта операція можетъ представляться простою въ благоприятныхъ случаяхъ, гдѣ возможно полное удаленіе плоднаго мѣшка, на столько она можетъ оказаться затруднительною и опасною, если таковое не удастся. Итакъ, если изслѣдующая рука повсюду встрѣчаетъ плотныя, крѣпкія сращенія, то приходится отказаться отъ мысли полного удаленія и остается соединить сначала края брюшной раны съ боковыми стѣнками плоднаго мѣшка, если такое соединеніе не создано уже сращеніями въ ранѣ, и затѣмъ вскрыть мѣшокъ въ направленіи и на протяженіи разрѣза брюшныхъ покрововъ. Если-бы дѣтское мѣсто (въ случаѣ его прикрѣпленія къ передней стѣнкѣ) попало въ область разрѣза, то являющееся, быть можетъ, кровотеченіе не должно насъ останавливать, и намъ слѣдуетъ быстро проложить себѣ путь черезъ дѣтское мѣсто къ плоду, вскрыть плодный пузырь и извлечь ребенка.

Кровотеченіе изъ попавшаго въ разрѣзъ дѣтскаго мѣста незначительно, или его даже совсѣмъ не бываетъ, если операція производилась при вышеприведенномъ первомъ показаніи.

Когда пуповина плода перевязана и отрѣзана, все вниманіе оператора обращается къ дѣтскому мѣсту.

Если операцію можно было отдалить, по вышепоставленному показанію, до 5—6 мѣсяцевъ послѣ смерти плода, то ни при случайномъ разрѣзѣ *placentae*, ни при отдѣленіи ея обыкновенно не бываетъ кровотеченія.

Но если мы вынуждены были приступить къ операціи раньше, то мы тѣмъ болѣе должны быть подготов-

лены къ кровотеченію, чѣмъ меньше прошло времени со смерти плода. Если въ такихъ случаяхъ placenta не отдѣляется произвольно, а осторожно произведенная попытка отсепаровать ее показываетъ, что хотя она и легко-отдѣлима, но плацентарные сосуды еще не закрыты, то должно оставить дѣтское мѣсто *in situ*.

Если-же, послѣ извлеченія плода, какъ это нерѣдко бываетъ, placenta отдѣляется произвольно, и вмѣстѣ съ этимъ является значительное кровотеченіе, то прежде всего должно попытаться, если мѣсто положенія placenta этому благопріятствуетъ, произвести обкалываніе ея по указанію *Martin'a*, при чемъ подъ мѣстомъ ея прикрѣпленія проводятъ большія иглы съ толстымъ шелкомъ и, завязывая эти лигатуры, шагъ за шагомъ перетягиваютъ дѣтское мѣсто. Тотъ-же методъ примѣняется и въ томъ случаѣ, если дѣтское мѣсто, прикрѣпляясь къ передней стѣнкѣ плоднаго мѣшка, попадаетъ въ область разрѣза.

Если-же дѣтское мѣсто прикрѣпляется въ такихъ мѣстахъ, которыя даютъ мало почвы для обкалыванія, то кровотеченіе останавливаютъ тампонами изъ карболовой или салициловой ваты, выполняющими весь плодный мѣшокъ.

Края брюшнаго разрѣза въ верхней его части соединяются швами, черезъ открытую нижнюю часть его выводится пуповина, если дѣтское мѣсто не было удалено, и кладется толстая дренажная трубка. Въ случаѣ, еслибы часть плоднаго мѣшка простиралась глубже въ полость таза, то, во избѣжаніе застаиванія въ этомъ мѣстѣ гноя и ихора, самая глубокая точка стѣнки мѣшка перфорируется со стороны задняго свода влагалища, и въ этомъ направленіи проводится дренажъ.

Хорошо приснаровленная и плотно прилегающая повязка предохраняетъ стѣнки мѣшка и ихъ края отъ вліяній брюшнаго пресса.

Послѣдовательное леченіе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ удалось удалить весь плодный мѣшокъ, совпадаетъ съ леченіемъ послѣ оваріотоміи. Сложнѣе и опаснѣе тѣ случаи, гдѣ пришлось оставить мѣшокъ или даже дѣтское мѣсто.

Placenta при этомъ выдѣляется по частямъ втеченіи нѣсколькихъ недѣль, подѣ влияніемъ ихорознаго распада, что иногда сопровождается кровотечениями.

Если мы и въ состояніи строгими антисептическими мѣрами умѣрять это гнилостное распаденіе и его вредныя для организма послѣдствія, то все-таки опасность, сопряженная съ изверженіемъ омертвѣлаго дѣтскаго мѣста, остается весьма значительною.

Стѣнки мѣшка все болѣе сморщиваются, спадаются, внутренній слой ихъ также омертвѣваетъ и отдѣляется, а спавшійся остатокъ срастается съ рубцомъ брюшныхъ покрововъ.

Если мы были въ состояніи отдалить операцію до того времени, когда образовалось стойкое закрытіе плацентарныхъ сосудовъ, то въ большинствѣ случаевъ удастся отдѣлить дѣтское мѣсто отъ подлежащихъ частей безъ кровотечения.

А съ удаленіемъ дѣтскаго мѣста устраняется главнѣйшая опасность для оперированной, между тѣмъ какъ во время операціи при живомъ плодѣ или вскорѣ послѣ его смерти, тотчасъ-же за извлеченіемъ плода масса крови изливается субплацентарно, отслаиваетъ дѣтское мѣсто, и при неблагопріятномъ для обкалыванія расположеніи его можетъ быстро наступить смертельный исходъ, — случайность, отъ которой мы не обезпечены даже по истеченіи нѣсколькихъ дней или недѣль послѣ операціи. На этомъ основаніи и въ виду отсутствія надежды на сохраненіе жизни ребенка, мнѣ кажется, оправдывается ограниченіе лапаротоміи случаями съ умершимъ уже плодомъ, оставляя эту операцію при живомъ плодѣ для рѣдкихъ и болѣе точно выясненныхъ выше случаевъ.

Я не буду вдаваться въ статистику этой операціи на томъ основаніи, что и здѣсь прежде всего описываются больше благопріятные случаи, а съ другой стороны, при большинствѣ произведенныхъ до сего времени лапаротомій не была примѣняема антисептика, а равно не была извѣстна ни возможность обкалыванія мѣста прикрѣпленія дѣтскаго мѣста, ни возможность удаленія плоднаго мѣшка *in toto*, такъ что

мы въ настоящее время, исходя изъ современныхъ воззрѣній, должны еще только создавать статистику этой операціи.

Чтобы обойти необходимость вскрывать брюшную полость, была предложена и производилась при вѣматочной беременности для выведенія всего плода *elythrotomia* (разрѣзь черезъ влагалище), съ цѣлью избѣгнуть вскрытія свободной полости брюшины и возможности поранить прикрѣпляющееся, какъ извѣстно, весьма часто къ передней стѣнкѣ мѣшка дѣтское мѣсто. Для этой операціи пригодны тѣ случаи, гдѣ вѣматочный плодный мѣшокъ сильно растянулъ *Douglas*'ово пространство, или развился интралигаментарно, между листками широкой связки, и глубоко вдается въ полость малого таза, а изслѣдованіе позволяетъ предполагать, что съ этой стороны можно будетъ, разрѣзавъ тонкія лишь мягкія части матери, захватить какую-либо часть плода, и что дѣтское мѣсто, такимъ образомъ, будетъ обойдено. Наконецъ, для производства этой операціи требуется, чтобы плодъ не былъ слишкомъ великъ, такъ какъ иначе даже широкій разрѣзь черезъ влагалище не дастъ достаточнаго пространства для проведенія частей плода, а при насильственномъ его извлеченіи или даже при примененіи эмбриотомическихъ операцій сдѣланный нами разрѣзь, вслѣдствіе дальнѣйшаго разрыва, легко можетъ принять опасные размѣры.

Операція, кромѣ указанныхъ преимуществъ, представляетъ еще то удобство, что, благодаря вскрытію плоднаго мѣшка въ самой глубокой точкѣ его, ихорозныя отдѣленія, обусловливаемыя присутствіемъ оставленнаго, быть можетъ, дѣтскаго мѣста, находятъ легкій и надежный стокъ по мало опасному пути.

Производство операціи весьма просто. Въ спинно-ягодичномъ положеніи оперируемой сначала дѣлается короткій надрѣзь до плоднаго мѣшка по срединной линіи свода влагалища, соотвѣтственно тому мѣсту, гдѣ всего болѣе выпячивается плодный мѣшокъ или какая-либо часть плода. Остановка кровотока посредствомъ обка-



ыванія кровотокающихъ сосудовъ. Расширеніе разрѣза до 5—6 см. въ длину, вскрытіе плоднаго пузыря, извлеченіе плода самымъ бережнымъ образомъ. Затѣмъ соединеніе краевъ плоднаго мѣшка повсюду съ краями разрѣза въ стѣнкѣ влагалища. Дренажъ помощью введенной *T*-образной трубки. Обеззараживающія промыванія съ тщательнымъ предупрежденіемъ вхожденія воздуха.

akusher-lib.ru

## Прибавленіе.

а) Поврежденія родового канала при произвольныхъ и искусственно оканчиваемыхъ родахъ и ихъ терапия.

Поврежденія родового канала при произвольныхъ или оканчиваемыхъ помощью искусства родахъ касаются, во-первыхъ, промежности или наружныхъ половыхъ органовъ, во-вторыхъ, влагалища, иногда также паравагинальной клетчатки и содержащихся въ ней кровеносныхъ сосудовъ, въ-третьихъ, матки и, наконецъ, въ-четвертыхъ, сочлененій таза.

1. Поврежденія промежности и наружныхъ половыхъ органовъ.

Причины поврежденій промежности во время родовъ суть слѣдующія:

1) Недостаточная растяжимость промежности при отсутствіи разрыхленія, особенно у старыхъ первородящихъ, или при патологическихъ измѣненіяхъ ея;

2) слишкомъ большая величина родового объекта;

3) неблагоприятное направленіе изгоняющей силы, обусловливаемое или малымъ наклоненіемъ таза, или узкостью лонной дуги, или, наконецъ, неправильною ротаціею головки при черепныхъ положеніяхъ (такъ называемыя предлежанія переднимъ теменемъ);

4) нераціональное поддерживаніе промежности, если головкѣ позволяютъ слишкомъ быстро прорѣзываться, или слишкомъ рано ее выводятъ, или допускаютъ ее вступать въ наружныя половыя части большею окружностью, чѣмъ это должно-бы было быть при существующемъ въ данномъ случаѣ механизмѣ, или, наконецъ, если ее не достаточно оттѣсняють къ лонной дугѣ ради уменьшенія напора на промежность.

Мы различаемъ три вида разрывовъ промежности: первый — неполный, второй — полный, а третій — такъ называемый центральный разрывъ.

Неполный разрывъ начинается съ задней спайки и болѣе или менѣе не доходитъ до сфинктера задняго прохода, оставляя его не поврежденнымъ. Онъ или ограничивается, слѣдовательно, совершенно незначительнымъ разрывомъ уздечки, или идетъ на большемъ или меньшемъ протяженіи въ кожѣ по *garne perinei*, или, наконецъ, переходитъ и на мускулатуру тазового дна и распространяется, соотвѣтственно длинѣ кожного разрыва, на известное протяженіе вверхъ по задней стѣнкѣ влагалища.

Полный разрывъ начинается, какъ и неполный, съ задней спайки, переходитъ на кожу промежности и мускулатуру тазового дна, разрываетъ, однако, и *sphincter ani*, а при высшихъ степеняхъ простирается еще на нѣсколько сантиметровъ вверхъ по передней стѣнкѣ прямой кишки. Онъ представляетъ собою такимъ образомъ полное нарушеніе цѣлости *septi recto-vaginalis* въ его нижнемъ отдѣлѣ.

