

Профессоръ И. К. Фоменовъ.

ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО.

akusher-lib.ru

Издание Бр. Башмаковыхъ.

Проф. Н. Н. ФЕНОМЕНОВЪ.

ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО.

ЛЕКЦІИ,

читанныя студентамъ Императорскаго Казанскаго Университета и слушательницамъ женскаго Медицинскаго Института въ С.-Петербургѣ.

ИЗДАНИЕ ПЯТОЕ, ДОПОЛНЕННОЕ.

Съ 10 таблицами автотипныхъ рисунковъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ
ИЗДАНИЕ Бр. БАШМАКОВЫХЪ.
1907.

akusher-lib.ru

О Г Л А В Л Е Н І Е .

	Стр.
Предисловіе нъ 5-му изданію	7
Предисловіе нъ 2-му изданію	8
Предисловіе нъ 1-му изданію	—
Введеніе.	11
Инструменты и другія пособія, необходимыя для выполненія акушерскихъ операцій	31
Операція искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ.	38
Способы, въ которыхъ дѣйствіе направлено на само плодное яйцо	39
Способы, при которыхъ раздражается сама внутренняя поверхность полости матки	41
Способы, исходная точка дѣйствія которыхъ заключается въ раздраженіи, resp., расширеніи, шейки матки.	56
Способы, дѣйствіе которыхъ основано на раздраженіи рукава, resp., его сводовъ	—
Электричество	59
Подкожное впрыскиваніе солянокислаго пилокарпина	60
Показанія	61
Предсказанія	73
Операція искусственнаго выкидыша	76
Показанія	88
Высшія степени (абсолютныя) суженія таза	89

	Стр.
Болѣзни беременныхъ, находящіяся въ тѣсной связи съ беременностью	90
Мѣстныя заболѣванія половой сферы	94
Операция разрыва плоднаго пузыря	100
Показанія	103
Операция разрѣза маточнаго зѣва	107
Показанія	109
Влагалищное кесарское сѣченіе	113
Способъ Bossi	115
Metreuryisis	119
Операция разрѣза половой щели	122
Показанія	125
Акушерскій поворотъ	133
Приготовленія къ операци	137
Предсказаніе	168
Показанія	169
Поворотъ на ягодицы	178
Показанія	179
Поворотъ на головку	—
Показанія	182
Предсказаніе	—
Извлеченія плода	187
Извлеченіе за одну ножку	208
Извлеченіе за ягодицы	209
Показанія къ операци извлеченія	216
Предсказаніе	217
Операция наложенія щипцовъ	219
Описаніе инструмента	223
Назначеніе и дѣйствіе щипцовъ	227
Приготовленіе и производство операци	231
Наложеніе щипцовъ на головку при заднихъ видахъ	245
Щипцы при лицевыхъ положеніяхъ	247
Щипцы при заднихъ видахъ лицевыхъ положеній	—
Наложеніе щипцовъ при положеніи роженицы на боку	248
Щипцы на послѣдующую головку	269

	Стр.
Показанія	273
Противопоказанія	280
Предсказаніе	—
Извлеченіе туловища	284
Выжиманіе плода	289
Операціи, уменьшающія объемъ плода	292
Craniotomia	—
Craniotomia при лицевыхъ положеніяхъ	314
Craniotomia на послѣдующей головкѣ	—
Cranioclasia	316
Кефалотрипсиа	317
Показанія	321
Предсказаніе	328
Embryotomia	329
Decapitatio	330
Exenteratio, evisceratio, evisceratio, embryulcia	341
Показанія	343
Предсказаніе	345
Операціи, помощьюъ которыхъ родоразрѣшеніе совершается чрезъ искусственно сдѣланные пути	346
Кесарское сѣченіе	—
Приготовленія	352
Операція Porro	371
Gastro-elytrotomia	377
Показанія къ кесарскому сѣченію	378
Кесарское сѣченіе на мертвой	396
Чревостѣченіе во время беременности и по поводу ея	400
Показанія	403
Лонное хрящеразсѣченіе, разрѣзъ лоннаго соединенія	406
Выборъ времени для операціи	417
Производство операціи	419
Показанія	428
Предсказаніе	430
Ишіопубіотомія	437

	Стр.
Пубіотомія	439
Проектъ измѣненія операціи симфизеотоміи.	446
Операція въ послѣдовомъ періодѣ	453
Выдѣленіе послѣда	—
Отдѣленіе дѣтскаго мѣста	455
Вправление пуповины	455
Кровотеченія тотчасъ послѣ родовъ и ихъ лѣченіе	471
» » изъ полости матки	—
» » » разрывовъ шейки	485
» » » наружныхъ половыхъ органовъ	486
Поврежденіе мягкихъ частей родового канала и ихъ оперативное лѣченіе	489
Поврежденія шейки	—
Разрывы рукава	491
Способъ лѣченія наружныхъ поврежденій	—
» » при полномъ разрывѣ промежности	494
Предсказаніе	496
Алфавитный уназатель по предметамъ	497
» » по авторамъ	508

Предисловіе къ 5-му изданію.

Въ настоящемъ изданіи я держался того же плана и порядка изложенія, какъ и въ предшествовавшихъ. Въ этомъ изданіи сдѣланы нѣкоторыя измѣненія и дополненія соотвѣтственно духу времени. Нѣкоторые вопросы частью затронуты впервые, частью разсмотрѣны болѣе подробно (метрейризмъ, способъ *Bossi*, влагалищное кесарское сѣченіе, пубіотомія и др.) и пересмотръ изданія былъ законченъ еще въ 1905 году. Несмотря на это, только въ концѣ 1906 года, вслѣдствіе особенностей русской политической жизни, между прочимъ рѣзко отразившихся на типографскихъ работахъ, явилась возможность приступить къ печатанію безъ задержки. Въ виду значительнаго вздорожанія книгопечатныхъ матеріаловъ и типографскихъ работъ, прежняя цѣна изданія уже не могла оправдать необходимыхъ расходовъ, и я вынужденъ былъ согласиться на предложеніе издателей—повысить продажную цѣну.

Н. Феноменовъ.

Никольское на Волгѣ.
18 августа 1906 г.

Предисловіе къ 2-му изданію.

Со времени выхода въ свѣтъ этой книжки не прошло и года. Этимъ достаточно объясняется, почему 2-е изданіе выходитъ почти въ томъ же объемѣ и безъ значительныхъ измѣненій. Глава о симфизеотоміи изложена иначе, согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ. Всѣ рисунки гравированы вновь, при чемъ къ прежнимъ прибавлено еще изображеніе двухъ инструментовъ, описаніе которыхъ, безъ рисунка, мнѣ казалось недостаточно яснымъ.

Н. Феноменовъ.

Казань, 27 апрѣля 1893 г.

Предисловіе къ 1-му изданію.

Имѣя въ виду потребности практическаго изученія акушерскихъ операцій и уступая неоднократно выраженному желанію моихъ слушателей, я рѣшился напечатать курсъ лекцій **Оперативнаго Акушерства**, читанныхъ студентамъ Императорскаго Казанскаго Университета. Это мнѣ казалось тѣмъ болѣе умѣстнымъ, что въ общераспространенныхъ руководствахъ по акушерству отдѣлу объ акушерскихъ операціяхъ, обыкновенно, удѣляется сравнительно мало мѣста и вниманія. Что же касается специальныхъ сочиненій по этому отдѣлу, то въ русской медицинскои литературѣ имѣется всего только **одно** оригинальное сочиненіе—это капитальный трудъ достойнѣйшаго представителя русскаго акушерства, академика **А. Я. Брассовскаго**.

Въ настоящемъ курсѣ **Оперативнаго Акушерства** я нѣсколько отступилъ отъ обычнаго порядка изложенія и подраздѣленія акушерскихъ операций, принятаго въ большинствѣ руководствъ. Операции, обыкновенно, подраздѣляютъ на двѣ категоріи: а) операции подготовительныя и б) операции родоразрѣшающія. Къ первой категоріи относятся: разрывъ плоднаго пузыря, разрѣзъ зѣва, поворотъ, возбужденіе искусственнаго выкидыша и пр. Во вторую входятъ: экстракція, наложеніе щипцовъ, краниотомія, кесарское сѣченіе и пр. По моему, это дѣленіе искусственное и провести его болѣе или менѣе послѣдовательно нельзя. Такъ, если операцию поворота причислять къ подготовительнымъ операциямъ, то съ такимъ же правомъ слѣдуетъ отнести въ эту же рубрику и краниотомию, и симфизеотомию. Тамъ—исправленіе положенія плода, здѣсь—исправленіе взаимныхъ отношеній между матерью и родовымъ объектомъ и т. д. Поэтому я и не держался раздѣленія на эти категоріи.

Въ числѣ акушерскихъ операций я считалъ необходимымъ изложить операции, возстановляющія цѣлость родовыхъ путей, нарушенную во время родовъ, а также и способы борьбы съ кровотечениями, наступающими тотчасъ послѣ родовъ или нѣкоторое время спустя (позднія кровотечения); но зато изъ цикла акушерскихъ операций я вовсе исключилъ, такъ называемое, насильственное родоразрѣшеніе (*accouchement forcé*).

Къ изданію приложено 10 таблицъ литографированныхъ рисунковъ. Всматриваясь въ рисунки, нельзя не замѣтить между ними большой разницы въ исполненіи на различныхъ таблицахъ. Это объясняется тѣмъ, что въ такомъ городѣ, какъ Казань, весьма не легко найти искуснаго художника-рисователя и искуснаго исполнителя-гравера. Поэтому, когда одинъ изъ исполнителей въ эпидемію нынѣшняго года заболѣлъ сыпнымъ тифомъ, во избѣжаніе задержки изданія, пришлось поручить работу другому. Этимъ же обстоятельствомъ объясняется и то, что нумерація таблицъ и рисунковъ не согласуется съ расположеніемъ соотвѣтственныхъ главъ текста.

Называя въ соотвѣтственныхъ мѣстахъ имена различныхъ авторовъ, я не привожу, однако, полнаго очерка

литературы по тому или другому вопросу. Желаящие найдутъ эти указанія въ вышеназванномъ сочиненіи **А. Я. Брассовскаго**, гдѣ историческія данныя по всеѣмъ вопросамъ собраны съ возможной полнотой и тщательностью.

Приложенный въ концѣ книги предметный и поименный (алфавитный) указатели составлены бывшимъ моимъ ассистентомъ, приватъ-доцентомъ *В. А. Столыпинскимъ*, которому и приношу мою благодарность.

Н. Феноменовъ.

Казань, 1 мая 1892 г.

Origo artis obstetriciae est ad experientia, experientiae occasio a necessitate.

М.м. Гг.

Предметом оперативнаго акушерства служатъ операциі на женской половой сферѣ, предпринимаемыя по поводу беременности, родовъ и послѣродового періода, требующихъ врачебнаго вмѣшательства. Ближайшія цѣли этихъ операций весьма различны. Однѣ операциі имѣютъ въ виду—прерываніе беременности раньше нормальнаго срока (искусственные преждевременные роды и выкидышъ); другія—ускореніе теченія и окончанія родового акта (разрывъ плоднаго пузыря, щипцы, извлеченіе, выжиманіе плода); третьи—исправленіе и устраненіе различныхъ неправильностей, которыя встрѣчаются во взаимныхъ отношеніяхъ плода и матери. Эта категорія самая обширная. Сюда относятся: поворотъ въ разныхъ видахъ, уменьшеніе объема плода (перфорация, кравіо-клазія, декапитация и т. п.), образованіе искусственныхъ путей (различныя виды кесарскаго сѣченія и пр.); и, наконецъ, четвертыя—устраненіе различныхъ осложненій, наступающихъ во время родовъ (вправленіе пуповины, операциі надъ послѣдомъ, остановка кровотеченія, зашиваніе разрывовъ промежности и т. п.

Ученіе объ этихъ операцияхъ и составляетъ содержаніе оперативнаго акушерства.

Акушерскія операциі по времени своего происхожденія весьма различны. Однѣ изъ нихъ ведутъ свое начало съ весьма глубокой древности, едва ли не съ тѣхъ поръ, когда грозный приговоръ „въ волѣзнихъ родили чѣда“ (Бытія, гл. 7 ст. 51) впервые практически приводился въ исполненіе, другія—принадлежатъ новѣйшему времени. Не подлежитъ сомнѣнію, что вначалѣ акушерскія операциі были чисто эмпирическими, случайными пособіями, подсказанными необходимостію и, конечно, далеко не соотвѣтствовали понятію о разумной акушерской помощи.