Рѣже всего встрѣчаются такъ называемые центральные разрывы. Особенность ихъ заключается въ томъ, что разрывъ начинается по срединѣ промежности и либо ограничивается ея центральной частью, при чемъ иногда плодъ рождается черезъ этотъ разрывъ, большею-же частью послѣдній при прохожденіи плода, вслѣдствіе своего распространенія клереди и кзади, превращается въ неполный или полный разрывъ. Центральные разрывы могутъ быть особенно ожидаемы при неблагоприятномъ направленіи изгоняющихъ силъ.

Болѣе глубоко проникающіе неполные, всѣ полные и, наконецъ, центральные разрывы называются также мышечными разрывами, такъ какъ при нихъ кромѣ кожи разрывается также на большемъ или меньшемъ протяженіи и мускулатура промежности. Но бываютъ мышечные разрывы промежности и безъ поврежденія кожи, изъ которыхъ, по *Schatz*'у, наиболѣе важны и чаще всего встрѣчаются разрывы *levatoris ani*. Последніе въ силу невозможности соединенія могутъ давать поводъ къ стойкимъ разслабленіямъ тазового дна и, въ послѣдствіи, къ опущеніямъ и выпаденіямъ.

Открытые разрывы, кромѣ только что названныхъ послѣдствій чистыхъ мышечныхъ разрывовъ, влекутъ еще за собою опасность инфекціи, а равно беспокоятъ родильницу своей болѣзненностью. При полныхъ разрывахъ, въ качествѣ неприятнаго послѣдствія, является недержание кала.

**Терапія.** Должно поставить себѣ за правило зашивать каждый разрывъ промежности (за исключеніемъ надрывовъ уздечки не болѣе 2—3 мм. длиною), такъ какъ и небольшія нарушенія цѣлости могутъ повлечь за собою опасность. Наилучшее время для зашиванія — тотчасъ-же послѣ родовъ, такъ какъ въ это время мягкія части, вслѣдствіе испытаннаго ими во время родовъ растяженія, еще менѣе чувствительны, чѣмъ позже. Но и въ теченіи первыхъ двѣнадцати часовъ можно еще рассчитывать на первое натяженіе. Для наложенія швовъ родильница лежитъ на спинѣ съ ягодицами на краю кровати, или, если возможно, на приготовленномъ для этого операціонномъ столѣ. Сама операція производится подъ непрерывнымъ орошеніемъ растворами карболовой кислоты или сулемы. Зашиваніе разрывовъ промежности въ боковомъ положеніи родильницы противорѣчитъ принципамъ хирургіи и, вслѣдствіе недоступности влагалища, выполнимо лишь не полно. До проведенія швовъ слѣдуетъ очистить раненныя поверхности отъ кровавыхъ сгустковъ, а затѣмъ поверхность и края раны сгладить помощью ножницъ и пинцета. Само сшиваніе всего лучше совершается помощью узловатыхъ швовъ

изъ карболизованнаго шелка посредствомъ довольно длинныхъ, сильно искривленныхъ иголь. При этомъ зашивание неполныхъ разрывовъ отличается отъ зашиванія полныхъ.

При неполныхъ разрывахъ сначала накладываются промежностные швы, и притомъ такъ, что иглу вкалываютъ на разстояніи 2 см. отъ края раны и выкалываютъ ее на такомъ-же разстояніи отъ соотвѣтственнаго другого края, причемъ игла проходитъ подо всѣмъ основаніемъ раны. Накладываютъ такимъ образомъ соотвѣтствующее длинѣ разрыва число швовъ, пока не завязывая ихъ.

Послѣ этого проводятся вагинальные швы, начиная съ верхушки угла разрыва во влагалищѣ, книзу такимъ-же образомъ, но менѣе глубоко, и каждый шовъ тотчасъ-же завязывается. Только когда всѣ швы во влагалищѣ окончательно наложены, завязываются и промежностные швы.

Если-бы мы сначала совершенно зашили влагалищный разрывъ и тогда только стали накладывать швы на промежности, то свободное обозрѣніе всего дна раны было-бы уже невозможно. А если-бы мы послѣ проведенія промежностныхъ швовъ тотчасъ-же ихъ завязывали, то оказалась-бы мало доступною рана влагалища. На этомъ основаніи и должно держаться указаннаго порядка относительно проведенія швовъ и ихъ завязыванія.

Швы удаляются при простыхъ кожныхъ разрывахъ на четвертый, а при мышечныхъ — на восьмой день.

При полныхъ разрывахъ промежности необходимо крайне тщательное наложеніе швовъ, чтобы можно было рассчитывать на первое натяженіе. Здѣсь также прежде всего проводятъ, глубоко захватывая все основаніе раны, промежностные швы, не завязывая ихъ; затѣмъ накладываются сначала нѣсколько влагалищныхъ швовъ, а именно по тому, что разрывъ въ рукавѣ всегда простирается выше, чѣмъ разрывъ въ прямой кошкѣ. Когда эти первые вагинальные швы завязаны, тогда мы попеременно накладываемъ одинъ вагинальный и одинъ ректальный шовъ, пока не дойдемъ съ этими двумя ря-

дами швовъ до уровня промежности. Ректальные швы должны, конечно, быть накладываемы со стороны прямой кишки и въ просвѣтѣ послѣдней завязываются, а равно вагинальные швы должны быть накладываемы и завязываются со стороны влагалища. Въ заключеніе завязываются промежностные швы.

Для предохраненія сшитой раны отъ лохий, она можетъ быть смазана, по *Behm*'у, іодоформеннымъ (10%) коллодіемъ.

При полныхъ разрывахъ промежности относительно кишечника не требуется никакого иного леченія, кромѣ того, чтобы съ четвертаго дня посредствомъ промывательныхъ изъ воды поддерживались только кашицеобразныя испражненія.

Кромѣ разрывовъ промежности встрѣчаются не большіе, поверхностные, но иногда очень сильно кровоотчащіе надрывы слизистой оболочки и на другихъ частяхъ окружности *vulvae*, особенно спереди возлѣ мочеиспускательнаго канала; ихъ терапія совпадаетъ съ таковою разрывовъ влагалища.

## 2. Поврежденія влагалища.

Они встрѣчаются во входѣ большею частью одновременно съ разрывами промежности, или спереди въ формѣ небольшихъ продольныхъ надрывовъ возлѣ клитора или на послѣднемъ; въ средней трети—въ видѣ продольныхъ, поперечныхъ или косыхъ разрывовъ, особенно по наиболѣе подвергающейся растяженію во время родовъ задней стѣнкѣ; въ верхней трети—въ формѣ продольныхъ или поперечныхъ разрывовъ, которые, если они проходятъ въ сводахъ сзади, спереди или циркулярно, носятъ названіе *colparorrhexis* и относительно своей этиологіи, предсказанія и леченія равнозначащи съ разрывами матки.

Поводъ къ занимающимъ насъ въ эту минуту разрывамъ влагалища заключается частью въ неблагоприятномъ отношеніи между родовымъ объектомъ и просвѣтомъ рукава и въ этомъ смыслѣ мало отличается отъ

вышеописанныхъ разрывовъ промежности; но кромѣ этого, особенно при оперативныхъ родахъ, случаются поврежденія, напр. при щипцахъ—вслѣдствіе соскальзыванія ихъ, слишкомъ ранняго поднятія рукоятокъ слишкомъ быстрого проведенія головки черезъ влагалище, или при употребленіи острыхъ и, вообще, повреждающихъ инструментовъ, перфораторовъ, острыхъ или тупыхъ крючковъ, — поврежденія наносятся этими инструментами, или выдающимися осколками костей уменьшенной головки или туловища.

А также при ручныхъ операціяхъ, каковы поворотъ, отдѣленіе дѣтскаго мѣста и т. под., дѣло можетъ дойти до частичнаго или полнаго отрыва влагалища отъ матки, если упустить изъ виду драгоцѣнное правило, при каждой операціи, требующей введенія руки въ полость матки, другою рукою снаружи оттѣснять матку на встрѣчу оперирующей рукѣ.

Кромѣ того при узкомъ влагалищѣ, рубцовомъ стенозѣ его могутъ быть производимы нарушенія цѣлости рукою введенною для поворота, освобожденія ручекъ и пр.

Разрывы касаются или только слизистой оболочки рукава, или же они проникаютъ черезъ всю толщю стѣнки до паравагинальной клѣтчатки, или, наконецъ, даже въ сосѣдніе полостные органы, каковы мочевого пузыря, прямая кишка, или въ полость брюшины (при высокихъ разрывахъ). Помимо случаевъ вскрытія полости брюшины, опасности такихъ разрывовъ заключаются, во-первыхъ, въ возможности инфекціи, во вторыхъ — въ кровотеченіи, въ третьихъ — въ нарушеніи функциональной дѣятельности при прободеніи мочевого пузыря или прямой кишки.

Терапія прежде всего—профилактическая и заключается въ устраненіи причинныхъ моментовъ, гдѣ это, вообще, возможно.

Когда разрывъ произошелъ, то опасность въ названныхъ трехъ направленіяхъ всего надежнѣе предупреждается возможно точнымъ соединеніемъ разрыва вскорѣ послѣ родовъ. Такъ какъ кровотеченіе лишь

рѣдко бываетъ очень значительно и кромѣ того можетъ быть временно остановлено прижатіемъ помощью смоченныхъ въ карболовомъ растврѣ ватныхъ тампоновъ, то должно со всею осмотрительностью заняться приготовленіями къ зашиванію разрыва, относительно инструментовъ, помощниковъ, удобнаго для операціи положенія родильницы и обнаженія операціоннаго поля. *Simon'*овскими зеркалами открывається просвѣтъ влагалища, рана очищается посредствомъ ирригаціи, края раны сглаживаются и соединяются узловатыми швами изъ карболизованнаго шелка по тѣмъ же правиламъ, которыя нами приведены для сшиванія разрывовъ промежности. Только тамъ, гдѣ обстоятельства не позволяютъ наложить швы, или при совершенно незначительныхъ, некровотокащихъ или поверхностныхъ разрывахъ является на очередь открытое леченіе раны. Тщательное обеззараженіе раны по нѣскольку разъ въ день, введеніе іодоформенныхъ палочекъ, при своеобразности положенія и при необходимости оставлять влагалище открытымъ для стока послѣродовыхъ отдѣленій, будетъ все, что въ этомъ отношеніи представляется возможнымъ.

Поврежденія сосудовъ въ въ паравагинальной клѣтчаткѣ и въ подкожной клѣтчаткѣ губъ встрѣчаются при произвольныхъ или оперативно оканчиваемыхъ родахъ и безъ поверхностнаго поврежденія, въ формѣ такъ называемой *haematoma vaginae aut vulvae (thrombus)*. Происхожденіе ея намъ будетъ понятно, если мы вспомнимъ о расширеніи сосудовъ, разрыхленіи тазовой клѣтчатки и застояхъ крови въ тазу въ теченіи беременности, а равно объ усиленіи этихъ явленій во время родовъ, и если мы примемъ во вниманіе вліяніе родовой травмы. Кровоизліяніе большею частью происходитъ изъ какой-нибудь болѣе значительной величины вены тазовой клѣтчатки. Распознаваніе легко, если имѣть въ виду быстрое появленіе при сильныхъ потугахъ образныхъ боляхъ, напряженіе и гладкую поверхность вдающейся въ просвѣтъ рукава или увеличивающей наружныя части съ одной или обѣихъ сторонъ, не рѣдко синевато-красной опухоли.



Леченіе гематомы влагалища или vulvae существенно выжидательное, такъ какъ менѣе значительныя кровозливія этого рода всасываются произвольно, а болѣе объемистыя и безъ нашего вмѣшательства вскрываются черезъ нѣсколько дней.

Но подобная кровяная опухоль должна быть вскрыта, если она, благодаря своей весьма значительной величинѣ, составляетъ препятствіе для родовъ, а иначе только тогда, когда свертываніе излившейся крови можетъ считаться законченнымъ, слѣдовательно — спустя нѣсколько дней послѣ развитія объемистаго изліянія.

При произвольномъ или при искусственномъ вскрытіи требуется, однако, самая строгая антисептика. При кровотеченіи примѣняется давленіе со стороны влагалища или снаружи, или даже тампонація кровяного мѣшка.