По мѣрѣ развитія человѣческаго общества, по мѣрѣ насажденія культуры вообще, необходимость акушерской помощи становилась все болѣе и болѣе очевидною и, еще задолго до временъ *Моисея*, подача акушерской помощи была дѣломъ весьма обыкновеннымъ какъ у египтянъ, такъ и у евреевъ. Существовала даже особая организація этой помощи, въ лицѣ повивальныхъ бабокъ. Благодаря драгоценнымъ указаніямъ Св. книгъ Ветхаго Заветъа, мы имѣемъ возможность составить себѣ нѣкоторое понятіе о нравственныхъ качествахъ и степени специальныхъ акушерскихъ познаній этихъ лицъ. Доказательствомъ высокихъ нравственныхъ качествъ этихъ лицъ служить то, что, когда Фараонъ приказалъ бабкамъ убивать всѣхъ новорожденныхъ еврейскихъ младенцевъ мужского пола, то нѣкоторые изъ бабокъ (*Сенфора* и *Фуа*) нашли въ себѣ настолько мужества, что не рѣшились быть исполнительницами жестокаго приказа своего властелина, несмотря на то, что приказъ этотъ былъ повторенъ и при томъ лично (Исх. гл. ѧ ст. ѧ—ѧ). Но если, въ лицѣ названныхъ представительницъ сословія, нравственный обликъ повивальныхъ бабокъ представляется весьма симпатичнымъ, то ихъ искусство и знанія оказывались далеко не на высотѣ задачи и требованій, предъявляемыхъ къ нимъ. Такъ, по свидѣтельству *Моисея* (Бытій гл. лѣ ст. ѧ—ѧ), когда *Рахили* пришло время родить, и роды были трудные („ѧ възбѣдствовала въ рожденіи“), то бабка, вмѣсто какой либо помощи, только утѣшала и ободряла ее тѣмъ, что она родила сына, а *Рахиль*, между тѣмъ, тутъ же и умерла. То же самое видимъ и много позже (ѧ Кн. Царствъ, гл. ѧ ст. к): когда невѣстка *Илія*, подъ вліяніемъ извѣстія о смерти свекра и мужа, родила и умирала, находясь въ безсознательномъ состояніи („ѧ не ѡвѣщѣла, ѧ не разумѣ сердце ѧ“), бабка только утѣшала ее. — Наконецъ, при патологическихъ родахъ *Тамари* (невѣстки *Іуды*), когда дѣло шло о двойняхъ и выпаденіи ручки (Бытій, гл. лѧ ст. кѧ—л), роды, со стороны бабки, были предоставлены самимъ себѣ

Прошли вѣка, человѣчество далеко ушло по пути прогресса и цивилизаціи, но и въ современной организаціи акушерской помощи видны отпечатки прошлаго. На ряду

съ прекрасно образованными и стоящими на высотѣ своего призванія повивальными бабками, подачей акушерской помощи занимаются, какъ извѣстно, и, такъ называемыя, „простыя бабушки“, повитухи и пр., которыя въ ихъ нынѣшнемъ видѣ не должны быть терпимы, и которыя, въ лучшемъ случаѣ, могутъ развѣ служить живыми доказательствами теоріи атавизма, представляя собою сохранившіеся во всей неприкосновенности типы тѣхъ ветхозавѣтныхъ бабокъ, на рукахъ которыхъ беспомощно погибала *Рахиль*, умирала жена *Финееса*, мучилась въ родахъ *Тамарь* и т. п.

Со времени перваго акушерскаго пособия протекли цѣлыя тысячелѣтія прежде, чѣмъ акушерство вступило, наконецъ, на единственно правильный путь развитія и прогресса—на путь опыта и наблюденія и достигло своего настоящаго состоянія. Въ теченіе этого длиннаго періода времени ученіе объ акушерскихъ операціяхъ, разумѣется, не оставалось въ одномъ положеніи. Оно претерпѣвало различныя видоизмѣненія въ зависимости отъ господствовавшихъ принциповъ общаго направленія научнаго развитія данной эпохи и носило на себѣ ея отпечатокъ. Возникали различныя научныя теоріи, создавались опредѣленные взгляды, высказывались тѣ или другія мнѣнія, которыя, благодаря авторитетамъ проповѣдывавшихъ ихъ лицъ, принимались чуть не за непреложную истину и твердо держались въ наукѣ, давая могучій толчокъ ея развитію, или, наоборотъ, надолго тормозя это послѣднее. Таковы, напр., ученіе о расхожденіи тазовыхъ сочлененій во время родовъ, о вколачиваніи предлежащей части (*paragomphosis, incuneatio*) и пр. Много было въ этихъ взглядахъ произвольнаго, много неправильныхъ толкованій, отголоски которыхъ слышатся еще и по сей день, напр., мнѣніе о бросаніи молока въ голову (*perpercussio lactis*) и пр., но зато въ нихъ были и крупныя истины. Какъ бы то ни было, однакоже, всѣ эти отжившія теоріи и ученія, въ настоящее время частью забытыя, частью подвергнутыя капитальной переработкѣ, оказывали несомнѣнно благотворное вліяніе на движеніе научной мысли и внесли свою лепту въ общую сокровищницу знаній. Въ этомъ отношеніи ихъ можно уподобить рѣкамъ, впадающимъ въ океанъ, которыя вмѣстѣ съ пескомъ и иломъ несутъ въ него и свои свѣтлыя воды.

Нѣкоторыя изъ этихъ теорій имѣютъ огромное значеніе въ исторіи развитія не только медицины, или въ частности акушерства, но и біологическихъ наукъ вообще. Такова, на примѣръ, теорія родильной горячки *Semmelweis's*а. Появленіе этой теоріи можно считать эрою, съ которой начинается совершенно новая жизнь.

Эта теорія произвела настоящую революцію въ ученіи о заразныхъ болѣзняхъ и въ особенности отразилась на ученіи о предсказаніи и исходахъ при акушерскихъ и хирургическихъ операціяхъ. Она обусловила тѣ колоссальныя успѣхи хирургіи, которыми, по справедливости, гордится современная медицина. Но, прежде чѣмъ новое ученіе успѣло сдѣлаться достояніемъ научнаго міра, оно должно было выдержать ожесточенную и упорную борьбу съ приверженцами старыхъ мнѣній. Съ упорствомъ и энергіей, достойными лучшей доли, представители прежнихъ ученій старались отстаивать правоту своихъ мнѣній, нерѣдко наперекоръ очевидности; но устами приверженцевъ новаго ученія говорила сама истина, и оно не могло не восторжествовать. Вы, которые воспитываетесь въ духѣ новаго ученія, конечно, вполне основательно знакомы съ его сущностью, и потому я не буду касаться этого. Какъ сказано, творцомъ этого ученія былъ *Semmelweis*. Изъ уваженія къ памяти этого великаго человѣка, позвольте мнѣ сказать о немъ и его великомъ открытіи нѣсколько словъ.

Ignaz Philipp Semmelweis, уроженецъ Пешта, акушеръ по профессіи, въ сороковыхъ годахъ настоящаго столѣтія былъ ассистентомъ акушерской клиники у проф. *Klein*'а въ Вѣнѣ. Въ то время, какъ и теперь, въ Вѣнѣ были двѣ акушерскихъ клиники: одна—для врачей и студентовъ (1-я) и другая—для ученицъ повивальной школы (2-я клиника). Обѣ клиники, въ отношеніи ухода, помѣщенія, пищи и пр., поставлены были въ совершенно одинаковыя условія, а между тѣмъ смертность въ первой клиникѣ (для врачей и студентовъ) была гораздо больше, чѣмъ во второй. Такъ, въ 1842 г. $\%$ смертности для первой клиники=15,8, а для второй=7,5; а въ 1846 году разница выступила еще гораздо рѣзче: 11,4 $\%$ для первой клиники и 2,7 $\%$ для второй. Это рѣзко бросалось въ глаза и не могло оставаться незамѣченнымъ. Но тѣ, „кому о семъ вѣдать надлежало“, въ своемъ бесси-

ли понять и объяснить это явление, или обходили его молчаніемъ, или высказывали взгляды, которые были болѣе остроумны, чѣмъ близки къ истинѣ.

Свѣтлый умъ *Semmelweiss*'а не могъ удовлетвориться этими объясненіями: ему казалось страннымъ, какимъ образомъ однѣ и тѣ же причины (космическія, теллурическія вліянія и пр.) могутъ производить неодинаковыя послѣдствія при прочихъ равныхъ условіяхъ. Усомнившись въ справедливости даваемыхъ объясненій, онъ стремился найти дѣйствительную причину этихъ загадочныхъ явленій. Желая въ анатомопатологическихъ данныхъ почерпнуть искомыя указанія, онъ натолкнулся на фактъ, что тѣ же измѣненія, которыя были находимы на трупахъ погибшихъ отъ родильной горячки, встрѣчались и на трупахъ новорожденныхъ *обоего пола*. Отсюда онъ совершенно справедливо заключилъ, что родильная горячка не есть заболѣваніе *sui generis*, свойственное только беременнымъ, роженицамъ и родильницамъ, но поражаетъ и новорожденныхъ. Оставался всего одинъ шагъ до обобщенія этого вывода, и вопросъ ясно и просто рѣзрѣшался; но для этого недоставало неоспоримаго свидѣтельства фактовъ. Такое свидѣтельство, однако, скорѣ отыскалось, хотя и очень дорого стоило *Semmelweiss*'у. Это была смерть его друга, профессора *Kolletschka*, заразившагося при вскрытіи. На трупѣ покойнаго оказались точно такія же измѣненія, какія постоянно наблюдались при вскрытіи погибшихъ отъ родильной горячки. Для *Semmelweiss*'а прямой логическій выводъ изъ сопоставленія этихъ фактовъ былъ тотъ, что родильная горячка и трупное зараженіе происходятъ отъ одной и той же причины. Отсюда ясно было, почему въ 1-й клиникѣ, гдѣ работали врачи и студенты, часто имѣвшіе дѣло съ трупами, смертность была больше, чѣмъ въ клиникѣ повивальныхъ бабокъ, гдѣ этого условія не было. Дальнѣйшія наблюденія скоро дали возможность *Semmelweiss*'у обобщить свое первое положеніе и высказать мнѣніе, что причиной зараженія можетъ служить не только трупный ядъ, но и вообще всякое гнилостно разлагающееся органическое вещество. Опыты на животныхъ, предпринятыя въ этомъ направленіи *Semmelweiss*'омъ, вполне подтвердили справедливость этого мнѣнія. Такимъ образомъ, теорія заразныхъ заболѣваній врачами роженицъ, была

установлена на прочныхъ основаніяхъ. Исходя изъ этихъ положеній и разсуждая логически, *Semmelweiss* пришелъ къ выводу, что, если бы тѣ гнилостныя вещества, которыя руками врачебнаго персонала вносятся въ половой каналъ роженицъ, сдѣлать какимъ либо образомъ недѣятельными, или окончательно разрушить, то тѣмъ самымъ уничтожилась бы возможность зараженія. Съ этой цѣлью онъ предложилъ и ввелъ въ своемъ отдѣленіи *обмываніе рукъ врачебнаго персонала хлорной водой*, а нѣсколько позже—*растворомъ хлоридной извести*. Однѣхъ этихъ простыхъ мѣръ было достаточно, чтобы смертность измѣнилась сразу и кореннымъ образомъ. Въмѣсто прежней годовой смертности въ 9,92%, она вдругъ стала=1,27%, а въ нѣкоторые мѣсяцы на 250—300 родовъ ‰=0.

Какъ видите, безсмертная заслуга *Semmelweiss*'а заключалась не только въ томъ, что онъ надлежащимъ образомъ понималъ и оцѣнилъ способы происхожденія гнилостныхъ заболѣваній, но и далъ методъ для борьбы съ этими заболѣваніями. Казалось бы, что высказанная теорія и вытекающій изъ нея *противогнилостный способъ*, подкрѣпленный такимъ блестящимъ доказательствомъ, должны были встрѣтить общее сочувствіе и немедленно найти примѣненіе въ практикѣ. Въ дѣйствительности оказалось нѣчто другое. Ученіе *Semmelweiss*'а встрѣтило сильную оппозицію, между прочимъ, въ лицѣ тогдашнихъ представителей акушерства въ Германіи (*Scanzoni, Siebold*'а). *Semmelweiss* не оставался въ долгу. Сурово звучалъ его вдохновенный голосъ, требуя признанія справедливости высказанныхъ взглядовъ; убѣжденный въ истинѣ своего ученія, *Semmelweiss* не щадилъ никого и рѣзко нападалъ на своихъ противниковъ, забывая, что онъ имѣлъ дѣло съ людьми, самолюбіе и другія мелкія страсти которыхъ не разъ служили тормазомъ различныхъ благихъ начинаній... Все это создало массу личныхъ враговъ ему и, — что гораздо хуже, — его ученію. Не видя желаннаго распространенія своихъ принциповъ, стоя почти одинокимъ, съ различныхъ сторонъ встрѣчая только противодѣйствіе, *Semmelweiss* говорилъ: „Если бы мнѣ не суждено было собственными глазами видѣть то счастливое время, когда въ родильныхъ домахъ всего міра будутъ встрѣчаться только случаи самозараженія, то увѣренность въ томъ, что это время, рано или поздно, должно на-

ступить,—будеть служить для меня источником утѣшенія въ мой смертный часъ“¹⁾).