### 3. Разрывы матки.

Они встрѣчаются или на portio infravaginalis или portio supravaginalis шейки матки въ формѣ произвольнаго или артифициальнаго — искусственнаго разрыва, тогда какъ разрывы тѣла матки при нормальныхъ свойствахъ мускулатуры мыслимы только подъ вліяніемъ тяжелыхъ извнѣ дѣйствующихъ травмъ, а произвольно являются только при перерожденіяхъ, врожденномъ истонченіи или существованіи рубцовъ въ существѣ матки.

Изъ названныхъ поврежденій насъ въ настоящее время могутъ занимать только разрывы portionis infravaginalis, послѣ того какъ разрывы portionis supravaginalis уже были разсмотрѣны нами въ другомъ мѣстѣ.

Продольные разрывы шейки матки суть, какъ мы знаемъ, до извѣстной степени физиологически наступающее во время родовъ у первородящихъ нарушеніе цѣлости тканей. Эти разрывы приобрѣтаютъ патологическое значеніе, если они простираются до сводовъ влагалища или выше. Опасность такихъ глубокихъ раз-

рывовъ шейки заключается въ кровотеченіи, въ возможности инфекціи и въ позднѣйшихъ нервныхъ расстройствахъ вслѣдствіе образованія выворота губъ зѣва (ectropion). Такимъ образомъ мы должны принять мѣры къ точному обеззараженію и къ остановкѣ имѣющагося кровотечения. Самое лучшее кровоостанавливающее средство при кровотеченіи изъ цервикальныхъ разрывовъ есть шовъ. Съ этою цѣлью низводятъ шейку, захваченную пулевыми щипцами или острыми крючками, до наружныхъ половыхъ органовъ, сглаживаютъ края разрыва и соединяютъ ихъ узловатыми швами по общимъ правиламъ.

Кромѣ продольныхъ наблюдаются иногда и поперечные разрывы шейки. Послѣдніе начинаются или съ передней губы и простираются въ обѣ стороны, переходя также на заднюю губу, такъ что можетъ отдѣлиться совершенно кольцевидный край шейки, или же надрывъ начинается одновременно спереди и сзади, и оба разрыва сходятся по бокамъ, такъ что и при этомъ получается циркулярный отрывъ. Въ иныхъ случаяхъ съ такими поперечными разрывами могутъ комбинироваться и продольные. Если послѣдніе происходятъ съ обѣихъ сторонъ, то дѣло можетъ дойти до полного отдѣленія передней губы. Причины этой рѣдкой формы нарушенія цѣлости шейки суть узкій тазъ, очень незначительная растяжимость зѣва при очень сильной потужной дѣятельности. Что при этомъ чаще всего повреждается передняя губа, причина этого кроется въ томъ, что зѣвъ въ такихъ случаяхъ почти всегда лежитъ эксцентрически, и притомъ сзади—къ promontoriю, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ находится въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ послѣднимъ. Причину поперечнаго направленія разрыва слѣдуетъ, вѣроятно, искать въ томъ, что круговыя волокна въ шейкѣ по своему количеству превосходятъ продольныя волокна ея.

Что касается терапіи этихъ разрывовъ, то, при тщательной антисептикѣ съ м мента происхожденія разрыва, придется имѣть дѣло развѣ только съ болѣе сильнымъ кровотеченіемъ. Послѣднее останавливается сприн-

цваніями изъ холодной воды, къ которой при упорномъ кровоточеніи можно прибавить немного *liqu. ferris sesquichlorati*, или-же—наложеніемъ швовъ на рану шейки, низведенной предварительно пулевыми щипцами. Если циркулярный отрывъ достигъ такой степени, что связь состоитъ только изъ узкаго мостика ткани, или если къ поперечному разрыву присоединился еще и продольный, и оторванная часть находится еще въ одномъ мѣстѣ въ соединеніи съ шейкою матки, то будетъ весьма умѣстно, чтобы избавить родильницу отъ послѣдствій неизбежнаго омертвенія оторванныхъ и недостаточно питаемыхъ тканевыхъ частей, совершенно ихъ отдѣлить.

#### 4. Поврежденія сочлененій таза.

Поврежденія тазовыхъ сочлененій наблюдаются при произвольныхъ, а чаще при оперативныхъ родахъ. При изложеніи симфизеотоміи мы упомянули, что нарушеніе цѣлости въ одномъ только сочлененіи таза не мыслимо, такъ что всегда подвергаются нарушенію связи два, а часто и всѣ три сочлененія. Предрасположеніе къ разрыву лоннаго соединенія или одного изъ обоихъ *symphyses sacro-iliacae* слѣдуетъ искать въ воспаленіи соотвѣтственнаго сочлененія, затѣмъ въ большемъ скопленіи жидкости въ суставныхъ полостяхъ, въ остеомалациі (вслѣдствіе обусловливаемаго ею разрыхленія связи между костями и хрящемъ) и, наконецъ, также въ измѣненіяхъ существа самихъ костей, какъ, напр., при костодѣ, мозговидномъ ракѣ.

Но одинъ изъ самыхъ обыкновенныхъ предрасполагающихъ моментовъ есть суженіе таза. Изъ различныхъ формъ узкаго таза наибольшее значеніе въ этомъ отношеніи имѣетъ общесъуженный тазъ, который, вслѣдствіе дѣйствующей при прохожденіи головки въ поперечномъ направленіи силы, можетъ дать поводъ къ разрыву симфиза.

Но что не только случаи наложенія щипцовъ или, вообще, извлеченія плода при узкомъ тазѣ, произведеннаго съ примѣненіемъ болѣе значительной силы, могутъ

давать поводъ къ разрыву сочлененій таза, это доказы-  
ваютъ, напр., случаи *Ahlfeld'a*, гдѣ при произвольномъ  
рожденіи плода въ оболочкахъ, или случай, наблюдав-  
шійся *Meyer'омъ*, гдѣ при прохожденіи чрезмѣрно уве-  
личеннаго и затвердѣлаго послѣда уже произошли упо-  
мянутыя поврежденія.

Предсказаніе при этихъ поврежденіяхъ въ общемъ  
не на столько неблагоприятно, какъ это думали, если  
только поврежденіе было узвано сейчасъ же послѣ ро-  
дovъ, и было произведено тщательное обеззараженіе.

Соединеніе разорванныхъ сочленовныхъ концовъ  
достигается помощью циркулярно окружающей тазъ по-  
вязки. Послѣдняя во многихъ случаяхъ переносится  
больными очень хорошо и часто доставляетъ имъ значи-  
тельное облегченіе. Въ одномъ наблюдавшемся мною слу-  
чаѣ, впрочемъ, полное соединеніе совершилось черезъ  
два мѣсяца и безъ примѣненія такой повязки, такъ какъ  
она не переносилась, и притомъ — при посредствѣ совер-  
шенно плотной мозоли (*callus*), соединяющей концы сим-  
физа, которые до того отстояли другъ отъ друга на  
3½ см.

## в) Асфиксія плода и ея терапія.

Такъ какъ пониманіе явленій, извѣстныхъ подъ име-  
немъ асфиксіи или мнимой смерти плода, имѣетъ весьма  
важное значеніе для нашихъ терапевтическихъ мѣро-  
пріятій, то я теперь и намѣренъ заняться этими состоя-  
ніями плода.

Асфиксія въ дословномъ переводѣ значитъ: отсутствіе  
сердцебіенія (*Pulslosigkeit*). Но этимъ опредѣляются только  
наивысшія степени занимающей насъ аномаліи плода, кото-  
рымъ задолго предшествуютъ явленія со стороны органовъ  
дыханія.

Начало асфиксіи, за рѣдкими исключеніями, падаетъ на  
время родовъ. Но она можетъ также наступать еще во время  
беременности, а равно, съ другой стороны, и *post partum*.

Общая для всѣхъ этихъ ненормальныхъ состояній  
черта заключается въ затрудненіи газоваго обмѣна плода или  
только что рожденнаго младенца.

Долго сомнѣвались въ томъ, присуць-ли, вообще, плоду такой газовый обмѣнъ, который по праву могъ-бы быть названъ дыханіемъ.

Изъ изслѣдованій *Schwartz'a* и особенно *Pflüger'a* мы знаемъ, однако, что въ тѣлѣ плода постоянно образуются легко окисляемыя вещества, которыя при достаточномъ подвозѣ кислорода остаются безвредными, а при недостаткѣ его постепенно скопляются въ такомъ количествѣ, что наступаютъ явленія сильнаго раздраженія дыхательнаго центра въ продолговатомъ мозгу, а равно и многихъ другихъ двигательныхъ гангліозныхъ клѣтокъ.

Но, съ другой стороны, мы составили себѣ преувеличенное представленіе о той быстротѣ, съ какою въ организмѣ плода образуются названныя легко-окисляемыя вещества, и о потребномъ вслѣдствіе этого количествѣ кислорода, и благодаря этому вышло то, что опасность прерыванія или затрудненія газоваго обмѣна была сильно преувеличена.

*Pflüger* указалъ на то, что потребность новорожденнаго въ кислородѣ не допускаетъ никакого сравненія съ потребностью въ немъ утробнаго плода. У перваго наибольшая часть развивающихся въ тѣлѣ при процессахъ окисленія химическихъ силъ напряженія теряется лучеиспусканіемъ и испареніемъ воды. Для утробнаго-же плода этого расхода почти не существуетъ, такъ какъ онъ не испаряетъ влаги и не вдыхаетъ холоднаго воздуха. Въ качествѣ существеннаго, общаго для плода и новорожденнаго расхода остается только мышечная работа. А такъ какъ, по *Pflüger'u*, причитающаяся на нее затрата силъ у взрослаго равняется приблизительно 5% общей суммы расхода, то отсюда слѣдуетъ, что плодъ тратитъ меньше новорожденнаго болѣе, чѣмъ на 95%.

Если мы, кромѣ того, примемъ во вниманіе, что утробный плодъ рѣдко движется, что его дыхательныя мышцы совершенно не дѣятельны, а движенія его совершаются въ средѣ, удѣльный вѣсъ которой почти равенъ удѣльному вѣсу его собственнаго тѣла, то этотъ минусъ въ расходованіи окажется еще значительнѣе вышеуказанной цифры въ 95%.

Такъ какъ соотвѣтственно этому и потребленіе кислорода у плода при нормальныхъ условіяхъ представляется меньшимъ, а путемъ диффузіи изъ крови матери кислородъ доставляется ему непрерывно, то постоянно образующееся въ тѣлѣ плода количество окисляемыхъ веществъ съ избыткомъ покрывается доставляемымъ кислородомъ, и при томъ такъ,

что подвозъ послѣдняго можетъ даже прерываться на нѣсколько минутъ, безъ того чтобы за это время успѣвало освободиться такое количество упомянутыхъ веществъ, которое было-бы въ состояніи вызвать раздраженіе моторныхъ центровъ.

Такое нормальное состояніе плода называютъ также *арноё*.

Эта арноё плода, какъ легко понять, въ силу самыхъ разнообразныхъ причинъ можетъ временно или стойко разстраиваться.

Прежде всего понятно, если имѣть въ виду происхожденіе кислорода въ плодѣ, что всѣ причины, которыя быстро или постепенно обусловливаютъ значительное уменьшеніе содержанія кислорода въ крови матери, должны также вредно отражаться и на количествѣ кислорода въ плодѣ. Тяжелыя заболѣванія, особенно сердца или легкихъ. большія потери крови и т. п. занимаютъ въ этомъ отношеніи первое мѣсто.