Непризнанный современниками, забытый потомствомъ²⁾ этотъ апостолъ новаго слова, въ августѣ 1865 г., умеръ въ домѣ умалишенныхъ (въ Вѣнѣ), не дождавшись торжества своихъ принциповъ. Но его идеи, его ученіе, его практическіе совѣты и указанія не погибли. Они послужили краеугольнымъ камнемъ, на которомъ воздвигнуто стройное зданіе современнаго ученія о заразныхъ заболѣваніяхъ ранѣ и пр. Предсказанное и столь желанное имъ время наступило: противогнилостный методъ сдѣлался общимъ достояніемъ и носить имя... *Листера*. Не будемъ удивляться этому! Судьбы великихъ открытій, видимо, одинаковы. Вѣдь и заатлантическій міръ, открытый *Колумбомъ*, носить названіе—*Америки*.

Говоря объ ученіи *Semmelweiss'a*, я, быть можетъ, нѣсколько уклонился въ сторону, но думаю, что, изъ уваженія къ этому имени, Вы не посѣтуете на меня за это отступленіе.

Что касается историческаго хода развитія оперативнаго акушерства, то это не входитъ непосредственно въ мою задачу. Въ послѣдующемъ изложеніи, при описаніи большинства операций, я постараюсь приводить историческія данныя, поскольку они могутъ служить къ лучшему пониманію и уясненію различныхъ сторонъ той или другой операціи.

Прежде чѣмъ перейти къ изложенію акушерскихъ операцій въ частности, я считаю нужнымъ указать общіе принципы при производствѣ операцій.

А) Всѣ операціи должны быть производимы при самомъ строгомъ, самомъ щепетильномъ соблюденіи правилъ *асептического* или *антисептического* методовъ. Такъ какъ Вы знакомы съ принципами этихъ методовъ и каждый день видите примѣненіе ихъ въ клиникѣ, то особенно распростра-

1) Die Aetiologie, der Begriff und Prophylaxis des Kindbettfiebers, 1861, p. 537. (Nachwort).

2) Въ настоящее время это несправедливое отношеніе къ памяти великаго человѣка измѣнилось, и въ концѣ 1892 г. организованъ международный комитетъ для сбора пожертвованій на устройство памятника *Semmelweiss'у* въ Буда-Пештѣ. Въ 1894 г., 21 августа (2 сентября н. ст.), во время международнаго сѣзда (гигіены и демографіи), на могилѣ покойнаго открытъ памятникъ въ видѣ саркофага. Постановка *международнаго* памятника отложена въ виду недостаточности, собранной къ тому времени, суммы впредъ до ея пополненія.

няться на этотъ счетъ я не буду. Укажу только на то, что наши заботы должны быть направлены на достиженіе чистоты и безгнилостнаго состоянія обстановки, самой оперируемой, участниковъ операціи, въ особенности ихъ рукъ, инструментовъ и всего того, что такъ или иначе можетъ придти въ соприкосновеніе съ оперируемой ¹⁾).

Относительно того, какого изъ двухъ способовъ слѣдуетъ держаться, то, по мнѣнію моему, въ благоустроенныхъ клиникахъ, родильныхъ домахъ операціи, *геср.*, роды должны быть ведены по принципу *асептики*. Въ частной практикѣ, гдѣ удовлетворительное проведеніе требованій этихъ принциповъ трудно выполнимо, а слѣдовательно и не надежно, вполне умѣстно примѣненіе *противогнилостныхъ мѣрѣ*. Мыло, щетка, или свѣжая мочалка, кипящая вода, кружка *Эсмарха*, бутылка спирта и нѣкоторое количество обеззараживающихъ веществъ—вотъ тотъ незамысловатый необходимый арсеналь, съ помощью котораго можно, въ должной мѣрѣ, удовлетворить требованіямъ *антисептики*. Считаю необходимымъ замѣтить, что для очищенія рукъ и операціоннаго поля предъ изслѣдованіемъ, *геср.*, передъ операціей, большее значеніе имѣетъ та дезинфекція, которая достигается при употребленіи мыла и щетки (мочалки, люфы, свѣже вываренныхъ въ кипящей водѣ), чѣмъ того или другого изъ обеззараживающихъ растворовъ. Если бы пошло на выборъ, то я скорѣе предпочелъ бы остаться совсѣмъ безъ дезинфецирующаго средства, чѣмъ отказаться отъ мыла, горячей воды и щетки. Именно у роженицъ это совершенно необходимо. Грязь, потъ, отдѣленіе кожного сала, моча, выдѣленія изъ рукава, частицы кала и проч., скопляясь въ складкахъ и волосахъ наружной половой сферы, очень трудно поддаются удаленію и требуютъ настойчиваго и неоднократнаго омовенія и механическаго удаленія энергическимъ треніемъ. Съ этой стороны, въ видахъ наибольшей гарантіи чистоты и опрятности, было бы весьма желательно *сбриваніе* волосъ—мѣра, которую, къ сожалѣнію, иногда трудно будетъ провести, но въ пользѣ которой легко убѣдиться на лицахъ,

¹⁾ Полезныя свѣдѣнія по этому предмету можно найти у *Strassmann'a*—Практическое руководство къ асептическому акушерству. Русскій перев. 1895 г., у *Saenger'a Odenthal'я*—Асептика въ гинекологіи и акушерствѣ. Русскій перев. 1896 г.; также у *Иванова*—Антисептика и асептика. Москва 1900 г.

практикующихъ ее, напр., по религиознымъ побужденіямъ (женщины магометанскаго вѣроисповѣданія и пр.). Наравнѣ съ наружными половыми органами необходимо вымыть и близъ лежащія сосѣднія части (внутреннюю поверхность бедеръ, ягодицы, *покровы живота* и т. п.) и, кромѣ того, *руки самой роженицы*, которая рефлекторно, подъ вліяніемъ болей, хватаясь за половые органы, можетъ испортить весь эффектъ нашего обеззараживанія. Животъ цѣлесообразно покрыть стерилизованнымъ полотенцемъ (resp. марли); другимъ кускомъ обезпложенной марли (еще лучше намоченной въ спиртѣ) покрыть половыя части и сосѣднія области; соответственно половой щели прорѣзать отверстіе. Ноги больной, часто весьма подозрительныя по чистотѣ, мы обертываемъ чистыми полотенцами или простынями (выше колѣнъ), или надѣваемъ длинные полотняные чулки, лучше сказать широкіе мѣшки, скроенные на-подобіе чулокъ. Передъ операцией не слѣдуетъ забывать опорожнить мочевой пузырь чрезъ катетеръ. Прямая кишка предполагается очищенной заблаговременно—еще въ началѣ родовъ; въ случаѣ необходимости очищеніе ея передъ операцией дѣлають до окончательнаго обеззараживанія. Относительно примѣненія болѣе или менѣе употребительныхъ растворовъ (карболовой кислоты, сулемы и др.) извѣстной крѣпости (приготавливаемыхъ на кипяченой же водѣ)—для обеззараживанія рукъ врачебнаго персонала, я долженъ замѣтить, что для тѣхъ лицъ, чьи руки не выносятъ ни растворовъ карболовой кислоты, ни растворовъ сулемы и весьма легко портятся, эти растворы могутъ быть замѣнены такими, которые легко переносятся кожей. Лично я охотно обеззараживаю свои руки сначала тщательнымъ и неоднократнымъ вымываніемъ съ мыломъ, resp., мыльнымъ спиртомъ и достаточно горячей кипяченой водой при помощи мочалки (люфы) или щетки ¹⁾, при чемъ очищаю подногтевыя пространства, затѣмъ послѣ вытиранія обеззара-

¹⁾ *Saenger* совѣтуетъ очищать руки обыкновеннымъ рѣчнымъ пескомъ съ зеленымъ мыломъ. Вмѣсто песку мы пробовали употреблять древесныя опилки. Кожа рукъ, повидимому, довольно легко переноситъ и ту и другую механическую очистку. Столь раскваливаемое мраморное мыло *Schleich's* едва ли имѣетъ преимущество (въ смыслѣ дѣйствительности обеззараживанія) предъ обыкновенными способами употребленія мыла со щеткой или мочалкой.

женнымъ полотенцемъ, руки погружаются на 1 мин. въ растворъ марганцево-кислаго кали (2—4‰), потомъ обезцвѣчиваются насыщеннымъ растворомъ щавелевой кислоты. Избытокъ кислоты нейтрализуется погруженіемъ рукъ въ 2‰ растворъ соды. Затѣмъ руки тщательно вытираются кускомъ марли (ваты), смоченной въ 90—95‰ спиртѣ. Если требуется болѣе или менѣе глубокое введеніе руки въ половой каналъ, то приготовленная рука обмакивается въ 2‰ растворъ буры (соды). Это придаетъ извѣстную скользкость рукѣ и облегчаетъ ея введеніе. Стоитъ сравнить введеніе руки, намоченной въ растворѣ буры, съ рукой, намоченной въ растворѣ сулемы, чтобы ясно замѣтить разницу. Неоднократныя изслѣдованія и продолжительный опытъ убѣдили меня, что вышеописаннымъ способомъ достигается вполнѣ достаточное обезпложиваніе рукъ. Въ послѣдніе годы для мытья и подготовки рукъ мы пользуемся мыльнымъ спиртомъ и горячей водой. Мытье совершается обязательно въ теченіе 10 мин., послѣ чего руки тщательно обтираются марлей, обильно смоченной въ крѣпкомъ спиртѣ (денатурированномъ). Результаты — въ смыслѣ обезпложиванія рукъ — получаются весьма надежныя, а потому этотъ способъ, какъ менѣе сложный, я считаю болѣе *практичнымъ*.

Обеззараживаніе глубже лежащихъ частей полового канала, въ случаяхъ, *внушающихъ сомнѣнія*, производится помощью спринцеванія. Но и здѣсь полагаться на одно химическое дѣйствіе впрыскиваемой жидкости было бы ошибочно. Такъ какъ жидкость, большею частію, свободно изливается изъ рукава наружу и рукавъ растягивается очень незначительно, то и дѣйствіе жидкости весьма поверхностно. Сколько-нибудь удовлетворительное обеззараживаніе достигается только при (совмѣстномъ) *механическомъ* очищеніи. Поэтому и здѣсь рукавъ прежде всего вымывается мыломъ ¹⁾

¹⁾ Для этого мы употребляемъ жидкое мыло (10‰ растворъ калийно-олеинового мыла), которое подвергается кипяченію и затѣмъ охлаждается въ закрытыхъ сосудахъ (бутылкахъ), откуда съ помощью несложнаго механизма съ педалью вытекаетъ черезъ кранъ. Такимъ образомъ можно имѣть мыло стерилизованное и *нѣтъ нужды брать руками кусокъ мыла*, намыливать его на щетку и т. д. Употребленіе мыльнаго спирта вмѣсто мыла и здѣсь является весьма целесообразнымъ.

съ помощью двухъ пальцевъ, обернутыхъ кускомъ марли, и затѣмъ только выполаскивается какой-нибудь анти-или асептической жидкостью. Однако треніе не должно быть очень энергичнымъ, во избѣжаніе пораненія слизистой оболочки. При удобномъ случаѣ, лучше всего производить дезинфекцію канала при помощи американскихъ зеркала, какъ это дѣлается при гинекологическихъ операціяхъ. Обеззараживаніе полового канала должно быть примѣняемо какъ до операціи, такъ и по окончаніи ея, въ случаяхъ, вызывающихъ сомнѣніе (колебанія t° , предшествовавшее изслѣдованіе подозрительными лицами и пр.). Въ подозрительныхъ случаяхъ операцій, требовавшихъ введенія руки въ полость матки (поворотъ, отдѣленіе послѣда и пр.), благоразумнѣе сдѣлать промываніе самой полости матки. Относительно того, какому изъ обеззараживающихъ средствъ слѣдуетъ отдать предпочтеніе, я затрудняюсь высказаться категорически: и сулема, и карболовая кислота, и двуіодистая ртуть, и креолинъ, и лизоль, и винный спиртъ etc., etc.—оказались удовлетворяющими цѣли при надлежащемъ и умѣломъ ихъ примѣненіи. Впрочемъ, считаю нужнымъ предостеречь отъ употребленія сулемы въ широкихъ размѣрахъ, въ особенности въ болѣе или менѣе концентрированныхъ растворахъ (1 : 2000, 1 : 1000). Дѣло въ томъ, что въ настоящее время въ литературѣ описано уже нѣсколько случаевъ отравленія сулемой, даже со смертельными исходами, при *однократномъ* употребленіи раствора сулемы у роженицъ и родильницъ. Поэтому я держусь правила—вовсе не примѣнять сулемы для промыванія полости матки, а равно и въ случаяхъ беременности, гесп., родовъ, осложненныхъ какими-либо расстройствами дѣятельности почекъ (почка беременныхъ, нефриты и пр.). При отсутствіи поврежденій въ рукавѣ, гесп., на шейкѣ, спринцеваніе растворомъ сулемы не встрѣчаетъ препятствій у лицъ, ранѣе пользовавшихся этимъ средствомъ (до и во время беременности). При невозможности примѣнить то или другое обеззараживающее средство можно довольствоваться промываніемъ полости матки обезапложенной водой, гесп., физиологическимъ растворомъ поваренной соли.