Далѣе, при нормальномъ даже содержаніи кислорода въ крови матери, отдача его въ кровь плода можетъ быть нарушена. Это происходитъ чаще всего вслѣдствіе ненормально повышенной потужной дѣятельности. При каждой боли материнскіе сосуды, проходящіе въ стѣнкахъ матки, сдавливаются до непроходимости. Въ это время притокъ кислорода останавливается, тѣмъ болѣе, что при началѣ сокращенія содержащаяся въ сосудахъ маточной стѣнки кровь протѣсняется не впередъ — по направленію къ полости матки, а назадъ — къ приводящимъ сосудамъ матери. Впрочемъ, такой перерывъ при нормальныхъ условіяхъ продолжается слишкомъ короткое время, чтобы вывести плодъ изъ его арноё. Но это можетъ случиться, если сокращенія матки достигаютъ чрезмѣрной продолжительности и слѣдуютъ другъ за другомъ съ очень короткими промежутками. При рѣзкихъ пространственныхъ несоотвѣтствіяхъ, очень значительномъ замедленіи родовъ, а также при нецѣлесообразномъ назначеніи спорынни намъ приходится иногда наблюдать такія (тетаническія) сокращенія. Большое вліяніе на суженію внутренней поверхности матки. Таковое наступаетъ при преждевременномъ отходѣ водъ, а также въ то время, когда подлежащая крупная часть, напр. головка, оставила полость матки. Если при этомъ еще имѣются сильныя потуги, а роды, не смотря на это, замедляются, то легко наступаетъ асфиксія плода.

Къ только что упомянутому уменьшенію внутренней поверхности матки присоединяется въ большинствѣ случаевъ еще дальнѣйшая аномалія, которая разстраиваетъ также пріемъ кислорода плодомъ, а не только отдачу его матерью, это — преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста.

Объ эти причины проявляютъ свое совокупное дѣйствіе большею частью къ концу родовъ, если послѣдніе не совершаются очень быстро, въ такой степени, что плодъ уже родится съ признаками разстроеннаго газоваго обмѣна.

Дальнѣйшую причину разстройства газоваго обмѣна плода представляетъ сдавленіе пуповины. Сюда относятся сдавленіе при выпаденіи ея, затѣмъ при тазовыхъ положеніяхъ, при обвитіи пуповины вокругъ частей плода, далѣе — давленіе со стороны сокращающихся стѣнокъ матки при отсутствіи водъ, а равно случаи краевого прикрѣпленія пуповины при низкомъ расположеніи дѣтскаго мѣста, при чемъ находящееся вблизи зѣва мѣсто прикрѣпленія пуповины при вступленіи головки подвергается давленію еще до отхода водъ.

Такъ какъ, наконецъ, для безпрепятственнаго воспринятія кислорода требуется также соотвѣтственная дѣятельность сердца плода, то всѣ причины, которыя существенно и стойко замедляютъ или останавливаютъ эту дѣятельность, должны быть также разсматриваемы, какъ причины затрудненія газоваго обмѣна.

У плода въ такихъ случаяхъ дѣло идетъ большею частью о раздраженіи блуждающаго нерва вслѣдствіе давленія на мозгъ, которое можетъ являться при произвольномъ прохожденіи головки черезъ узкій тазъ, или при наложеніи щипцовъ, при трудномъ извлеченіи послѣдующей головки и, наконецъ, вслѣдствіе кровоизліяній въ полость черепа.

Изъ сказаннаго нами явствуетъ, что затрудненіе газоваго обмѣна къ концу родовъ наступаетъ почти въ каждомъ случаѣ. Если при этомъ недостатокъ кислорода въ крови плода достигаетъ той высоты, при которой скопившіяся въ тѣлѣ окисляемыя вещества производятъ свое раздражающее дѣйствіе на двигательные центры, еще за долго до окончанія родовъ, то и плодъ при этомъ обыкновенно терпитъ вредъ, и при томъ тѣмъ болѣе, чѣмъ интенсивнѣе стали послѣдствія нарушенія газоваго обмѣна до окончанія родовъ.

Каковы-же эти послѣдствія?

Мы уже видѣли, что извѣстная степень недостатка въ кислородѣ, вѣроятно при посредствѣ уже много разъ упоминавшихся нами легко окисляемыхъ веществъ, обуславливаетъ раздраженіе заложеннаго въ продолговатомъ мозгу дыхательнаго центра. Послѣдствія этого раздраженія будутъ различны, смотря по тому, сохранилъ-ли названный центръ свою раздражительность, или нѣтъ.

Въ первомъ случаѣ послѣдствіемъ такого раздраженія является дыхательное движеніе. А таковое, если дыхательныя отверстія плода свободны, ведетъ къ тому, что окружающія среды аспирируются и при первыхъ же сокращеніяхъ дыхательныхъ мышцъ попадаютъ въ полость рта и носа, а при каждомъ послѣдующемъ — все глубже въ зѣвъ, гортань, дыхательное горло, бронхи до ихъ тончайшихъ развѣтвленій, а, съ другой стороны, благодаря плотательнымъ движеніямъ — въ желудокъ.

Вещества эти, пока головка еще не родилась, суть амниотическая жидкость, слизь половыхъ органовъ матери въ смѣси съ *vernix caseosa* и часто также *mesonium*.

Одновременно съ этимъ присасывающимъ движеніемъ грудной клѣтки, и по мѣрѣ того, какъ дыхательныя движенія усиливаются въ своей интензивности и экстензивности, начинается постепенное развитіе легочнаго круга кровообращенія.

При этомъ между количествомъ притекающей къ легкимъ крови и количествомъ аспирируемыхъ веществъ существуетъ обратное отношеніе. Чѣмъ больше образующееся при каждомъ вдыханіи въ грудной клѣткѣ свободное пространство выполняется одною изъ обѣихъ средъ, тѣмъ меньше можетъ въ этомъ участвовать вторая среда. Поэтому мы находимъ большее развитіе легочнаго кровообращенія, если окружающія головку плода среды имѣются въ незначительномъ количествѣ, или если онѣ очень густы, какъ напр. слизь, *mesonium*, *vernix caseosa*, и, на-оборотъ, при аспираціи амниотической жидкости получается менѣ замѣтное развитіе легочнаго кровообращенія, которое можетъ, впрочемъ, достигнута степени настоящей гипереміи, если, при закрытіи отверстій носа и рта плода стѣнками влагалища или матки, наступаютъ сильныя вдыхательныя движенія.

Но этимъ скопленіемъ крови въ легочномъ кругѣ увеличивается опасность для плода въ томъ смыслѣ, что въ силу этого извѣстное количество крови отнимается отъ плацентарнаго круга, и этимъ уменьшается возможность восстановле-



нія при помощи кислорода матери. Если причина затрудненнаго газоваго обмѣна продолжаетъ существовать, то плодъ умираетъ вслѣдствіе паралича двигательныхъ центровъ еще до рожденія, или же, если онъ родится раньше, то является на свѣтъ съ слабымъ, рѣдкимъ сердцебіеніемъ, при отсутствіи дыхательныхъ движеній или съ весьма рѣдкимъ дыханіемъ и съ сохраненной или угасшей рефлекторной возбудимостью, смотря по интензивности и экстензивности предшествовавшаго нарушенія газоваго обмѣна.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, впрочемъ, наступаетъ раздраженіе дыхательнаго центра, на которое онъ не въ состояніи реагировать, такъ какъ онъ можетъ быть парализованъ вслѣдствіе какой-либо травмы, или-же вслѣдствіе недостаточнаго своего развитія. Первое наблюдается при размятіяхъ или кровоизліяніяхъ въ существѣ продолговатаго мозга или возлѣ него, а послѣднее — у плодовъ первыхъ мѣсяцевъ беременности.

Въ этихъ случаяхъ смерть наступаетъ безъ появленія дыхательныхъ движеній.

У недоношенныхъ плодовъ, впрочемъ, даже при возбудимости дыхательнаго центра, дыхательныя движенія могутъ отсутствовать, благодаря тому, что дыхательныя мышцы мало развиты, реберныя хрящи на столько мягки, что они, въ случаѣ появленія дыхательныхъ движеній, втягиваются внутрь, и такимъ образомъ все-таки не получается увеличенія вмѣстимости грудной клѣтки.

На основаніи вышесказаннаго повода къ *dyspnoë* во время родовъ такъ многочисленны, что мы даже при фізіологическомъ теченіи наблюдаемъ первое дыхательное движеніе большею частью непосредственно за рожденіемъ плода; а не рѣдко уже во время прорѣзыванія головки черезъ наружныя части введеннымъ въ прямую кишку, при *Ritgen'*овскомъ способѣ поддерживанія промежности, пальцемъ мы можемъ замѣтить своеобразныя движенія рта младенца, которыя должны быть принимаемы за попытки къ дыханію.

Тѣмъ не менѣе мы бываемъ иногда въ состояніи наблюдать арпоë у новорожденнаго втеченіи нѣсколькихъ минутъ. Понятно, это можетъ быть въ томъ случаѣ, если плодъ родился безъ предшествовавшей болѣе сильной потужной дѣятельности съ ея послѣдствіями, такъ напр.—въ случаяхъ поворота при цѣломъ пузырѣ и немедленнаго быстрого извлеченія, или при произвольномъ рожденіи тотчасъ-же послѣ отхода водъ, наконецъ, особенно—въ случаяхъ кесарскаго сѣ-

ченія, если операція была произведена до начала родовъ или вслѣдъ за нимъ.

Въ другихъ-же случаяхъ наступаетъ опасная *dyspnoë* плода еще въ такое время, которое болѣе или менѣе удалено отъ окончанія родовъ, какъ мы это только что видѣли.

Въ большинствѣ случаевъ послѣдняго рода недостатокъ въ кислородѣ прежде всего вызываетъ дыхательныя движенія, которыя, въ случаѣ ихъ безуспѣшности и продолжающагося недостатка въ кислородѣ, наконецъ, угасають, послѣ предварительнаго паралича двигательныхъ центровъ. Въ заключеніе и дѣятельность сердца падаетъ все болѣе, а когда сердце, *ultimum moriens*, останавливается, то наступаетъ смерть.

Таково обычное типическое теченіе, которому только посредствомъ укороченія продолжительности родовъ можно дать болѣе благопріятный оборотъ въ томъ смыслѣ, что благодаря этому плодъ раньше или позже будетъ въ состояніи удовлетворить своему кислородному голоду вдыханіемъ воздуха. Но бываютъ и такіе плоды, которые рождаются въ глубокой асфиксіи, но безъ всякихъ признаковъ, совершавшихся внутриматочныхъ дыхательныхъ движеній.

*Schultze* на основаніи этихъ случаевъ утверждаетъ, что будто-бы бываетъ асфиксія безъ внутриматочнаго дыханія даже при отсутствіи ясной причины этого явленія въ анатомическомъ разстройствѣ дыхательнаго центра, о которомъ мы говорили выше. Онъ объясняетъ эти случаи недоказанною еще до сихъ поръ гипотезою, что при этомъ вмѣстѣ съ постепеннымъ обѣднѣніемъ крови кислородомъ происходитъ также паденіе раздражительности продолговатаго мозга, такимъ образомъ, что, когда масса возбуждающихъ дыханіе веществъ въ заключеніе на столько возрастаетъ, что уже могло-бы явиться достаточно сильное раздраженіе, за это время возбудимость дыхательнаго центра такъ упала, что уже не появляется ни одного дыхательнаго движенія.

Но для объясненія упомянутыхъ случаевъ нѣтъ надобности прибѣгать къ этой мало-вѣроятной гипотезѣ. Помимо того, что смѣшеніе съ арпоë при нѣкоторомъ вниманіи легко можетъ быть избѣгнуто, самое простое объясненіе для тѣхъ случаевъ, когда ребенокъ рождается съ слабымъ, прерывающимся сердцебиеніемъ и со всѣми признаками задушенія, но безъ слизи, крови и пр. въ воздухоносныхъ путяхъ, таково, что здѣсь дѣло идетъ объ асфиксіи съ внутриматочнымъ дыханіемъ, но при дыхательныхъ отверстіяхъ, бывшихъ непроходимыми вслѣдствіе зажатія.

Далѣ *Schultze* высказалъ то практически важное положеніе, что будто-бы дыхательныя движенія могутъ быть вызваны и безъ предшествовавшаго обѣднѣнія кислородомъ, т. е. у плода, находящагося въ арноѣ, вслѣдствіе прикосновенія руки, введенія съ послѣднею воздуха, слѣдовательно — при поворотѣ, экстракціи и пр.