Б) Всякая операція, выполненіе которой сопряжено съ болевыми ощущеніями, должна быть производима подъ нар-

нозомъ, если для этого нѣтъ какихъ либо противопоказаній со стороны общаго состоянія роженицы и т. п. Производство операціи подъ наркозомъ даетъ возможность дѣйствовать съ необходимымъ спокойствіемъ, неторопливостью и увѣренностью, что имѣетъ весьма важное значеніе. Такъ какъ въ условіяхъ частной практики содѣйствіе товарища-врача далеко не всегда можетъ быть обезпечено, то въ случаѣ *крайней* необходимости, хотя это въ высшей степени нежелательно, приходится хлороформировать самому оператору. Доведя наркозъ до желаемой степени, врачъ поручаетъ акушеркѣ поддерживать его (наркозъ) малыми порціями хлороформа, а самъ начинаетъ операцію, слѣдя, однако, за дыханіемъ больной и прислушиваясь къ его звукамъ, дабы быть готовымъ, на всякій случай, помочь своимъ совѣтомъ и указаніями. Наркозъ долженъ быть ровный и, соотвѣтственно обстоятельствамъ, достаточно глубокій. Большая ошибка довольствоваться только болѣе или менѣе значительнымъ оглушеніемъ оперируемой и начинать операцію раньше, чѣмъ наступитъ ровный и спокойный сонъ. Въ такихъ случаяхъ, сплошь и рядомъ, съ наступленіемъ боли и раздраженій, причиняемыхъ операціею, больная просыпается и, находясь въ полубезсознательномъ состояніи, оказываетъ сильное сопротивленіе, беспокоино мечется, вскакиваетъ, иногда кричитъ и пр. Продолженіе ея становится невозможнымъ; приходится прервать операцію, а стало быть, извлечь, напимѣръ, руку, или инструментъ, введенные, подчасъ, съ большими трудностями, и вторично наркотизировать роженицу. При этомъ возможно случайное прикосновеніе инструментомъ или рукою къ необеззараженнымъ (постороннимъ) предметамъ, что влечетъ за собою необходимость повторнаго обеззараживанія и т. д. Кромѣ напрасной потери времени, большей продолжительности наркоза, прерыванія, resp., нарушенія правильнаго хода операціи (*continuitas operandi*), это всегда непріятно дѣйствуетъ на окружающихъ. Начинаетъ колебаться довѣріе къ дѣйствіямъ врача, появляется сомнѣніе въ ихъ правильности, а равно и въ самомъ искусствѣ, знаніяхъ и опытности врача; словомъ, кредитъ его, при такихъ условіяхъ, страдаетъ очень сильно, а ежели, при операціи или послѣ, возникнутъ какія-либо осложненія, напр., кровотеченіе, разрывъ и т. п., то это всецѣло будетъ отне-

сено на счетъ врача. Положимъ, что врачъ, въ сознаниі своей правоты, можетъ спокойно и снисходительно относиться къ мнѣнію и осужденію толпы, но въ такихъ случаяхъ внутренній голосъ совѣсти будетъ не на его сторонѣ и неминуемо подскажетъ, что врачъ самъ подалъ совершенно ненужный поводъ къ рѣзкой, хотя, можетъ быть, и не совсѣмъ безпристрастной, критикѣ.

Само собою разумѣется, что наркотизація не должна быть примѣняема безъ вѣдома и согласія роженицы ¹⁾; поэтому въ такихъ случаяхъ, гдѣ не предвидится затрудненій при операціи, и продолжительность ея незначительна, я не настаиваю на наркозѣ у тѣхъ, которыя отказываются отъ него и соглашаются потерпѣть и подчиниться нашимъ требованіямъ. Опытъ убѣдилъ меня, что такимъ обѣщаніямъ вполнѣ можно довѣрять. Употребленіе ногодержателя въ такихъ случаяхъ я считаю очень желательнымъ.

Въ качествѣ наркотическаго я пользовался главнымъ образомъ хлороформомъ съ предварительнымъ смазываніемъ слизистой оболочки носа 2% растворомъ кокаина и впрыскиваніемъ подъ кожу раствора морфія или безъ этого. За послѣдніе 10 лѣтъ мы очень часто примѣняли хлороформно-эфирный наркозъ, при чемъ начинали съ хлороформа и потомъ переходили на эфиръ. Опытъ показалъ намъ, что такой смѣшанный наркозъ переносится прекрасно и въ нѣкоторыхъ случаяхъ, требующихъ продолжительнаго наркоза, положительно лучше чисто хлороформнаго. Не разъ бывало, что, когда во время хлороформированія наступали нежелательныя явленія со стороны дыханія и сердечной дѣятельности, заставлявшія прекращать вдыханія хлороформа, а между тѣмъ наркозъ для оперативныхъ цѣлей былъ настоятельно необходимъ, мы замѣняли хлороформъ эфиромъ и поддерживали надлежащій наркозъ въ теченіе даже весьма продолжительнаго времени и при отсутствіи угрожающихъ припадковъ. Считаю нужнымъ указать, что мы всегда примѣняли и примѣняемъ эфиръ не при помощи маски *Julliard'a* или *Vanschera*, по такъ называемому *удушающему* способу, а при помощи простого устроеннаго нами приспособленія.

¹⁾ За исключеніемъ случаевъ невмѣняемости роженицы; тогда съ своимъ заявленіемъ мы обращаемся къ ближайшимъ родственникамъ.

Эфиръ—высшаго качества (такъ наз. pro narcosi)—наливается въ обыкновенную Вульфову (или подобную ей) стеклянку, длинная (доходящая до дна) трубка которой соединяется съ двойнымъ резиновымъ шаромъ, а на короткую надѣвается длинная резиновая трубка, на конецъ которой надѣвается обыкновенная широкая стеклянная воронка. Эта послѣдняя накладывается на лицо больной, а помощію резиновыхъ баллоновъ прогоняется воздухъ въ стеклянку съ эфиромъ. Здѣсь онъ насыщается парами эфира и въ такомъ видѣ доставляется больной. Больная, такимъ образомъ, вдыхаетъ *воздухъ* (resp. кислородъ) съ парами эфира и неприятныхъ и угрожающихъ явленій, какъ при удушающемъ способѣ, не наблюдается. Лицо больныхъ легко доступно для наблюденія, оно, нерѣдко становится розовымъ, и наркозъ бываетъ ровный и спокойный. Много разъ намъ казалось, что, не будь эфирнаго наркоза, довести операцію благополучно до конца было бы или крайне рискованно, или невозможно. Изъ другихъ средствъ мнѣ приходилось анестезировать смѣсью закиси азота съ кислородомъ. Хотя при этомъ и получалось достаточное обезболиваніе, но способность произвольныхъ движеній, оставаясь пониженной, не терялась; уже поэтому этотъ родъ наркоза уступаетъ хлороформному, да кромѣ того примѣненіе его въ частной практикѣ весьма хлопотливо, а иногда и совсѣмъ недоступно по цѣнѣ. Способность поддаваться дѣйствию названнаго средства, конечно, различна, какъ и при хлороформированіи, но, при употребленіи хлороформа, я *ни разу* не видѣлъ случая невозможности вызвать наркозъ, а при употребленіи закиси азота это случалось.

По окончаніи операціи, если наркозъ продолжается, я не совѣтую, безъ надобности, тотчасъ же хлопотать о пробужденіи оперированной. Лучше воспользоваться этимъ состояніемъ и позаботиться объ удаленіи послѣда и о приведеніи родильницы въ порядокъ вообще. При случающемся кровотеченіи послѣ родовъ, остановка его (горячее сиринцеваніе и пр.) въ этомъ состояніи выполняется гораздо легче.

В) Всякая операція должна быть строго и тщательно обдумана и выполнена неторопливо и съ спокойной увѣренностью. Съ этой стороны вопросъ о *показаніяхъ* къ операціи представляется чрезвычайно важнымъ. Правильное и спокой-

ное разрѣшеніе его часто будетъ болѣе труднымъ, чѣмъ выполнение самой операціи. По мнѣнію моему, въ курсѣ оперативнаго акушерства показанія къ операціи могутъ быть изложены только въ общей формѣ, перечень же отдѣльныхъ показаній въ частности не имѣетъ значенія. Одно и то же состояніе непременно будетъ фигурировать въ качествѣ показаній для весьма различныхъ операцій, напр., узкій тазъ разсматриваютъ, обыкновенно, какъ показаніе и къ щипцамъ, и къ повороту, и къ прободенію и пр. Это вноситъ значительную путаницу въ понятія и даетъ извѣстный просторъ произволу. Чтобы правильно разрѣшить вопросъ о показаніяхъ, прежде всего слѣдуетъ задать себѣ вопросы: а) необходимо ли оперативное вмѣшательство, и если необходимо, то в) въ какой формѣ и с) въ какое время? Первое опредѣляется слѣдующимъ разсужденіемъ: если данное состояніе представляетъ опасность или для матери, или для плода, или для обоихъ вмѣстѣ и если эта опасность можетъ быть устранена только помощью операціи, то наше *вмѣшательство показано*. Что касается *выбора* самой операціи, то это опредѣляется *условіями* каждаго даннаго случая. При этомъ нерѣдко придется выбирать между нѣсколькими операціями. Но это не трудно. Нужно только строго сообразоваться съ тѣмъ, существуютъ ли условія для данной операціи, или нѣтъ. Для примѣра, укажу на разрывъ матки, совершившійся, положимъ, незадолго да нашего изслѣдованія. Окончаніе родовъ безотлагательно необходимо; это можетъ быть выполнено и помощью щипцовъ (головка въ полости таза), и помощью поворота съ экстракціей, и помощью прободенія и, наконецъ, помощью операціи чрезвѣщченія, смотря по имѣющимся условіямъ.

Вотъ въ этомъ-то строгомъ сочетаніи *показаній* съ *условіями* каждаго даннаго случая, которое является слѣдствіемъ спокойнаго обсужденія, внимательнаго отношенія къ дѣлу и надлежащаго пониманія его, и заключается *вся суть* правильной установки показанія и выбора операціи, т. е. прочный залогъ успѣха. „Для этого не требуется генія, а только здравый человѣческій смыслъ“, какъ говоритъ *Fritsch* ¹⁾, и нѣкоторая сумма специальныхъ знаній, прибавлю я. При

¹⁾ Клиника акушерскихъ операцій.

этомъ исключается неустойчивость, „шатаніе мысли“ при выборѣ оперативнаго пособія. Тягостное впечатлѣніе производятъ на окружающихъ и не получить самоудовлетворенія тотъ, кто, приступая къ операціи, неясно сознаетъ лежащія на немъ задачи и недостаточно взвѣшиваетъ имѣющіяся въ его рукахъ средства къ ихъ выполнению. Поэтому случается, что при первомъ же затрудненіи, или какой-либо неожиданности, оператора начинаютъ обуревать сомнѣнія, онъ колеблется, начинаетъ припоминать читанное и слышанное и все болѣе и болѣе теряетъ подъ собою твердую почву. *Не* ясное пониманіе цѣли, *не* твердая увѣренность въ правильности предпринятаго пособія руководятъ теперь дѣйствіями врача; онѣ подвержены ежеминутнымъ сомнѣніямъ и колебаніямъ; отличаются поэтому нерѣшительностью и часто носятъ случайный характеръ. Въ такихъ случаяхъ вполнѣ возможно, что, приступая, напр., къ повороту, отказываются отъ него и рѣшаются примѣнить щипцы, но, послѣ безплодныхъ и тяжелыхъ усилій, оканчиваютъ роды краніотоміей съ послѣдующимъ извлеченіемъ. При этомъ, зачастую, не будетъ въ распоряженіи врача самаго необходимаго и придется довольствоваться тѣмъ, что найдется подъ руками; на примѣръ, за неимѣніемъ надлежащихъ инструментовъ, выполнять операцію прободенія помощью шила, гвоздя, какого-нибудь ножа и т. п. На одной роженицѣ нѣсколько разнородныхъ операцій и въ короткое время! Мнѣ приходилось встрѣчать такіе случаи. Могу, по опыту, сказать, что это производитъ удручающее и весьма невыгодное для репутаціи врача впечатлѣніе на окружающихъ, да и самъ оперирующій, полагаю, не можетъ испытывать чувства самоудовлетворенія и сознанія правильно выполненнаго долга. Находчивость и умѣнье выйти изъ затрудненій, при весьма ничтожныхъ средствахъ, заслуживаютъ всякаго поощренія и похвалы, но только тогда, когда приходится дѣйствовать при такой обстановкѣ и условіяхъ, которыя создались не по нашей винѣ, а по обстоятельствамъ, отъ насъ не зависѣвшимъ. Въ противномъ случаѣ— это не что иное, какъ непредусмотрительность (часто непростительная), иногда, пожалуй, чрезмѣрная самонадѣянность и т. п. отрицательныя качества. Вотъ почему, читая описанія случаевъ операцій, въ которыхъ, при весьма жал-

кихъ средствахъ, удавалось счастливо преодолѣть серьезныя затрудненія, я, отдавая должную дань уваженія оператору, не могу отрѣшиться отъ мысли, что было бы лучше и менѣе рискованно, если бы операторъ заранѣе предусмотрѣлъ возможность затрудненій и, не бывъ застигнутъ врасплохъ, обезпечилъ бы себѣ успѣхъ *навѣрно*, вмѣсто того, чтобы ставить его въ зависимость отъ множества случайностей. Если бы въ такихъ случаяхъ дѣло шло только о личныхъ неудобствахъ для оператора, о непроизводительной затратѣ труда, времени и пр., съ этимъ можно было бы мириться, но такъ какъ при этомъ самымъ серьезнымъ образомъ затрагиваются интересы больныхъ, ввѣряющихъ намъ свое здоровье и жизнь, то мы нравственно обязаны позаботиться объ ихъ благосостояніи и, уже во всякомъ случаѣ, не допустить ихъ, по крайней мѣрѣ, сдѣлаться жертвами нашего легкомыслія.

Что касается выбора *времени* для операціи, то это до извѣстной степени опредѣляется: а) наличностью показаній и б) условій даннаго случая. Если наступаютъ показанія къ окончанію родовъ и если условія ему благоприятствуютъ, то вопросъ о выборѣ времени производства операціи рѣшается просто. Чѣмъ скорѣе можно удовлетворить основному показанію, тѣмъ лучше. Иногда, однако, при несомнѣнныхъ показаніяхъ къ оперативному вмѣшательству, если условій для той или другой операціи не существуетъ, или они не вполне выражены, приходится дѣйствовать выжидательно. Здѣсь необходимо тщательно обсудить и взвѣсить, что выгоднѣе для роженицы, *resp.*, плода,—выжиданіе ли въ теченіе нѣкотораго времени, можетъ быть въ ущербъ показаніямъ, или немедленное вмѣшательство, при не вполне выраженныхъ условіяхъ для операціи.

Г) Признавъ неотложность производства операціи, необходимо озаботиться *приготовленіями*. Они распространяются на 1) устройство постели, 2) удовлетворительное освѣщеніе, 3) достаточное число помощниковъ, 4) приготовленіе инструментовъ и необходимыхъ лекарственныхъ растворовъ, 5) достаточное количество чистаго бѣлья и проч.

Что касается положенія роженицы, *resp.*, устройства постели, то почти для всѣхъ случаевъ акушерскихъ операцій (за исключеніемъ кесарскаго сѣченія и т. п.) самой подхо-

дящей будетъ поперечная постель. Принципъ устройства ея въ общихъ чертахъ состоитъ въ томъ, чтобы имѣть возможность придать оперируемой, такъ называемое, спинно-ягодичное положеніе, или положеніе для камнесъченія. Этому достигаютъ, обыкновенно, тѣмъ, что роженицу помѣщаютъ поперекъ обыкновенной кровати, при чемъ задъ роженицы приходится на краю постели; матрацъ, или вообще постель должна быть болѣе или менѣе плотная, не провисающая. При такомъ положеніи ноги оперируемой удерживаются помощниками, сидящими на краю той же кровати ¹⁾. Задача этого положенія—обезпечить свободный доступъ къ половымъ органамъ съ разныхъ сторонъ. Надлежащее положеніе роженицы—весьма существенное обстоятельство, и я счелъ нужнымъ обратить Ваше вниманіе на это. Несоблюденіе этого, повидимому, неважнаго требованія на практикѣ ведетъ къ большимъ неудобствамъ. Какъ часто приходится видѣть, что глубокое, несоотвѣтствующее данному случаю, положеніе таза роженицы (въ кровати) значительно затрудняетъ оперирующаго, напр., при извлеченіи плечъ (при черепныхъ положеніяхъ), послѣдующей головки т. п.

Съ краю кровати спускается въ тазъ или ведро, помѣщенное на полу, клеенка, сложенная, лучше всего, въ видѣ желоба. Это совершенно необходимо для стока крови, околоплодныхъ водъ, оросительной жидкости и проч. Небрежность въ этомъ отношеніи ведетъ къ неудобствамъ и значительной неопрятности, вслѣдствіе образующейся, иногда значительной, грязной лужи на полу, въ которой неизбѣжно пачкаются Ваши ноги и пр. и пр.

Устраивая операціонное ложе, операторъ непременно долженъ позаботиться о *своихъ* личныхъ *удобствахъ* и расположиться, сообразно высотѣ кровати, не „какъ-нибудь“, а непременно съ полнымъ (возможнымъ) удобствомъ и т. п. Это

¹⁾ Ноги можно удерживать въ надлежащемъ положеніи и при помощи такъ наз. ногодержателей, какъ это, обыкновенно, практикуется при гинекологическихъ операціяхъ. Ногодержатель проф. Д. О. Отта былъ бы весьма удобенъ и для акушерскихъ цѣлей, если въ немъ сдѣлать незначительныя измѣненія, а именно—вмѣсто прямой перекладины (распорки) сдѣлать изогнутую въ видѣ дуги, такъ какъ теперешняя распорка мѣшаетъ, напр., свободному подниманію рукоятокъ щипцовъ и загибанію ихъ къ животу роженицы. Въ этомъ я не разъ имѣлъ случай убѣдиться на практикѣ.

весьма немаловажное обстоятельство. Опириуя въ неудобномъ положеніи, напр., на корточкахъ, или стоя на колѣняхъ на полу, понапрасну создаютъ себѣ затрудненія и испытываютъ очень скоро утомленіе; особенно, если приходится развивать болѣе или менѣе значительную силу. При этихъ условіяхъ, напр., при операціи щипцовъ, регулировать количество необходимой силы становится затруднительнымъ, движенія становятся не плавными, порывистыми, темпъ ихъ невольно ускоряется, является лишній поводъ для болѣе быстраго, чѣмъ бы слѣдовало, окончанія операціи и, такимъ образомъ, нарушается необходимое спокойствіе и правильность дѣйствій. Между тѣмъ, при удобномъ положеніи самого оператора—это легко устраняется. Всего удобнѣе для оператора сидѣть на соотвѣтственной мебели, располагаясь такимъ образомъ, чтобы въ нужный моментъ легко можно было встать, помѣститься сбоку роженицы и т. п.

Все, что можетъ потребоваться при операціи, должно быть обезпложено и приготовлено заранее и находится по близости. Инструменты помѣщаются на табуретѣ или столикѣ (покрытыхъ чистой бумагой, полотенцемъ и т. п.), и, всего лучше, въ какой-либо фаянсовой, resp., полированной посудѣ, содержащей, въ случаѣ надобности, ту или другую (противогнилостную) жидкость. Или въ особыхъ переносныхъ металлическихъ ящикахъ со вставной проволочной сѣткой внутри. Въ нихъ же инструменты и стерилизуются. [Въ настоящее время эти ящики (очень хорошаго образца) можно получать во всѣхъ хорошихъ магазинахъ хирургическихъ инструментовъ]. На этомъ же столикѣ должно быть нѣсколько чистыхъ полотенецъ, гигроскопическая вата, resp., марля, ксероформная марля (полосы) и проч. Всѣ эти вещи должны быть расположены такимъ образомъ, чтобы операторъ во всякое время могъ легко взять ихъ и при томъ *самъ*, безъ чьего бы то ни было посредства. Неподалеку отъ кровати должна быть приспособлена стеклянная кружка съ такимъ же наконечникомъ (лучше всего съ двойнымъ ходомъ). Въ особомъ сосудѣ (кувшинѣ и т. п.) имѣется заранее приготовленный растворъ (напр. 5% карболовой кислоты), resp., остуженная кипяченая вода и въ изобиліи горячая вода (кипящій самоваръ). Разбавленіемъ 5% раствора карболовой кислоты, приблизительно, половиннымъ количествомъ горячей

воды, легко получается растворъ надлежащей крѣпости и требуемой температуры (38—40° R). Достаточный запасъ горячей воды необходимъ и на случай оживленія плода. Все это, повидимому, *мелочи*, которыя однако имѣютъ огромное значеніе. Будучи заранѣе предусмотрѣны и приготовлены, онѣ устраняютъ излишнюю торопливость и суету, которыя неизбежно возникаютъ при обратныхъ условіяхъ. Въ этомъ случаѣ окружающіе, присутствуя въ непривычной обстановкѣ, взволнованные, буквально иногда дрожащіе отъ страха, въ своемъ чрезмѣрномъ усердіи помочь врачу, оказываютъ подчасъ ему и роженицѣ, поистинѣ, „медвѣжью услугу“, подавая, второпяхъ, не заранѣе приготовленные предметы, какъ бы слѣдовало, а случайно попадающіе подъ руку, слѣдовательно, не достаточно, быть можетъ, чистые (напр., бѣлье, посуду, воду и т. п.) и почти навѣрно необеззараженными руками и проч. и проч. А что такое нерадѣніе можетъ служить не только причиной заболѣванія оперированной, но даже стоитъ ей жизни—это для насъ съ Вами не подлежитъ сомнѣнію, а, слѣдовательно, тяжелымъ камнемъ будетъ лежать на совѣсти.

Поэтому, нашъ образъ дѣйствій у постели оперируемой долженъ быть направленъ къ тому, чтобы не только благополучно выполнить ту или другую операцію и избавить, слѣдовательно, роженицу и ея ребенка отъ угрожавшей имъ *непосредственной* опасности, но чтобы наше вмѣшательство и въ послѣдствіи никоимъ образомъ не могло быть въ ущербъ здоровью оперированной. Эту-то возможность неблагоприятнаго исхода, въ той или другой формѣ, всегда слѣдуетъ имѣть въ виду. Вотъ почему, прежде чѣмъ рѣшиться на операцію, необходимо основательно взвѣсить, насколько оправдываются тяжестью и условіями даннаго случая возможные послѣдствія нашего вмѣшательства. *Quidquid agis, prudenter agas et respice finem*—вотъ, что слѣдуетъ помнить.

Инструменты и другіе предметы, необходимыя для выполненія акушерскихъ операцій.

1) Стеклянная кружка съ а) обыкновеннымъ стекляннымъ наконечникомъ, съ б) наконечникомъ по типу à double—sougant и в) клистирнымъ.

2) Термометръ R. и термометръ C. (медицинскій).

3) Катетеръ эластическій и металлическій — мужской.

4) Ложкообразныя зеркала передній и 2 боковыхъ подъемника — разной величины.

5) 2 пулевыхъ щипцовъ и 2—3 щипцовъ *Museaux* и 2 крѣпкихъ щипцовъ-трезубцевъ (по *Dojen*'у).

6) 2 длинныхъ пинцета съ зубцами.

7) Корнцангъ длинный.

8) Маточный зондъ (такъ называемый — американскій).

2) Ложка (*curette*) *Martin*'а и *Recamier*'а (измѣненная) — не гнущаяся.

10) Расширители по *Hegar*'у (металлическіе или стеклянные).

11) Бужи изъ целлюлоида.

12) Кольпейринтеръ *Braun*'а (измѣненный) и нѣсколько штукъ меньшихъ размѣровъ для введенія въ полость матки (*metreurytis*).

13) Акушерскіе щипцы *J. Simpson*'а.

14) Прободникъ копьевидный, напр. *Blot*, или нашего образца ¹⁾.

15) 1—2 скальпеля.

16) Ложка для удаленія мозга — по нашему образцу.

17) Краниокласть *Braun*'а.

18) Крѣпкіе костные щипцы, съ разъемнымъ замкомъ и съ *gemallier*'ой.

19) Крѣпкія длинныя ножницы, искривленныя по ребру (по нашему образцу, съ пружиной), для эмбриотоміи (и для разрѣзовъ зѣва).

20) Ключевидный крючекъ *Braun*'а.

21) Кровоостанавливающіе зажимы разной величины.

¹⁾ См. главу о прободеніи.

- 22) Ножницы, искривленные по плоскости.
- 23) Иглодержатель (*Martin'a* или *Schroeder'a*).
- 24) Иглы крѣпкія кривыя, разной величины (8—10 шт.).
- 25) Тазомѣръ, тесемка, дѣленная на сантиметры.
- 26) Приборъ для наркотизированія.
- 27) Шприць *Праваца*.
- 28) Приборъ для вливанія подѣ кожу раствора поваренной соли, напр.—аппаратъ *Potain'a*.