Въ противоположность этому *Schwartz* на основаніи экспериментальныхъ изслѣдованій доказалъ, что кожныя раздраженія хотя и усиливаютъ существующія уже, спокойныя или диспноэтическія, дыхательныя движенія, но при арноѣ остаются совершенно безъ эффекта. А отсюда слѣдуетъ дальше, что, если намъ приходится оперировать при имѣющей уже *dyspnoë*, то тѣмъ послѣднѣе должно оканчивать операцію.

Если такимъ образомъ, по *Schwartz*'у, и не бываетъ внутриматочнаго дыханія безъ предшествовавшей асфиксіи, то, съ другой стороны, нельзя сомнѣваться въ томъ, что вызванное асфиксіею внутриматочное дыханіе можетъ наблюдаться безъ асфиксіи новорожденнаго.

Въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ какъ разъ противоположныя условія, сравнительно съ вышеупомянутыми случаями для, которыхъ *Schultze* придумалъ гипотезу постепеннаго паралича дыхательнаго центра. А именно, мы находимъ совершенно полныхъ жизни младенцевъ, но съ ясными клокочущими шумами, а въ дыхательныхъ отверстіяхъ или полостяхъ мы находимъ слизь, кровь, *mesonium*, какъ несомнѣныя слѣды имѣвшихъ мѣсто внутриматочныхъ дыхательныхъ движеній.

Подобные случаи безъ всякой натяжки объясняются существовавшимъ, но еще *sub partu* опять исчезнувшимъ препятствіемъ для газоваго обмѣна плода. Преходящія неблагоприятныя условія расположенія пуповины стоятъ въ этомъ отношеніи на первомъ планѣ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ выше представленный законъ о газовомъ обмѣнѣ плода и о слѣдующихъ за нарушеніемъ его явленіяхъ остается въ полной силѣ.

Хотя теоретически можно-бы было различать многочисленныя степени асфиксіи, но для практическихъ цѣлей достаточно, слѣдуя примѣру *Cazeaux*, отличать двѣ степени, смотря по тому, существуетъ-ли еще, или уже угасла рефлекторная возбудимость мускулатуры туловища,

Такъ какъ при первой степени кожа плода имѣетъ красный или синеватый цвѣтъ, а при второй — бѣлый, блѣдный,

то объ эти степени асфиксіи называются также *asphyxia livida* и *asphyxia pallida*.

Понятно, что для терапіи весьма важно своевременно имѣть свѣдѣнія о всѣхъ затронутыхъ нами ненормальныхъ состояніяхъ плода.

Распознаваніе асфиксіи во время родовъ, принимая во вниманіе имѣющіяся аномаліи, играющія роль причинныхъ моментовъ, ставится преимущественно на основаніи качества сердцебіенія плода. Второстепенное, само по себѣ ничего не рѣшающее значеніе принадлежитъ преждевременному выдѣленію меконіи.

Чтобы имѣть возможность оцѣнивать значеніе сердцебіенія плода для діагноза занимающей насъ аномаліи, мы должны предпослать замѣчаніе, что ритмъ сердечной дѣятельности при каждомъ движеніи плода претерпѣваетъ скоро-преходящее ускореніе, также какъ при каждой схваткѣ — замедленіе, и притомъ на столько постоянно, что *Hueter* только въ 19% всѣхъ изслѣдованныхъ имъ случаевъ могъ доказать отсутствіе этого замедленія, или появленіе его только въ моментъ прохожденія головки черезъ половую щель.

Нельзя объяснять это, наступающее во время боли, а непосредственно при началѣ паузы уступающее мѣсто нормальной частотѣ, замедленіе пульса затрудненіемъ, хотя-бы только совершенно ничтожнымъ, газоваго обмѣна во время сокращенія матки, ибо, какъ это доказала *Schwartz* экспериментальнымъ путемъ, подобное паденіе дѣятельности сердца, если оно обусловливается асфиксіей, всегда наступаетъ только въ то время, когда раздраженіе дыхательнаго центра уже вызвало ритмическія дыхательныя движенія.

Если-бы, слѣдовательно, пониженіе дѣятельности сердца могло быть объясняемо раздраженіемъ блуждающаго нерва бѣдною кислородомъ кровью, и, такъ какъ мы наблюдаемъ это замедленіе сердцебіенія во время схватки въ 80% всѣхъ случаевъ, то въ такомъ-же процентѣ плоды должны были-бы рождаться въ асфиксіи или мертвыми.

Путемъ такого разсужденія, съ одной стороны, и благодаря экспериментамъ *Leyden'a* — съ другой, стало весьма вѣроятнымъ, что наступающее при каждой схваткѣ, а по прекращеніи ея немедленно уступающее мѣсто нормальной частотѣ замедленіе пульса находится въ зависимости отъ столь-же быстро переходящаго повышенія общаго давленія на содержимое матки и обусловливаемаго этимъ давленія на мозгъ и раздраженія *vagus'a*.

Совершенно иную форму принимает раздраженіе *vagus'a*, вызываемое химически-измѣненной кровью. Оно хотя и проявляется въ общемъ только-что упомянутыми колебаніями въ частотѣ сердцебіенія, но отличается отъ наступающаго при каждой боли замедленія пульса тѣмъ, что болѣе или менѣе замѣтное вліяніе его на дѣятельность сердца остается въ силѣ и во время промежутковъ между болями.

Чтобы, такимъ образомъ, при всѣхъ этихъ колебаніяхъ въ дѣятельности сердца, при часто весьма быстромъ возвращеніи сокращеній матки, имѣть вѣрное мѣрило для оцѣнки значенія сердцебіенія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, слѣдуетъ каждый разъ, если можно, уже въ началѣ родовъ опредѣлить индивидуальную частоту сердцебіенія, сосчитывая при этомъ число ударовъ сердца за каждыя 5 секундъ.

Нормальная частота при такомъ сосчитываніи равняется приблизительно 10—12 ударамъ въ 5 секундъ.

Во время сокращенія матки насчитываютъ на 1—2, самое большее на 3—4 удара меньше нормы. Но эта разница обыкновенно сглаживается уже въ первые 5 секундъ по прекращеніи боли.

Первымъ признакомъ нарушеннаго газоваго обмѣна является болѣе значительное замедленіе пульса плода, сначала продленіе этого замедленія на время промежутка между болями и притомъ постепенно все больше, такъ что, въ заключеніе, сердцебіеніе даже въ концѣ паузы все-таки не достигаетъ своей нормальной частоты.

Такимъ путемъ сердцебіеніе можетъ достигнуть стойкаго замедленія на много ниже 100 ударовъ въ минуту. Въ качествѣ конечнаго явленія наступаетъ въ заключеніе быстрое учащеніе пульса вслѣдствіе паралича блуждающаго нерва.

Отхожденіе меконіи въ большинствѣ случаевъ есть сопутствующее асфиксіи плода явленіе. Оно объясняется параличемъ сфинктера при одновременномъ раздраженіи мускулатуры кишекъ венозною кровью.

Нельзя никоимъ образомъ отрицать извѣстной связи между асфиксіею и отхожденіемъ меконіи, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ отхожденіе грязныхъ околоплодныхъ водъ заставить насъ обратить вниманіе на сердцебіеніе плода. Но, съ другой стороны, было-бы ошибочно ждать отхожденія меконіи, какъ признака угрожающей жизни плода опасности, такъ какъ оно, при дѣйствительно существующей опасности, часто

наступаєть очень поздно, иногда совершенно отсутствует. и, наконецъ, условия данного случая не всегда благоприятны. вообще, для отхода водъ.

Наконецъ, вѣдь извѣстно, что тесопіум при нѣкоторыхъ положеніяхъ, напр. при тазовыхъ, обыкновенно отходитъ уже въ силу сдавленія живота во время сокращеній матки. въ такое время, когда не можетъ быть причины для асфиксіи.

На рожденномъ уже младенцѣ діагнозъ мнимой смерти ставится, а равно степень асфиксіи опредѣляется на основаніи наблюденія за сердцебіеніемъ, дыханіемъ, рефлекторною возбудимостью, а также на основаніи признаковъ преждевременнаго дыханія.

Сердцебіеніе обыкновенно замедлено, слабо, съ перебоями. дыханіе отсутствуетъ или появляется рѣдко и при томъ — съ явственными шумами клокотанія.

Асфиксія не должна быть смѣшиваема съ арноё. При поверхностномъ наблюденіи оба состоянія весьма походятъ другъ на друга. И здѣсь, и тамъ — младенецъ безъ дыханія, не реагирующій на раздраженія кожи, а лежащій большою частью безъ движенія. Разница же тотчасъ обнаруживается при изслѣдованіи сердцебіенія, которое при арноё имѣетъ нормальную частоту и бываетъ весьма сильно, а также изъ отсутствія инородныхъ массъ въ дыхательныхъ отверстіяхъ и возлѣ нихъ.

Другое ненормальное состояніе новорожденнаго плода, также ничего общаго съ асфиксіей не имѣющее, есть слѣдствіе сильнаго, но кратковременнаго давленія на мозгъ; особенно часто представляется намъ случай наблюдать такіе плоды послѣ труднаго, но все-же быстро окончившагося извлеченія послѣдующей головки при узкомъ тазѣ, если рожденіе туловища прошло безъ замедленія, и плодъ совершенно еще не былъ выведенъ изъ арноё, а только черепъ его подвергся значительному, быть можетъ, сверху еще усиленному давленію. Извлеченный ребенокъ лежитъ въ такомъ случаѣ безъ движенія, безъ дыханія, но и безъ пульса, такъ что его пришлось-бы считать мертвымъ, если-бы вслѣдъ за этимъ не возобновилось сердцебіеніе, и притомъ не слабое, медленное или прерывающееся, а съ самаго начала сильное и нормальнаго ритма. Начинающіяся вслѣдъ за этимъ дыхательныя движенія совершаются совершенно свободно.

Пользуясь этимъ случаемъ, я хочу, впрочемъ, упомянуть, что такое давленіе на мозгъ должно обуславливаться силь-

нымъ, но скоро-преходящимъ повышеніемъ внутричерепнаго давленія, чтобы и дѣйствіе его на плодъ также было лишь преходящее. Ибо мы выше видѣли, что болѣе длительное или чаще повторяющееся давленіе такого рода, путемъ замедленія или остановки дѣятельности сердца можетъ оказать такое-же гибельное вліяніе, какъ и прекращеніе газоваго обмѣна. Я особенно имѣю при этомъ въ виду сильныя, быстро слѣдующія одно за другимъ сокращенія матки, ущемленіе черепа въ узкомъ тазѣ или при долго-продолжающемся извлеченіи щипцами.

При вскрытіи умершихъ отъ асфиксіи плодовъ находятъ — кромѣ упомянутаго уже содержанія слизи, крови, амниотической жидкости, *verniciis caseosae* и *mesonii* въ дыхательныхъ органахъ и въ желудкѣ — гиперемію легкиихъ въ различныхъ степеняхъ и обусловливаемые ею экхимозы въ легкиихъ и на сердцѣ, желчную имбибицію нуповины, вызываемую *mesoni*емъ.

Обратимся теперь къ леченію асфиксіи.

Первая наша забота въ этомъ отношеніи будетъ заключаться въ томъ, чтобы тѣ аномаліи со стороны матери или плода, которыя, какъ показываетъ опытъ, обусловливаютъ разстройства въ газовомъ обмѣнѣ, предупредить или устранять и дѣлать безвредными, по возможности, раньше, чѣмъ онѣ начнутъ проявлять свое вліяніе на плодъ. Если-же нарушенія плацентарнаго газоваго обмѣна уже имѣются, то намъ будетъ предстоять или устранить ихъ, или дать возможность плоду къ легочному дыханію атмосфернымъ воздухомъ; кромѣ того у родившагося младенца должно устранить препятствія для правильнаго и полнаго обмѣна газовъ въ легкиихъ. Сообразно съ этимъ, терапия легко можетъ быть разбита на профилактику, на леченіе начавшейся уже асфиксіи во время родовъ и на леченіе асфиксіи послѣ рожденія плода.

Профилактическое леченіе асфиксіи по существу своему носить оперативно-акушерскій характеръ. Прежде всего оно должно имѣть въ виду предупрежденіе, а при случаѣ и устраненіе такихъ аномалій родовъ, которыя, по нашимъ наблюденіемъ, могли-бы въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ затруднить газовый обмѣнъ.