Кромѣ этого необходимъ извѣстный запасъ перевязочныхъ и лекарственныхъ средствъ. Къ первымъ относятся: гигроскопическая вата, марля, которыя, будучи обезпложены, хранятся и перевозятся въ хорошо закупоренныхъ коробкахъ. Марля должна быть а) ксероформная 20 — 30% (стерилизованная) въ видѣ заранее нарезанныхъ длинныхъ, шириною въ 3—4 пальца, полосъ и б) обыкновенная бѣлая въ кускахъ разной величины (для убиранія крови и т. п.). Затѣмъ, обезпложенные шелкъ и кэтгутъ, или, какъ мы уже нѣсколько лѣтъ употребляемъ, по рекомендаціи проф. В. Ф. Снегирева,—оленьи сухожилія, извѣстнымъ образомъ обработанныя ¹⁾, сохраняемыя въ спиртѣ, лигатуры (стерилизованныя) для пуповины. Изъ лекарственныхъ вещей — antiseptica: бутылка спирту (90°), растворъ сулемы (2 : 100), въ количествѣ $\frac{1}{2}$ —1 ф.; крѣпкая (жидкая) карболовая кислота, въ томъ же количествѣ; порошокъ ксероформа. Analgetica: сѣрный эфиръ, или эфиръ съ камфарой (5%), обезпложенное камфарное масло для подкожнаго впрыскиванія; настойка мускуса. Narcotica: chloroform, лучше всего, chloral-chloroform *Schering'a*, *Anschutz'a* и др. Растворы морфія (2%) и эрготина (10%) въ закупоренныхъ, а еще лучше въ стерилизованныхъ, запаянныхъ стеклянныхъ ампулахъ. Фланелевые бинты (для аутоотрансфузіи). Наконецъ, щетка (или люфа) для рукъ и половыхъ частей и бритва.

Въ клиникахъ и родильныхъ заведеніяхъ, на случай обильныхъ кровопотерь, всегда слѣдуетъ имѣть въ готовности стерилизованный физиологическій растворъ поваренной соли. Впрочемъ, эти растворы легко можно приготовить и ex tempore, пользуясь особыми лепешками физиологической

¹⁾ См. *Грейфе*. Медіц. Обзор. 1900. Т. LIII, стр. 394. *Его же*—О швахъ изъ оленьихъ сухожильныхъ нитей. Москва. 1904. Диссерт.

соли (проф. А. В. Пеля); въ каждой лепешкѣ содержится 1 грам., употребляется 1,5% растворъ, слѣд., 3 лепешки на обыкновенный стаканъ кипяченой воды. Въ частной практикѣ, въ случаѣ нужды, вливанія соляного раствора въ вены или подъ кожу съ пользой можно замѣнить вполнѣ безопасными *горячими клизмами* съ поваренной солью, иногда съ прибавленіемъ коньяку и т. п.

Инструменты и всѣ названные здѣсь предметы должны быть содержимы въ безукоризненной чистотѣ и полномъ порядкѣ, дабы, при первой надобности, всегда легко было отыскать именно то, что требуется.

Послѣ каждой операции инструменты тщательно моются, вычищаются и обеззараживаются тѣмъ или другимъ способомъ, затѣмъ обсушиваются и обертываются (у насъ) въ обыкновенную пропускную обезпложенную бумагу и въ такомъ видѣ укладываются въ извѣстномъ порядкѣ въ шкафу. Имѣя надобность взять съ собой какіе-либо инструменты, мы, если есть время, еще разъ подвергаемъ ихъ кипяченію, завертываемъ ихъ въ стерилизованныя полотенца, затѣмъ беремъ и другіе необходимые предметы (вату, марлю, шелкъ и т. п.); все это помещается въ какой-либо металлическій ящикъ, геср., тазъ, который можетъ очень пригодиться при операциі, завертывается въ простыню, завязывается въ одинъ узелъ и въ такомъ видѣ доставляется на мѣсто. Если инструменты не были *только-что* обеззаражены дома, то и на мѣстѣ предъ употребленіемъ всегда можно успѣть обеззаразить ихъ кипяченіемъ въ теченіе извѣстнаго времени. Употребленіе особыхъ сумокъ для инструментовъ и другихъ, необходимыхъ при операциі, вещей я считаю неудобнымъ, въ виду затруднительности, а подчасъ и полной невозможности, держать эти сумки въ надлежащей чистотѣ и опрятности. Часто, вѣдь, придется обратно везти домой инструменты недостаточно очищенными, бывшими въ употребленіи на септической больной и т. п. Въ такихъ случаяхъ сумку нужно прямо бросить, ибо подвергнуть ее основательной дезинфекціи, безъ порчи самой сумки (кожа), едва ли возможно. Въ этихъ видахъ вмѣсто особыхъ сумокъ лучше пользоваться простыми *холщевыми* или *парусинными* мѣшками, которые легко моются и выдерживаютъ паровую стерилизацію.

Представленный здѣсь перечень инструментовъ и предметовъ, такъ называемаго, матеріальнаго каталога довольно обширенъ. Для потребностей повседневной практики онъ, конечно, не необходимъ въ полномъ своемъ объемѣ. Спрашивается поэтому, что долженъ имѣть при себѣ, resp., захватить съ собою, врачъ, отправляющійся для подачи акушерской помощи. Очевидно, что это зависитъ отъ характера того случая, къ которому его призываютъ. Къ сожалѣнію, призываемый врачъ лишь очень рѣдко имѣетъ возможность, хотя бы съ приблизительной точностью, составить себѣ понятіе о томъ, что его ожидаетъ у постели роженицы. Изъ разспросовъ посланнаго получаютъ лишь крайне скудныя и весьма неопредѣленныя свѣдѣнія. При возникающей необходимости въ акушерской помощи, обыкновенно, просто посылаютъ за врачомъ, приглашая его явиться немедленно. Это послѣднее требованіе—явиться немедленно—одинаково ясно и отчетливо передаютъ всѣ посылаемые—обою пола и всѣхъ возрастовъ, а указаній по существу дѣла большею частью не могутъ дать никакихъ. Еще пол-бѣды, если роженица находится гдѣ-нибудь неподалеку, а если для подачи пособия приходится ѣхать за нѣсколько верстъ,—что въ практикѣ земскихъ товарищей встрѣчается почти какъ правило,—задача врача становится значительно серьезнѣе и сложнѣе. А между тѣмъ эта задача весьма легко можетъ быть упрощена, если посланному вручена будетъ записка, подробно излагающая обстоятельства случая, писанная присутствующей на родахъ акушеркой. Такого рода записки я считаю весьма цѣнными и, какъ на курсахъ акушерства, такъ и при разныхъ случаяхъ въ жизни, стараюсь выяснитъ необходимость и важность ихъ повивальнымъ бабкамъ.

Положимъ, изъ записки ясно, что требуется наложеніе щипцовъ. Въ такомъ случаѣ необходимо взять съ собою слѣдующее:

- 1) Приборъ для хлороформированія и хлороформъ.
- 2) Катетеръ мягкій и металлическій (мужской).
- 3) Стекланную кружку съ двумя наконечниками (рукавнымъ и маточнымъ).
- 4) Щетку (люфу) для рукъ и бритву (для половых частей).

5) Щипцы (*Simpson's*).

6) Термометръ R. (для воды).

7) На случай разрыва промежности и другихъ поврежденій — 2 длинныхъ пинцета, кровеостанавливающіе зажимы, 2 пулевыхъ щипцовъ, кривыя (по плоскости) ножницы, иглы со вдѣтыми нитками, иглодержатель.

8) Большое ложкообразное зеркало (съ подъемниками) и длинный зажимъ, на случай кровотокащаго разрыва въ глубинѣ полового канала (разрывъ шейки, сводовъ и т. п.).

9) Ногодержатель. Тамъ, гдѣ нельзя рассчитывать на извѣстное число помощниковъ—это въ особенности удобно.

Кромѣ того — шприцъ *Праваца*, эфиръ съ камфорой, растворъ эрготина; марлю (стерилизованную и антисептическую), крѣпкую карболовую кислоту, гесп., растворъ сулемы. Затѣмъ фартукъ резиновый и бѣлый полотняный, а если предстоитъ дѣйствовать въ бѣдной обстановкѣ, то я всегда беру кусокъ клеенки и нѣсколько полотенецъ.

Отправляясь на предполагаемую операцію щипцовъ, всегда не лишнее имѣть при себѣ перфораторъ, мозговую ложку и краниокласть. Это дѣлается на всякій случай. Ошибаться свойственно человѣку, а потому, по обстоятельствамъ случая, можетъ потребоваться перфорация—щипцы могутъ оказаться непримѣнимыми вовсе, или недостаточными. Будучи подготовлены къ этому, Вы тутъ же произведете надлежащую операцію. Въ противномъ случаѣ дѣло усложняется весьма значительно. Больная въ наркозѣ; Вы пробовали примѣнять щипцы—не удалось; требуется краниотомія, а подъ руками нѣтъ необходимыхъ инструментовъ; приходится или посылать за ними, или ѣхать самому, или же рискнуть воспользоваться какимъ-либо случайнымъ орудіемъ домашняго обихода. Во всякомъ случаѣ, необходимо, значить, прервать операцію: пожалуй, прекратить наркозъ, а время, между тѣмъ, не ждетъ,—случай настоятельно требуетъ окончанія родовъ.

Если въ клиникѣ, когда необходимыхъ для операціи инструментовъ нѣтъ въ готовности и подъ руками и за ними бѣгутъ въ шкафъ, это производитъ непріятное впечатлѣніе, то по отношенію къ частной практикѣ нечего и говорить.

А до чего можетъ дойти неосмотрительность (выражаясь мягко) въ этомъ отношеніи, показываетъ, напр., случай, гдѣ врачъ, начавъ въ частномъ домѣ операцію кесарскаго сѣченія, въ самомъ разгарѣ ея вынужденъ былъ посылать фельдшера къ себѣ на квартиру—за шелкомъ, котораго не хватило ¹⁾).

Точно такъ же, если бы, послѣ извлеченія плода, промежутокъ оказалась разорванной,—имѣя все необходимое подъ руками и пользуясь наркозомъ, изъ котораго больная еще не вышла, Вы тутъ же можете зашить это поврежденіе безъ особенныхъ затрудненій и потери времени. Это будетъ служить какъ бы продолженіемъ пособия, подаваемого Вами, и не будетъ поставлено Вамъ въ вину. Въ противномъ случаѣ, Вы должны отложить операцію и, по истеченіи извѣстнаго времени, снова приступить къ ней, со всѣми приготовленіями, снова должны будете „мучить“ роженицу, какъ будутъ говорить окружающіе, и будутъ, до извѣстной степени, правы. Да и помимо этого, съ чисто врачебной точки зрѣнія, гораздо правильнѣе и безопаснѣе непосредственно вслѣдъ за поврежденіемъ закрыть рану, чѣмъ сдѣлать это послѣ, предоставивъ ее, въ теченіе нѣкотораго времени, дѣйствию окружающей среды.

Отправляясь на роды съ поперечнымъ положеніемъ, слѣдуетъ имѣть все вышеперечисленное, за исключеніемъ щипцовъ, а взамѣвъ ихъ взять инструменты для эмбриотоміи (resp., декапитациі), которая можетъ очень легко сдѣлаться необходимой, за невозможностью выполнить поворотъ. Такими инструментами будутъ: 2 щипцовъ *Museaux*, или *Dojen*'а, крѣпкія ножницы (съ пружиной), крючекъ *Braun*'а, длинные зажимы. Если, впрочемъ, выяснилось бы изъ записки, или разспросовъ посланнаго, что дѣло идетъ о перворождающей, гдѣ можно, слѣдовательно, встрѣтить *узкій* тазъ, тамъ инструменты для *перфорациі* будутъ совсѣмъ не лишними, на случай прободенія послѣдующей головки, или уменьшенія оставшейся въ полости матки головки, послѣ декапитациі. Говоря вообще, слѣдуетъ всегда имѣть съ собою инструменты и средства для дезинфекціи, для наркотизаціи, для остановки кровотеченія, зашиванія различныхъ повре-

1) Изъ судебно-медицинской казуистики.

жденій, катетеръ и т. п.; кромѣ того, смотря по случаю, къ нимъ присоединяются или щипцы, или инструменты для эмбриотоміи въ той или другой ея формѣ и т. п. А при полной неизвѣстности даннаго случая (въ особенности при дальности разстоянія)—и то и другое. Для особыхъ случаевъ—кольнейринтеръ, каучуковые баллоны разной величины и т. п. должны быть въ наборѣ.

Предусматривая заранѣе и запасаясь, по возможности, всѣмъ, что можетъ потребоваться въ критическую минуту, мы тѣмъ самымъ обезпечиваемъ себѣ значительную долю успѣха при всякихъ акушерскихъ операціяхъ, къ изложенію которыхъ мы и переходимъ.

Операція искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ.

PARTUS ARTE PRAEMATURUS.