Здѣсь можетъ быть рѣчь только о двухъ аномаліяхъ. Первая есть выпаденіе пуповины, вторая — вредное вліяніе на дѣтское мѣсто со стороны слишкомъ сильно смѣщенныхъ внизъ, очень плотныхъ плодныхъ оболочекъ.

При этомъ наша терапия совпадаетъ, слѣдовательно, съ профилактикой и терапией выпаденія пуповины, или же съ вопросомъ объ искусственномъ вскрытіи плоднаго пузыря, о каковыхъ аномаліяхъ уже было говорено въ другомъ мѣстѣ.

По тѣмъ-же, вообще, оперативно-акушерскимъ принципамъ складывается также терапия существующей уже асфиксії *sub partu*. Мы уже раньше указали, что главное вниманіе при этомъ должно быть обращено на возстановленіе нарушеннаго газоваго обмѣна. Только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это оказывается невыполнимымъ, является показаніе къ быстрому извлеченію плода, чтобы атмосферное дыханіе возможно-скоро замѣнило собою разстроенное плацентарное.

Въ послѣднемъ отношеніи слѣдуетъ, впрочемъ, помнить, что въ такихъ случаяхъ, какъ и при всякомъ родоразрѣшеніи, должно сообразоваться съ наличностью требующихся для данной операціи условій. Вѣдь мы не имѣемъ-же права, ради находящейся въ опасности жизни плода, дальнѣйшее существованіе котораго, слѣдовательно, по меньшей мѣрѣ сомнительно, подвергать какой бы то ни было опасности жизнь или здоровье матери. Кромѣ того должно имѣть въ виду, что асфиксія плода при всякомъ родоразрѣшеніи, каково-бы оно ни было, претерпѣваетъ еще дальнѣйшее усиленіе, которое, конечно, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ находится въ самой тѣсной связи съ затрудненіями и продолжительностью искусственнаго родоразрѣшенія.

Мы должны въ такихъ случаяхъ строго индивидуализировать и выборъ, а равно время производства операціи ставить въ зависимость отъ причины и степени асфиксії, съ одной стороны, отъ механическихъ условій родового канала, съ другой; такимъ образомъ, во многихъ случаяхъ, гдѣ предвидятся серьезныя затрудненія или



большая затрата времени при предстоящемъ родоразрѣшеніи, и гдѣ въ то-же время имѣется лишь частичное прерываніе газоваго обмѣна и умѣренная степень асфиксіи плода, мы должны будемъ отложить операцію или совершенно отъ нея отказаться; благодаря трудному и длительному родоразрѣшенію, помимо травмы для матери. существующее частичное или неполное разстройство въ газовой обмѣнѣ превратилось-бы въ полное прекращеніе послѣдняго, тогда какъ такіе плоды, какъ показываютъ наблюденія, при частичномъ уменьшеніи количества доставляемаго кислорода живутъ въ полости матки цѣлыми часами и послѣ рожденія въ большинствѣ случаевъ могутъ быть оживлены.

Если въ этихъ случаяхъ асфиксіи во время родовъ затрудненія при выборѣ способа оперативнаго родоразрѣшенія не рѣдко связываютъ намъ руки, то съ другой стороны леченіе асфиксіи рожденнаго плода предоставляетъ нашей дѣятельности большой просторъ.

Первое, что должно быть сдѣлано въ каждомъ случаѣ асфиксіи непосредственно *post partum*, это — удаленіе аспирированныхъ массъ, по-возможности, еще до того, какъ ребенокъ сдѣлаетъ первое вмѣматочное вдыханіе. Поэтому при черепныхъ положеніяхъ слѣдовало-бы приступать къ удаленію слизи изъ полости рта и носа тотчасъ-же по рожденіи головки. Удаленіе совершается указательнымъ пальцемъ или мизинцемъ, лучше всего помощью тонкой полотняной тряпочки. Въ большинствѣ случаевъ слизистыя массы проникаютъ не глубже рта, носа и зѣва. Если, впрочемъ, уже предшествовали многія сильныя вдыханія, то аспирированныя массы находятся также въ гортани и трахеѣ и должны быть оттуда удалены помощью эластическаго катетра или трубочки съ баллономъ. Далѣе слѣдуетъ держать ребенка во время этихъ и ниже описываемыхъ попытокъ оживленія по-возможности въ теплѣ, чтобы охлажденіемъ не развивать еще большаго недостатка въ кислородѣ.

Дальнѣйшее леченіе сообразуется со степенью асфиксіи. Если рефлекторная возбудимость еще не

утрачена (первая степень), то для вызыванія дыхательныхъ движеній достаточно раздраженій кожи.

Мы видѣли раньше, что кожныя раздраженія при существующей асфиксіи могутъ весьма быстро вызывать дыхательныя движенія, а при арноё остаются совершенно безъ дѣйствія. Я позволю себѣ еще разъ подробнѣе остановиться на этомъ важномъ обстоятельствѣ.

*Preyer* наблюдалъ, что зародыши морской свинки дышали даже въ полости матки, если ихъ головка высывалась изъ произведеннаго съ этою цѣлью отверстія въ стѣнкѣ матки.

*Kehrer* также убѣдился, что послѣ простого вскрытія брюшной полости живыхъ кроликовъ видимые черезъ стѣнки матки плоды производили дыхательныя движенія даже въ то время, когда еще не замѣчалось сокращеній матки. Отсюда вывели заключеніе, что будто-бы извѣстныя вліянія, какъ напр. пониженіе температуры или раздраженіе кожи атмосфернымъ воздухомъ, въ состояніи вызвать дыхательныя движенія даже въ то время, когда еще дѣло не дошло до отдѣленія и сдавленія дѣтскаго мѣста.

*Schwartz*, который повторилъ эти опыты съ тѣмъ-же результатомъ, замѣчаетъ, однако, что тотчасъ по вскрытіи брюшной полости матка принимаетъ синевато-красный цвѣтъ, переполненныя вены ея набухаютъ, и кровообращеніе въ ея стѣнкахъ начинаетъ поразительно замедляться. Въ мѣстѣ съ этимъ застоємъ, который не можетъ быть безразличнымъ для дыхательнаго обмѣна въ дѣтскомъ мѣстѣ, наступаютъ и дыхательныя движенія плодовъ.

Дальнѣйшіе опыты, произведенные на находящихся въ состояніи арноё плодахъ животныхъ показали, что кожныя раздраженія производятъ у нихъ дѣйствіе на дыханіе только тогда, когда арноё окончилось, а никогда не во время его.

Примѣняемые у асфиктическихъ новорожденныхъ кожныя раздраженія состоятъ въ механическомъ раздраженіи кожныхъ нервовъ ударами, треніемъ, въ термическихъ раздраженіяхъ—помощью высокихъ и низкихъ температуръ, и при томъ лучше всего—быстрою смѣною ихъ. Въ этомъ направленіи извѣстны теплыя ванны, соединенныя съ производимымъ по временамъ брызганіемъ холодной воды на подъ-ложечку и вторичнымъ погруженіемъ въ теплую воду.

Въ новѣйшее время *Le Bon* омы предложены также горячія ванны, какъ сильный кожный раздражитель.

Съ этою цѣлью ребенка погружаютъ на 1—2 мин. въ воду, нагрѣтую до 45—50° С.

Эти различные средства примѣняются быстро одно за другимъ.

При второй степени (*asphyxia pallida*) рефлексоторная возбудимость утрачена. Кожныя раздраженія не въ состояніи вызвать дыхательныхъ движеній, они только ускоряютъ сердцебіеніе.

Въ такихъ случаяхъ всѣми авторами предлагается искусственное дыханіе. Всего раціональнѣе, по видимому, оно производится помощью трубочки съ баллономъ, которою сначала удаляютъ, какъ уже было сказано, аспирированныя массы и затѣмъ ритмически вдуваютъ воздухъ и опять его высасываютъ. Но этотъ видъ искусственнаго дыханія долженъ производиться очень осторожно. Одного, двухъ вдуваній обыкновенно достаточно, чтобы отчасти наполнить легкія и чтобы, съ другой стороны, произвести инспираторное раздраженіе на легочныя вѣтви *vagus*'а. Чрезмѣрныя вдуванія легко обусловливаютъ подъ-плевральную эмфизему и на столько растягиваютъ грудную клѣтку, что сила эластичности оказывается недостаточною для экспираціи.

Другіе методы искусственнаго дыханія, подражающіе естественнымъ респираторнымъ явленіямъ, суть слѣдующіе:

*Schultze* предлагаетъ производить такъ называемыя качанія (*Schwingungen*). Ребенка берутъ сверху такимъ образомъ, что большіе пальцы съ обѣихъ сторонъ располагаются на передней поверхности грудной клѣтки, указательные пальцы—со стороны спины въ подкрыльцовыхъ ямкахъ, остальные пальцы лежатъ на спинкѣ, а головка ребенка удерживается между сочлененіями обѣихъ кистей рукъ. Начинаютъ эти качанія такимъ образомъ, что поднимаютъ ребенка вверхъ, такъ что держатъ его надъ своею головою, головка его обращена внизъ, а тазъ вслѣдствіе сгибанія поясничной части позвоночника приближается къ брюшной поверхности.

При этомъ вся тяжесть тѣла плода покоится на обоихъ приложенныхъ къ грудной клѣткѣ большихъ пальцахъ. Это первое качаніе соотвѣтствуетъ выдыханію и производится прежде всего для удаленія аспирированныхъ массъ. Слѣдующее затѣмъ вдыханіе совершается такимъ образомъ, что ребенка сильнымъ рѣзкимъ движеніемъ отбрасываютъ внизъ, такъ что головка снова обращается кверху, а тазъ книзу. Давленіе со стороны большихъ пальцевъ на грудную клѣтку прекращается, туловище виситъ теперь только на лежащихъ въ подмышечныхъ впадинахъ указательныхъ пальцахъ. Эти качанія повторяются отъ 8 до 10 разъ, затѣмъ ребенка кладутъ въ теплую ванну, послѣ чего снова переходятъ къ качаніямъ и т. д.

Способъ *Marshall Hall*'я основанъ на респираторныхъ движеніяхъ стѣнокъ грудной клѣтки въ силу собственнаго вѣса тѣла ребенка и эластичности реберъ. Выдыханію подражаютъ тѣмъ, что ребенка кладутъ на переднюю поверхность груди и усиливаютъ эффектъ этого одновременнымъ давленіемъ съ боковъ. При переходѣ въ боковое положеніе сила эластичности грудной клѣтки становится свободною, и слѣдуетъ вдыханіе. Такимъ образомъ по-очередно, то правое, то лѣвое боковое положеніе смѣняется положеніемъ на животѣ.

Способъ *Silvester*'а основанъ на томъ, что при одновременномъ быстромъ движеніи обѣихъ верхнихъ конечностей вверхъ м. *pectoralis* тянетъ за собою ребра и поднимаетъ ихъ.

Способъ *Schüller*'а состоитъ въ непосредственномъ подниманіи и опусканіи реберъ.

*Lahs* примѣняетъ простыя качанія ребенка, котораго онъ держитъ за ноги.

Изъ всѣхъ перечисленныхъ нами методовъ наибольшаго эффекта въ смыслѣ искусственнаго вентилированія легкихъ достигаютъ качанія по *Schultze*.

Въ этомъ легко убѣдиться, если мы будемъ сильно качать по способу *Schultze* мертворожденныхъ младенцевъ съ несомнѣнно безвоздушными легкими, слѣдовательно, всего лучше

такихъ, которые умерли еще до отхода водъ. Произведенная тотчасъ-же легочная проба показываетъ тогда, что легкія, смотря по данному случаю, болѣе или менѣе, обыкновенно до двухъ третей, наполнены воздухомъ.