Операція искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ принадлежитъ сравнительно недавнему прошлому. Мысль объ этой операціи, можетъ быть, возникала и гораздо раньше, но первый разъ, по опредѣленному плану, съ заранѣе обдуманнмъ намѣреніемъ, операція произведена была въ 1756 г. *Masculay*'емъ. Съ этого времени идея операціи, хотя и находила себѣ защитниковъ, но въ средѣ практическихъ акушеровъ прививалась очень туго, и только въ весьма близкое къ намъ время она получила значительное распространеніе, хотя и по сей день все еще, быть можетъ, не занимаетъ подобающаго ей мѣста въ циклѣ другихъ акушерскихъ пособій. Это объясняется, по мнѣнію моему, отчасти неправильнымъ воззрѣніемъ на нее, какъ на операцію, предпринимаемую въ интересахъ матери въ ущербъ плоду, отчасти тѣмъ, что исходы операцій, до послѣдняго времени, часто были далеко не таковы, чтобы ободрять акушеровъ къ дальнѣйшимъ попыткамъ, и, наконецъ, пожалуй, потому, что эта операція должна была быть предпринимаема въ замѣну такихъ, которыя давно уже приобрѣли права гражданства.

Между тѣмъ, истинное пониманіе значенія этой операціи заставляетъ привѣтствовать появленіе ея въ ряду другихъ акушерскихъ пособій. Достаточно указать на то, что, при правильномъ и разумномъ примѣненіи этой операціи, можно своевременно устранить неотложную необходимость произ-

водства такихъ операций, какъ прободеніе головки живого плода, или даже операции кесарскаго сѣченія (при, такъ называемомъ, относительномъ показаніи), чтобъ оцѣнить всю практическую важность изобрѣтенія названной операціи. Думается мнѣ, не будетъ большой смѣлостью утверждать, что будущее терапіи при узкомъ тазѣ невысокихъ степеней принадлежитъ гораздо болѣе именно этой операціи, а не кесарскому сѣченію, которое въ настоящее время сдѣлалось модной операціей, и распространеніе показаній къ которой весьма близко граничитъ, по моему, съ увлеченіемъ.

Способовъ производства операціи предложено много; ихъ можно раздѣлить на категоріи.

1) Способы, въ которыхъ дѣйствіе направлено на самоплодное яйцо—разрывъ оболочекъ яйца; вскрытіе яйцевой полости (*diruptio velamentorum ovi; oocystotomia*).

Разрывъ плоднаго пузыря производится или внизу (въ области зѣва), или гдѣ-либо выше, на протяженіи яйцевой поверхности. Первый способъ носитъ названіе способа *Masaulay*'я и *Schell*'я, второй—*Hopkins-Meissner*'а.

Для выполненія операціи можно употребить различные инструменты: маточный зондъ, корнцангъ, пулевые щипцы, какой-либо колющій инструментъ (спеціальные инструменты авторовъ) ¹⁾. Для прокола не въ области зѣва, а выше, употребляется маточный зондъ, или эластическій катетеръ съ мандриномъ, который можетъ быть выдвинуть въ желаемую минуту. Техника производства понятна сама собою и легко выполнима въ большинствѣ случаевъ. Инструментъ вводятъ за внутренній зѣвъ до пузыря и, надавливая концомъ (или остриемъ), разрываютъ (прокалываютъ) оболочку, стараясь не поранить подлежащую часть. Слѣдуетъ помнить, что разорвать пузырь у беременной не всегда легко, — извѣстное состояніе напряженія пузыря имѣетъ большое значеніе; вотъ почему, для облегченія вскрытія пузыря, весьма полезно, предварительно, вызвать растираніемъ черезъ брюшные покровы сокращеніе матки, *resp.*, напряженіе пузыря. Если бы вы-

¹⁾ Инструментъ *Wenzel*'я—полый зондъ съ выдвигающимся стилетомъ. Въ инструментѣ *Kluge* (*Stechsauger*)—трубочка привинчивается къ обыкновенной клистирной трубкѣ и вводится въ каналъ шейки. При выдвиганіи поршня, оболочки втягиваются въ просвѣтъ трубочки и здѣсь уже прокалываются особымъ остриемъ; околоплодная жидкость собирается въ сифонѣ.

звать замѣтную схватку и не удалось, то сильнымъ надавливаніемъ на дно матки все-таки можно облегчить себѣ вскрытіе пузыря, такъ какъ при этомъ нѣкоторое количество околоплодной жидкости смѣщается книзу, т. е. получается извѣстное напряженіе пузыря. Еще недавно мнѣ пришлось консультировать случай беременности VIII мѣс. при порокѣ сердца въ періодѣ разстройства компенсаціи. Больная нуждалась въ немедленной помощи. Когда товарищу не удалось вскрыть пузырь зондомъ, я рекомендовалъ ему захватить оболочки пулевыми щипцами, введя ихъ подъ руководствомъ пальца. Больная не могла лежать, ее пришлось держать *на втѣсу*, упирая ягодицы на край стола; операторъ долженъ былъ стоять на колѣняхъ. Хотя при такихъ условіяхъ трудно было достать до зѣва и свободной поверхности плоднаго пузыря, тѣмъ не менѣе удалось захватить пулевыми щипцами оболочки и повернуть инструментъ вокругъ оси. Пузырь былъ вскрытъ. Это было въ 12 ч. ночи; роды окончились въ 9 ч. утра. Случай прошелъ благополучно.

При проколѣ въ области зѣва воды изливаются скорѣе, при способѣ *Hopkins-Meissner'a*—медленнѣе. Последнее — болѣе выгодно.

Эти способы принадлежатъ къ числу *абсолютно втѣрныхъ* по своему дѣйствию; послѣ разрыва пузыря сокращенія матки, герр., роды наступаютъ съ неизбѣжнымъ постоянствомъ. Время наступленія сокращеній матки, впрочемъ, можетъ быть весьма различно и колеблется отъ нѣсколькихъ часовъ — до нѣсколькихъ сутокъ. По простотѣ производства и быстротѣ дѣйствія, эти способы относятся къ числу самыхъ могущественныхъ, но, къ сожалѣнію, по существу, они не могутъ не встрѣтить возраженій. Дѣло въ томъ, что, поступая такимъ образомъ, Вы вызываете преждевременное наступленіе родовъ, но не по типу *нормальныхъ* родовъ, а родовъ, *осложненныхъ* съ самаго начала преждевременнымъ разрывомъ плоднаго пузыря. А это обстоятельство отнюдь не безразлично для правильнаго теченія родового акта въ отношеніи характера сократительной дѣятельности матки, раскрытія зѣва, большей возможности разрыва шейки (*laceratio*) и т. п. Не безъ вліянія остается оно и для плода, хотя, вслѣдствіе меньшаго развитія его, оно, можетъ быть, менѣе губительно, чѣмъ для плода, вполне доношеннаго.

2) Способы, при которых раздражается сама внутренняя поверхность полости матки. Такихъ способовъ много; они, будучи *сходны по идее*, разнятся, однако по характеру раздраженія и по характеру раздражителей, вносимыхъ въ полость матки. Всѣ они основаны на введеніи инородныхъ тѣлъ въ полость матки.

А) По способу *Lehman*'а вводится бужъ (восковой), по способу *Simpson*'а и *Krause*—эластическій катетеръ, по способу *Braun*'а—струнный бужъ. Кромѣ этой разницы въ матеріалѣ вводимого тѣла и *продолжительность* его пребыванія предлагается *различная*. По *Lehman*'у—довольствуются незначительнымъ пребываніемъ бужа, который извлекается назадъ почти *тотчасъ*: по *Simpson*'у, *Krause* и *Braun*'у—бужъ остается не только до начала родовъ, но и нѣкоторое время послѣ ихъ наступленія.

Сущность дѣйствія заключается въ томъ, что 1) при введеніи бужа производится на нѣкоторомъ пространствѣ отслаиваніе оболочекъ яйца отъ стѣнокъ матки; 2) бужъ своимъ присутствіемъ, какъ инородное тѣло, раздражая внутреннюю поверхность матки, возбуждаетъ сокращенія органа, которыя, въ свою очередь, производятъ дальнѣйшую отслойку оболочекъ и, такимъ образомъ, увеличивая площадь отслаиванія яйца, обусловливаютъ появленіе новыхъ сокращеній матки, т. е. поддерживаютъ непрерывную родовую работу.

Изъ какого матеріала приготовленъ бужъ, это не имѣетъ существеннаго значенія (употребленія катетера лучше избѣгать, ибо при этомъ, чрезъ отверстіе на внутреннемъ концѣ, устанавливается сообщеніе съ наружнымъ воздухомъ): необходимо только, чтобы бужъ могъ быть подвергаемъ стерилизаціи, по тому или другому способу, и обладалъ извѣстною эластичностью настолько, чтобы, при проведеніи въ полость матки, встрѣтивъ на своемъ пути препятствіе (дѣтское мѣсто), могъ, не форсируя его, уклониться въ сторону. Я лично, какъ въ частной практикѣ, такъ и въ клиникѣ, очень давно употребляю бужъ изъ целлюлоида, вполне удовлетворяющій указаннымъ требованіямъ

Способъ употребленія бужа слѣдующій. Беременная до операціи беретъ мыльную теплую ванну, при чемъ тщательно

обмываетъ и очищаетъ въ особенности половые органы. Въ день операціи опорожняють кишечникъ и мочевой пузырь. Оперируемая принимаетъ положеніе на столѣ, какъ при обыкновенныхъ гинекологическихъ операціяхъ. Волосы сбриваютъ, половые органы тщательно обмываютъ теплой водой съ мыломъ и щеткой (люфой), обсушиваютъ и вытираютъ кускомъ марли (ваты), намоченной въ растворѣ сулемы, и т. п. Если этому предпосылають промежуточное вытираніе спиртомъ, то нужно стараться избѣгать дѣйствія его на слизистыя оболочки. Затѣмъ, жидкимъ мыломъ и двумя пальцами (resp., намыленнымъ кускомъ марли) вымываютъ рукавъ, выполаскиваютъ его и вводятъ американское зеркало. Обнаживъ влагалищную часть, въ случаѣ надобности, при помощи передняго и боковыхъ подъемниковъ, ее обмываютъ и обтираютъ кускомъ марли (ваты), смоченной въ растворѣ сулемы, карболовой кислоты, спирта etc. и, захвативъ за переднюю губу пулевыми щипцами, слегка низводятъ ко входу. Затѣмъ очищаютъ каналъ шейки. Это должно быть сдѣлано весьма тщательно. Лучше всего удалить слизь сначала механически (пинцетомъ, или палочкой съ накрученной ватой); затѣмъ, со стѣнокъ канала приставшую слизь удаляютъ вытираніемъ канала ватой, кускомъ марли (на палочкѣ или пинцетѣ), смоченной въ растворѣ щелочей (NaCO_2 и др.). Далѣе, обеззараживаютъ неоднократно вытираніемъ кускомъ марли (ваты), намоченной въ какомъ-либо противогнилостномъ растворѣ. Очищеніе и обеззараживаніе необходимо производить на всемъ протяженіи канала шейки. Вся эта процедура предпринимается съ цѣлью достиженія асептичности пути, по которому долженъ идти бужъ. Тщательныя изслѣдованія, какъ нашихъ соотечественниковъ (*Соловьевъ, Строгановъ, Брандтъ* и др.), такъ и иностранныхъ авторовъ, показали, что въ каналѣ шейки встрѣчаются низшіе организмы, какъ безразличные, такъ и патогенные. Слѣдовательно, одного только обезпложиванія бужа недостаточно, ибо, проходя по зараженной, если можно такъ выразиться, мѣстности, и обезпложенный бужъ можетъ захватить съ собою возбудителей болѣзненнаго процесса въ полость матки и, такимъ образомъ, послужить прямой причиной того или другого инфекціоннаго заболѣванія, — тѣмъ болѣе легко, что, при введеніи бужа на извѣстную высоту, нерѣдко наблюдается появле-

ніе нѣсколькихъ капель крови, т. е. нанесеніе раны гдѣ-нибудь на протяженіи пути бужа. Послѣ того, какъ очищенъ и обеззараженъ цервикальный каналъ, въ него вводится обезпложенный бужъ; дальнѣйшее проведеніе бужа совершается пальцами, при чемъ, для большей легкости проведенія, выгодно захватывать бужъ возможно ближе къ зѣву. Вводитъ бужъ такимъ образомъ, чтобы онъ, прежде проникновенія въ каналъ шейки, прошелъ чрезъ слои жидкости (раствора сулемы и пр.), покрывающей влагалищную часть и отверстіе зѣва (какъ это еще недавно предлагалось), едва ли есть надобность. Это, вѣдь, можетъ обусловливаться только опасеніемъ, что бужъ можетъ быть инфицированъ микробами воздуха въ самый моментъ введенія. Однако, вѣроятность зараженія такимъ путемъ, по меньшей мѣрѣ, проблематична. Главнѣйшимъ источникомъ поступленія заразнаго начала въ организмъ является всетаки непосредственное прикосновеніе (контактная инфекция авторовъ).