Можно составить себѣ представленіе объ относительномъ достоинствѣ *Schultze*'вскихъ качаній сравнительно съ другими приведенными нами методами искусственнаго дыханія, если трахеотомированный свѣжій дѣтскій трупики (все равно, содержатъ-ли его легкія воздухъ, или нѣтъ) помощью трахеотомической канюли и длинной эластической трубки соединить съ ртутнымъ манометромъ (пнеймометромъ) и затѣмъ по-очереди примѣнять на ребенкѣ всѣ различные методы искусственнаго дыханія, а другому лицу поручить замѣчать на прикрѣпленной позади манометра миллиметровой скалѣ происходящія каждый разъ колебанія уровня ртутнаго столба.

При этомъ оказывается, что при *Schultze*'вскихъ качаніяхъ экскурсіи колебанія ртутнаго столба въ 5—6 разъ превышаютъ таковыя, напр., при ближе всего стоящемъ къ нему по своему достоинству способѣ *Silvester*'а, а при всѣхъ другихъ методахъ разница оказывается еще гораздо большею.

Всѣ эти произведенныя мною самимъ или подъ моимъ руководствомъ изслѣдованія всего лучше выясняютъ высокое значеніе качаній по *Schultze*.

Что другіе наблюдатели и экспериментаторы пришли къ инымъ результатамъ, причеиъ одни совершенно отрицаютъ всякое значеніе метода *Schultze*, а другіе приписываютъ ему лишь второстепенное значеніе въ сравненіи съ, будто-бы, болѣе дѣйствительнымъ способомъ *Silvester*'а, — причина этого заключается, вѣроятно, въ недостаточно точномъ, а главнымъ образомъ — въ недостаточно энергичномъ примѣненіи *Schultze*'вскихъ качаній.

Необходимо обращать особенное вниманіе на два обстоятельства, если мы хотимъ добиться успѣшныхъ результатовъ отъ примѣненія названнаго метода: во-первыхъ, качаніе внизъ должно производиться очень сильнымъ и рѣзкимъ движеніемъ, во-вторыхъ, головка должна удерживаться между сочлененіями кистей рукъ такъ, чтобы шейка ребенка при поперебънныхъ движеніяхъ туловища вверхъ и внизъ всегда оставалась вытянутою, и вслѣдствіе этого дыхательный каналъ былъ постоянно открытъ.

## АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

(Цифры означают нумерацію страницъ.)

- Абсолютное суженіе таза 61, 268.  
Акушерскіе щипцы 191.  
Ампутація надвлагалищная матки 287.  
Анамнезъ 17.  
Апотетеръ 123.  
Асфиксія плода 328.  
— —, ея лечение 339.  
— —, степени ея 335.  
Бартолиніевы железы, воспаление ихъ 87.  
Беременность вѣматочн. 305.  
— двойнями 32.  
—, искусственное прерываніе ея 51.  
Брахіотомія 266.  
Бромистый этиль 16.  
Вагинизмъ 80.  
Веденіе третьяго періода родовъ по *Ahlfeld*'у 50.  
— — — — по *Credé* 49.  
Веденіе физиологическихъ родовъ 47.  
Веселящій газъ 16.  
Влагалище, гематома его 86, 324.  
—, кисты его 87.  
—, поврежденія его 322.  
—, саркома его 90.  
—, суженіе его 78.  
—, тампонація его 66.  
—, фибромы его 90.  
Внутреннее изслѣдованіе 21.  
Внутренніе приемы для поворота на головку 138.  
Вѣматочная беременность, лапаротомія при ней 305.  
Вправление выпавшей конечности 98.  
— выпавшей пуповины 119.  
— опухолей полости таза 93.  
Вскрытіе плоднаго пузыря, искусственное 115.  
Выжиманіе плода и послѣда 230.  
Выкидышъ 38.  
— искусственный, методы его производства 72.  
— — при абсолютномъ суженіи таза 61.  
— — при кровотечен. 62.  
— — при неукротимой рвотѣ 60.  
— — при нефритѣ 61.  
Выпаденіе беременной матки 62, 76.

- конечностей 97.  
 — — поворотъ при немъ 158, 162.  
 — пуповины 118.  
 — — поворотъ при немъ 120, 158, 162.  
 Выслушивание живота 20.  
*Vulva infantilis* 80.  
 Гематома влагалища 86.  
 Гипертрофія шейки матки 76.  
 — передней губы зѣва матки 87.  
 Головка послѣдующая, исправленіе положенія ея 189.  
 — — краниотомія при ней 253.  
 — — наложеніе щипцовъ на нее 186, 228.  
 — — ручное освобожденіе ея 184.  
 Головная водянка 95.  
 — опухоль 23, 217, 236.  
 Головное положеніе, поворотъ при немъ 157.  
 Грыжи тазового канала 85.  
*Haematocele retrouterina* 86, 307.  
*Haematoma vaginae aut vulvae* 86, 324.  
*Hydrocephalus* 95.  
*Hymen intactus* 79.  
*Hysterostomatia* 77.  
 Двойни 32.  
 — , обусловливаемыя ими затрудненія родовъ 99.  
 Двойной приемъ для поворота 152.  
 Двойныя уродства 100.  
 — — , распознаваніе ихъ 109.  
 — — , терапия при нихъ 109.

- Двурогая матка 84.  
 Двухлористый метиленъ 17.  
 Дезинфекція въ акушерствѣ 4.  
 Декапитация 261.  
 Діететика тазовыхъ положеній 172.  
 — физиологическихъ родовъ 47.  
 Души горячіе 67.  
 — изъ газа угольной кислоты 67.  
 Дѣвственная плева, неповрежденная 79.  
 Дѣйствіе акушерскихъ щипцовъ 200.  
 Дѣтское мѣсто, искусственное отдѣленіе его 127.  
 — — предлежаніе его 159, 162.  
*Decollatio* 261.  
*Detruncatio* 261.  
*Diccephalus dibrachius* 104.  
 — *quadridrachius* 106.  
 — *tribrachius* 106.  
 — *tripus dibrachius* 106.  
 — — *tribrachius* 106.  
*Diprosopus* 101.  
*Dipygus* 102.  
 Животъ, выслушивание его 20.  
 — , осмотръ его 18.  
 — , ощупываніе его 18.  
 — , постукиваніе его 19.  
 — , увеличеніе его у плода 96.  
 Задержаніе послѣда 125.  
 Запись азота 16.  
 Замочная кровяная опухоль 86, 307.  
 Замыканіе щипцовъ, трудное 206.  
 Запоздалые роды 38.

Заращеніе наружнаго зѣва 74.  
 Зашиваніе разрывовъ промеж-  
 ности 320.  
 Зѣвъ матки, заращеніе его 74.  
 — — , неподатливость его  
 75.  
 — — , отекъ его 86.  
 — — , раскрытіе его 38.

Извлеченіе плода 167.  
 — — , показанія къ нему  
 168.  
 — — , при головномъ поло-  
 женіи 191.  
 — — при тазовомъ поло-  
 женіи 172.  
 — — при тазовомъ поло-  
 женіи и ненормальной ро-  
 таціи 188.  
 — — при ягодичномъ по-  
 ложеніи 174.  
 — — , условія для него 171.  
 Измѣреніе таза 32.  
 Изслѣдованіе акушерское 17.  
 — внутреннее 21.  
 — наружное 18.  
 Инструментъ для вправленія  
 пуповины 122.  
 Инструменты акушерскіе, на-  
 боръ 11.  
 Инъекціи внутриматочныя 70.  
 Ирригаціонная ложка 129, 248.  
 Искусственное вскрытіе плод-  
 наго пузыря 115.  
 — отдѣленіе дѣтскаго мѣста  
 127.  
 — отдѣленіе плодныхъ обо-  
 лочекъ 69.  
 — прерываніе беременно-  
 сти 51.  
 — родоразрѣшеніе при опу-  
 холяхъ въ полости таза 94.

Исправленіе положенія голов-  
 ки щипцами 213.  
 — — послѣдующей головки  
 189.  
 — произвольное при попе-  
 речномъ положеніи 45.  
 Ischiopagus 103.

Камни мочевого пузыря, какъ  
 препятствіе для родовъ 92.  
 Карболовая кислота, какъ  
 дезинфекціонное средство 6.  
 — — приготовленіе раство-  
 ровъ ея въ практикѣ 11.  
 Карболовое масло 6.  
 Карболовый вазелинъ 6.  
 Катетеризація матки 69.  
 Катетръ, приспособленный  
 для вправленія выпавшей  
 пуповины 122.  
 Кесарское сѣченіе на живой  
 267.  
 — — на мертвой 295.  
 — — на умирающей 299.  
 — — при опухоляхъ въ  
 тазу 90.  
 — — при стенозѣ влага-  
 лица 79.  
 — — , техника его 272.  
 Кефалотрибъ 241.  
 — , примѣненіе его 248.  
 Кисты влагалища 87.  
 — яичниковъ 87.  
 Кольпейринтеръ 66.  
 — внутриматочный 154.  
 Колѣнное положеніе 25.  
 Конечности, выпаденіе ихъ  
 97, 158, 162.  
 Костные щипцы 248.  
 Косыя положенія 24.  
 — — , поворотъ при нихъ  
 137, 142.  
 — — , распознаваніе ихъ 29.



- Краниоклазия 250.  
Краниокласть 242.  
—, примѣненіе его 250.  
Краниотомія 232.  
—, показанія къ ней 233.  
— при выпаденіи конечностей 99.  
— при лицевомъ положеніи 252.  
— при послѣдующей головкѣ 253.  
— при черепномъ положеніи 242.  
—, условія для нея 236.  
Кровать родильная 12.  
— поперечная 12.  
Кровотеченія, искусственный выкидышъ при нихъ 62.  
Крючокъ декапитационный *Braun'a* 262.  
— *Smellie* 255.  
— тупой 177.  
Кюретка ирригационная 129.  
248.  
Carcinoma uteri 90.  
Conglutinatio orificii 74.  
*Credé*, его способъ 49, 128.  
Kerphalotoracopagus 101.  
Kranioragus 102.  
Xiphopagus 108.
- Лапаротомія при внѣматочной беремености 305.  
— — —, показанія къ ней 310.  
— при разрывахъ матки 300.  
Лицевыя положенія, краниотомія при нихъ 252.  
— —, механизмъ родовъ при нихъ 42.  
— —, наложеніе щипцовъ при нихъ 226.
- —, превращеніе ихъ въ затылочные 164.  
— —, распознаваніе ихъ 27.  
Лобныя положенія, механизмъ родовъ при нихъ 42  
— — наложеніе щипцовъ при нихъ 228.  
— — распознаваніе ихъ 28.  
Ложка острая 129.  
Laparohysterotomia 267.  
Lithorædion, какъ препятствіе для родовъ 92.
- Матка беременная, выпаденіе ея 62, 76.  
— — двурога 84.  
— —, искусственное расширение ея 67, 72.  
— —, разрывъ ея 162, 259, 300, 325.  
— —, ракъ ея 90.  
— —, ретрофлексія ея 62, 85.  
— —, тетанусъ ея 162.  
— —, фибромы ея 88.  
Маточный шумъ 20.  
Метиленъ двухлористый 17.  
Методъ выжиманія 230.  
Механизмъ родовъ 40.  
— — неправильный 43.  
— — при лицевыхъ положеніяхъ 42.  
— — при лобныхъ положеніяхъ 42.  
— — при тазовыхъ положеніяхъ 42.  
— — при черепныхъ положеніяхъ 40.  
Миомы матки 88.  
Мнимо-умершій плодъ, оживленіе его 339.  
Meningocele sacralis anterior 84.

- Наборъ акушерскій** 11.  
**Наркозъ** 13.  
 — , противопоказанія для его примѣненія 17.  
**Недоношенный плодъ, размеры его головки** 54.  
**Неподатливость зѣва** 75.  
 — промежности 81, 318.  
**Несвоевременные роды** 38.  
**Несоотвѣтствіе пространственное, абсолютное** 61, 268.  
 — — легкой степени 171.  
 — — средней степени 53, 157, 236.  
**Неукротимая рвота** 60.  
**Нефритъ, искусственный выкидышъ при немъ** 61.  
**Ногоположенія** 25, 29.  
**Обеззараженіе губокъ** 9.  
 — инструментовъ 8.  
 — оператора и номсницковъ 7.  
 — роженицы 8.  
**Оболочки плодныя, искусственное отдѣленіе ихъ** 69.  
 — — , проколъ ихъ 71.  
 — — , удаленіе остатковъ ихъ 128.  
**Оживл. мнимо-умер. плода** 339.  
**Операционное помѣщеніе** 7.  
**Операция Porro** 287.  
**Опухоли, какъ препятствіе для родовъ** 83.  
 — полости таза, удаленіе ихъ 89.  
 — — — , проколъ ихъ 88, 93, 94.  
**Освобожденіе послѣдующей головки** 184.  
 — ручекъ 181.  
**Осевыя тракціи, щипцы съ таковыми** 220.  
**Отдѣленіе дѣтскаго мѣста** 127.  
**Отекъ зѣва** 86.  
**Отсутствіе наружнаго зѣва** 74.  
**Ощупываніе живота** 18.  
**Періоды родовъ** 38.  
**Передне-темянное положеніе** 44.  
**Перфораторы** 238.  
 — , примѣненіе ихъ 243.  
**Перфорационныя ножницы** 238.  
**Перфорация, см. краниотомія.**  
**Петля для поворота** 152.  
**Пилокарпинъ** 63.  
**Плацентарный шумъ** 20.  
**Поворотъ** 130.  
 — , вскрытіе плоднаго пузыря при немъ 145.  
 — , выборъ ножки 148.  
 — , выборъ руки 145.  
 — изъ поперечнаго положенія на тазовой конецъ 141.  
 — на головку 135.  
 — на ножку 142.  
 — отыскиваніе ножекъ при немъ 146.  
 — по *Braxton-Hicks'у* 122, 139, 153.  
 — , показанія къ нему 132.  
 — посредствомъ двойнаго приема 152.  
 — при выпаденіи конечностей 98, 158, 162.  
 — при выпаденіи пуповины 120, 158, 162.  
 — при головномъ положеніи 157.  
 — при мало-раскрытомъ зѣвѣ 134, 144, 153, 163.  
 — при предлежаніи дѣтскаго мѣста 159, 162.  
 — при тазовыхъ положеніяхъ 155.

- , условия для него 133.  
 Повреждения влагалища 322.  
 — промежности 318.  
 — шейки матки 325.  
 — сочленений таза 327.  
 Показания къ акушерскимъ операциямъ 2.  
 Положеніе роженицы при изслѣдованіи 21.  
 Положенія плода 24.  
 Помощники при акушерскихъ операцияхъ 13.  
 Поперечная кровать 12.  
 Поперечное стояніе головки, высокое 217.  
 — — — низкое, при лицевомъ положеніи 44.  
 — — — при лобномъ положеніи 44.  
 — — — при черепномъ положеніи 43, 213.  
 Поперечныя положенія 24.  
 — —, введеніе внутриматочнаго кольпейринтера при нихъ 154.  
 — — декапитация при нихъ 261.  
 — — запущенныя 258.  
 — —, классификація ихъ 30.  
 — —, поворотъ при нихъ 135, 141.  
 — —, преждевременный разрывъ плоднаго пузыря при нихъ 152, 153.  
 — —, распознаваніе ихъ 29.  
 — — эксентерация при нихъ 265.  
 Пороки развитія, какъ препятствіе для родовъ 84.  
 Послѣдующая головка, наложеніе щипцовъ на нее 228.  
 — —, освобожденіе ея 184.  
 — — перфорация ея 253.  
 Послѣдъ, искусственное отдѣленіе его 127.  
 —, удаленіе его остатковъ 128.  
 Пособіе, ручное, при тазовыхъ положеніяхъ 173.  
 Постукиваніе живота 19.  
 Пражскій способъ 185.  
 Предлежаніе дѣтскаго мѣста 159, 162.  
 — пуповины 119.  
 Преждевременные роды 38.  
 — — искусственные, методы изъ возбужденія 62.  
 — — — показанія къ нимъ 52.  
 — — — при привычномъ умираніи плода 56.  
 Прерываніе беременности, искусственное 51.  
 Привычное умираніе плода 56.  
 Приготовленія къ акушерскимъ операциямъ 11.  
 Приемъ *Braun'a* для освобожденія послѣдующей головки 185.  
 — двойной для поворота 152.  
 — *Kiwisch'a* для освобожденія головки 185.  
 — при трудномъ замыканіи щипцовъ 206.  
 — *Ritgen'a* для выведенія головки 48.  
 — *Smellie* для освобожденія головки, первоначальный 184.  
 — — — — видоизмѣненный 184.  
 Приемы внутренніе для поворота на головку 138.  
 — наружно-внутренніе для поворота на головку 139.  
 — наружные для поворота 138, 141.

- Продолжительность родовъ 39.  
 Продольныя положенія 24.  
 Проколъ плоднаго пузыря 117.  
 — плодныхъ оболочекъ 71.  
 — при вѣматочной беременности 307.  
 — опухолей полости таза 88, 93, 94.  
 Промежность, недостаточная растяжимость ея 81, 318.  
 — , поддерживаніе ея 47.  
 — — при щипцахъ 209.  
 — разрывы ея 318.  
 Пространственное несоотвѣтствіе, абсолютное 61, 268.  
 — — легкой степени 171.  
 — — средней степени 53, 157, 236.  
 Пузырь плодный 22, 39.  
 — — , искусственное вскрытіе его 115.  
 — — , преждевременный разрывъ его при поперечныхъ положеніяхъ 152, 153.  
 — — , обусловливаемое имъ замедленіе роувъ 115.  
 — мочевой, камни его, какъ препятствіе для родовъ 92.  
 Пуповина, вправленіе ея инструментальное 122.  
 — — — ручное 119.  
 — , выпаденіе ея 118.  
 — — , поворотъ при немъ 120, 158, 162.  
 — — , наложеніе щипцовъ при немъ 123.  
 — — , при поперечномъ положеніи 124.  
 — — , при тазовомъ положеніи 124.  
 — , перевязка ея 49.  
 — , предлежаніе ея 119.  
 — , шумъ ея 20.  
 Pygopagus 103.  
 Развитие плода, чрезмѣрное 95.  
 Размѣры головки недоношеннаго плода 54.  
 Разрывы влагалища 322.  
 — матки 162, 259, 300, 325.  
 — промежности неполные 319.  
 — — полные 319.  
 — — центральные 319.  
 — — , терапия ихъ 320.  
 — сочлененій таза 327.  
 — шейки матки 325.  
 Разрѣзъ зѣва матки 77.  
 Раеъ матки 90.  
 Раскрытіе зѣва 38.  
 Распиреніе матки 67, 72.  
 Рвота неукротимая 60.  
 Ретрофлексія беременной матки 62, 85.  
 Ritgen'овскій приемъ 48.  
 Родильная кровать 12.  
 Роды 37.  
 Ротация неправильная при лицевомъ положеніи 44.  
 — — при тазовомъ положеніи 45.  
 — — при черепномъ положеніи 44, 212.  
 — нормальная при лицевомъ положеніи 42.  
 — — при тазовомъ положеніи 42.  
 — — при черепномъ положеніи 40.  
 Рубцовое суженіе влагалища 79.  
 — — наружныхъ половыхъ органовъ 80.

- Ручное вправление пуповины 119.  
 — пособие при тазовыхъ положеніяхъ 173.  
 — удаление послѣда 127.
- Самоизворотъ 45.  
 Самоповоротъ 45.  
 Саркома влагалища 90.  
 Симфизеотомія 255.  
 Смерть плода 20.  
 Соскальзываніе щипцовъ 228.  
 Сочлененія таза, разрывы ихъ 256, 327.  
 Спорынья 62.  
 Сулема 6.  
 —, приготовленіе растворовъ ея въ практикѣ 11.  
 Суженіе влагалища 78.  
 — наружныхъ половыхъ органовъ 80.  
 — таза абсолютное 61, 268.  
 — — легкой степени 171.  
 — — средней степени 53, 157, 236.  
 — —, искусственные преждевременные роды при немъ 53.  
 — —, кесарское сѣченіе при немъ 268.  
 — —, наложеніе щипцовъ при немъ 197.  
 — —, поворотъ при немъ 157, 160.  
 — шейки матки 74.
- Тазовыя положенія, діететика ихъ 172.  
 — —, распознаваніе ихъ 28.  
 — —, раздѣленіе ихъ 25.  
 — —, механизмъ родовъ при нихъ 42.
- —, наложеніе щипцовъ на послѣдующую головку 228.  
 — —, перфорация послѣдующей головки 253.  
 — —, поворотъ при нихъ 155.  
 — —, ручное освобожденіе послѣдующей головки 184.
- Тазъ, измѣреніе его 32.  
 —, опухоли его 83.  
 —, суженія его 53, 61, 157, 171, 236, 268.
- Тампонація влагалища 66.  
 Тетанусъ матки 162.  
 Трепановидные перфораторы, примѣненіе ихъ 244.  
 Трепанъ *Braun'a* 239.  
 — *Guyon'a* 240.  
 — *Leissnig-Kiwisch'a* 239.
- Трудное замыканіе щипцовъ 206.
- Thoracosagus 107.  
 Tricephalus 107.  
 Thrombus vaginae aut vulvae 86, 324.
- Угольная кислота, души изъ нея 67.
- Удаленіе опухолей таза 89.  
 — остатковъ оболочекъ 128.  
 — послѣда 127.
- Умираніе плода, привычное 56.
- Уходъ за ножкою при вѣнчаточн. беремен. 313.  
 — — — при операциі *Porro* 289.
- Ученіе о дезинфекціи 4.
- Uterus bicornis. 84.
- Фибромы влагалища 90.  
 — матки и ея шейки 88.

- Хлораль 16.  
Хлороформъ 14.
- Цервикальныя міомы 89.  
*Cystocele vaginalis* 85.
- Черепныя положенія, выпаденіе конечностей при нихъ 97.  
— — , выпаденіе пуповины 119.  
— — , краниотомія при нихъ 242.  
— — , механизмъ родовъ 40.  
— — , неправильная ротация головки при нихъ 44, 212.  
— — , нормальная ротация головки 40.  
— — , наложеніе щипцовъ при нихъ 204.  
— — , поворотъ при нихъ 157.  
— — , распознаваніе ихъ 26.
- Членорасположеніе плода 24.  
— — нормальное 25.  
— — неправильное 25, 97.
- Шейка матки, гипертрофія ея 76.  
— — , разрывы ея 325.  
— — , расширеніе ея 67, 72.  
— — , фибромы ея 89.
- Шумъ маточный 20.  
— плацентарный 20.  
— пуповины 20.
- Щипцы акушерскіе 191.  
— *Breus* а 223.
- , время ихъ наложенія 201.  
— — , замыканіе ихъ 206.  
— — , наложеніе ихъ 204.  
— — — на послѣдующую головку 228.  
— — — при выпаденіи конечности 99.  
— — — при выпаденіи пуповины 123.  
— — — при высокоомъ поперечномъ стояніи 217.  
— — — при лицевомъ положеніи 226.  
— — — при лобномъ положеніи 228.  
— — — при неправильной ротации головки 212.  
— — — при низкомъ поперечномъ стояніи 213.  
— — — при нормальной ротации головки 203.  
— , производство тракцій 207.  
— , поддерживаніе промежуности при нихъ 209.  
— , соскальзываніе ихъ 228.  
— *Simpson*'а 199.  
— съ осевыми тракціями 220.  
— *Tarnier* 221.  
— , условія для ихъ наложенія 196.
- Эксентерація 265.  
Эксудаты, какъ препятствіе для родовъ 87.  
Экстирпація опухолей таза 93.  
Эксцеребрація 247.  
Электричество для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ 66.

Элитротомія 316.  
Эмбриотомія 258.  
Эмбриульція 265.  
Эпизіотомія 81.  
Эфиръ 16.  
Эхинококки полости таза 93.  
Ягодичныя положенія, виды ихъ 25.

— — , выпаденіе конечно-  
стей при нихъ 97.  
— — , выпаденіе пуповины  
при нихъ 124.  
— — , діететика ихъ 172.  
— — , поворотъ при нихъ  
155.  
Яичниковыя опухоли 87.

akusher-lib.ru