Теперь спрашивается, по какому направленію слѣдуетъ вводить бужъ? Другими словами, долженъ ли онъ идти по *задней*, или по *передней* стѣнкѣ матки? Въ значительномъ большинствѣ случаевъ бужъ пойдетъ по задней стѣнкѣ, такъ какъ каналъ шейки, въ послѣднюю половину беременности, образуетъ, вѣдь, съ нижнимъ отдѣломъ полости уголъ, открытый кпереди и, кромѣ того, впереди же помѣщается предлежащая часть. Слѣдовательно, задняя половина будетъ, вообще говоря, болѣе свободною. Впрочемъ, при потягиваніи за переднюю губу пулевыми щипцами, условія отношеній шейки къ тѣлу матки могутъ нѣсколько видоизмѣниться, и проникновеніе бужа, въ направленіи кпереди, не встрѣтитъ особыхъ затрудненій. Что касается лично меня, то я въ этомъ отношеніи не придерживаюсь опредѣленныхъ правилъ, а, слегка надавливая на бужъ, проталкиваю его, предоставляя ему самому избрать направленіе и идти, куда угодно. Очевидно, что, въ большинствѣ случаевъ, это будетъ движеніе въ направленіи меньшаго сопротивленія. Если встрѣтится на пути препятствіе, то, какъ сказано выше, стараемся дать бужу нѣсколько другое направленіе, или онъ самъ, въ силу своей эластичности, принимаетъ таковое. Бужъ вводится на такую глубину (*resp.*, высоту), какая только возможна. Обыкновенно, онъ прячется въ каналъ шейки почти весь и изъ

эва торчитъ лишь незначительный его конецъ. Послѣдній завертывается въ полосу антисептической марли и ею же тампонируются верхніе отдѣлы рукава; это дѣлается съ тою цѣлю, дабы бужъ, во время пребыванія въ полости, а равно при начавшихся сокращеніяхъ матки, выдвигаясь изъ полости матки, не приходилъ въ непосредственное соприкосновеніе со стѣнками рукава.

Введенный, такимъ образомъ, бужъ оставляется на мѣстѣ, пока не появится правильная родовая работа. Тогда его совѣтуютъ извлечь. По моему мнѣнію, этого не слѣдуетъ дѣлать, во избѣжаніе возможнаго прекращенія, или ослабленія родовой дѣятельности, которая можетъ потребовать повторнаго введенія бужа. Такъ какъ бужъ занимаетъ ничтожное пространство и своимъ присутствіемъ не мѣшаетъ ни сокращеніямъ матки, ни поступательнымъ движеніямъ головки по родовому каналу и ея вращеніямъ, то, безъ всякаго опасенія, онъ можетъ быть оставленъ до конца (2-го періода) родовъ, или извлеченъ въ періодъ изгнанія.

Сокращенія матки послѣ введенія бужа наступаютъ, обыкновенно, довольно скоро; въ общемъ черезъ нѣсколько (8—12) часовъ. Это, впрочемъ, зависитъ отъ индивидуальности беременной, гест., раздражительности матки и ея способности реагировать. Приходилось видѣть случаи, гдѣ бужъ лежалъ и болѣе 3-хъ сутокъ, не вызывая замѣтнаго эффекта¹⁾. Если черезъ нѣсколько часовъ наступили сокращенія матки, и бужъ выдвинулся, болѣе или менѣе значительно, въ рукавъ, то отнюдь не слѣдуетъ извлекать его, а наоборотъ,—подвинуть на прежнее мѣсто. Въ томъ случаѣ, гдѣ сокращенія матки были бы слабы, а желательно было бы ихъ усиленіе вообще, можно ввести и другой бужъ такимъ же порядкомъ, какъ и первый, но лучше въ другомъ направленіи (въ другую сторону).

¹⁾ Д-ръ Г. Ф. Писемскій въ запискѣн Акушерско-гинекологическаго общества въ Кіевѣ 27 ноября 1890 г. сообщилъ случай, въ которомъ родовая дѣятельность наступила чрезъ 7½ сутокъ послѣ введенія бужа, при чемъ чрезъ нѣсколько дней пришлось ввести два бужа сразу. Не подлежитъ сомнѣнію, что кромѣ указанныхъ индивидуальныхъ причинъ имѣетъ значеніе и мѣстоположеніе бужа въ маткѣ, т.-е. проникаетъ ли онъ въ *верхній* отдѣлъ матки (ко дну), или лежитъ (обыкновенно изогнувшись) только въ *нижней* части ея. Въ послѣднемъ случаѣ эффектъ дѣйствія, по понятнымъ причинамъ, долженъ быть выраженъ значительно слабѣе.

Что касается пониманія способа дѣйствія бужа, то оно сводится на раздраженіе матки присутствіемъ инороднаго тѣла и тѣмъ отслоеніемъ оболочекъ, которое неизбежно должно быть при введеніи бужа. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что время пребыванія бужа имѣетъ весьма важное значеніе, а потому однократное введеніе бужа и весьма кратковременное его пребываніе въ полости матки можетъ остаться (и оставалось) безъ желаемаго результата. Въ сравнительно недавнее время нѣкоторыми авторами (*И. О. Валандинъ*) высказано было мнѣніе, что бужъ вызываетъ сокращенія матки не вслѣдствіе своего присутствія, какъ непосредственный раздражитель, а дѣйствуетъ въ силу того, что вызываетъ *эндометритъ*, который и обусловливаетъ появленіе сокращеній матки. Это мнѣніе старались подкрѣпить ссылкой на то, что при современныхъ (безгнилостныхъ) способахъ веденія дѣла, сокращенія матки наступаютъ не съ такимъ постоянствомъ и съ меньшею энергіей, чѣмъ прежде, когда, при производствѣ операціи, асептика не была предметомъ особой заботы оператора. Такое заявленіе, если бы оно подтвердилось, представляло бы въ высшей степени интересное явленіе. Наблюдая много случаевъ разбираемой операціи, проведенныхъ какъ при современныхъ, такъ и давно прошедшихъ условіяхъ, я не могу сказать, чтобы существовала замѣтная разница въ силѣ и постоянствѣ эффекта дѣйствія. Какъ прежде, такъ и теперь, всякій разъ неизмѣнно появлялись сокращенія матки, и какъ прежде, такъ и теперь, въ отдѣльныхъ случаяхъ, время появленія первыхъ сокращеній колебалось отъ нѣсколькихъ часовъ до 2—3-хъ и болѣе сутокъ. Въ виду значительной разницы во времени, можно было бы заподозрить асептичность самаго бужа, но оказалось, что такое допущеніе не можетъ быть сдѣлано. Многократными изслѣдованіями кусочковъ бужа, лежавшихъ въ полости матки и взятыхъ съ соблюденіемъ необходимыхъ предосторожностей противъ случайнаго загрязненія, мы убѣдились, что прививка ихъ на различныя питательныя среды даетъ отрицательные результаты. При чемъ это бывало какъ въ случаяхъ медленнаго, такъ и быстро обнаруженія дѣйствія бужа. Такіе же изслѣдованія произведены были въ лабораторіи клиники проф. *Г. Е. Рейна* (въ Кіевѣ) и дали такіе же резуль-

таты. На основаніи сказаннаго, этотъ вопросъ я считаю *решеннымъ*.

Чтобы судить о достоинствахъ разбираемаго способа, необходимо выяснить, какое вліяніе оказываетъ онъ на теченіе родовъ и послѣродового періода. И, въ этомъ отношеніи, мой личный опытъ и указанія авторовъ убѣждаютъ меня несомнѣнно, что, при безгнилостномъ веденіи дѣла, какъ родовой актъ, такъ и послѣродовой періодъ могутъ протекать безъ всякихъ уклоненій отъ нормы. Слѣдовательно, имѣя въ виду *вѣрность дѣйствія* съ одной стороны и *безопасность* для матери — съ другой, мы въ правѣ признать данный способъ вызванія преждевременныхъ родовъ удовлетворяющимъ необходимымъ основнымъ требованіямъ, а по легкости и простотѣ выполненія весьма выгоднымъ для практическихъ цѣлей.

В) *Способъ Cohen'a и др.* состоитъ во впрыскиваніи жидкости ¹⁾ въ полость матки. Поступаютъ такимъ образомъ: вводятъ въ полость матки на извѣстную высоту металлическую или эластическую трубку, соединенную съ обыкновеннымъ шприцемъ (сифономъ), или съ Эсмарховой кружкой (по предложенію *Cohen'a*—съ клизопомпомъ), и впрыскиваютъ желаемую жидкость въ количествѣ $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ ф. Жидкость задерживаютъ нѣкоторое время въ полости, напр., тампономъ, или особо прилаженной губкой, затѣмъ выпускаютъ обратно и удаляютъ трубочку. Вся процедура продолжается около 10—15 минутъ.

Обыкновенно, спустя нѣсколько часовъ, наступаетъ правильная родовая дѣятельность. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, однократное впрыскиваніе оказывается недостаточнымъ и приходится его повторять, даже нѣсколько разъ.

Проф. *И. П. Лазаревичъ* справедливо обращаетъ вниманіе на устройство вводимой въ полость матки трубочки. Трубочку *Cohen'a* со слѣпымъ концомъ и съ отверстіями по сторонамъ онъ считаетъ нецѣлесообразной потому, что при этомъ вытекающая подъ давленіемъ жидкость разливается по сторонамъ въ области расположенія трубочки, слѣдовательно, помѣщается и производитъ отслаиваніе оболочекъ

¹⁾ Для этого предложены были: обыкновенная вода, дегтярная вода (aqua picea), infus. secal. cogn. etc.

въ *нижнемъ* отдѣлѣ матки, а не *вверху*. А такъ какъ проф. *И. П. Лазаревичъ* именно этому обстоятельству придаетъ особо важное значеніе, то онъ рекомендуетъ пользоваться трубочкой съ однимъ (центральнымъ) отверстиемъ на концѣ, благодаря чему жидкость, по автору, доходитъ до *дна* матки. если даже трубочка будетъ введена за область внутренняго зѣва весьма не высоко. Доказательство того, что жидкость проникаетъ до дна, авторъ видитъ, между прочимъ, въ показаніяхъ беременныхъ, получавшихъ ощущеніе движенія жидкости ко дну матки и особенное ощущеніе подъ ложечкой.

Что касается сущности дѣйствія этого способа, то въ немъ очень много сходнаго съ предыдущимъ способомъ (бужированіе). Здѣсь также дѣло сводится на раздраженіе внутренней поверхности матки инороднымъ тѣломъ (хотя и жидкимъ) и на отслойку оболочекъ яйца отъ стѣнокъ матки. При этомъ послѣднее обстоятельство имѣетъ, очевидно, большее значеніе, чѣмъ первое, ибо пребываніе жидкости въ полости матки, геср., непосредственное раздраженіе ея внутренней поверхности, весьма кратковременно. А въ дальнѣйшемъ теченіи роль раздражителя, очевидно, играютъ отслоившіяся, на большемъ или меньшемъ пространствѣ, яйцевыя оболочки. Слѣдовательно, здѣсь нѣсколько обратное тому, что бываетъ при бужированіи. Тамъ оболочки отдѣляются на незначительномъ пространствѣ, но прикосновеніе инороднаго тѣла съ внутренней поверхностью полости матки продолжительно. Опытъ показалъ, что если удалить бужъ въ скоромъ времени послѣ введенія, то сокращенія матки, зачастую, не наступаютъ. Помимо механическаго дѣйствія жидкости, можно говорить еще и о химическомъ дѣйствіи, если для впрыскиванія берутъ какой-либо растворъ, напр., растворъ поваренной соли, который, какъ показали опыты (*Nothnagel, Kossa*), можетъ вызывать сокращеніе гладкой мышечной ткани.

Такимъ образомъ, этотъ способъ принадлежитъ къ одной категоріи съ предыдущимъ. Относительно достоинствъ этого способа слѣдуетъ замѣтить, однако, что въ этомъ отношеніи онъ уступаетъ бужированію. Правда, неизмѣнность дѣйствія и скорость,—индивидуально различныя,—не подлежатъ сомнѣнію, равно какъ и то, что возбуждаемый, такимъ обра-

зомъ, родовой актъ протекаетъ при нормальныхъ условіяхъ. Но за то, въ самомъ производствѣ операциі есть источникъ опасности, и при томъ чрезвычайно серьезной. Всѣ авторы указываютъ на возможность септической инфекціи, напр., при пораненіи дѣтскаго мѣста трубкой, и *вхожденія воздуха* въ кровеносную систему матери. Пузырьки воздуха, вгоняемые вмѣстѣ съ жидкостью подъ извѣстнымъ давленіемъ, въ случаѣ нарушенія цѣлости связи дѣтскаго мѣста съ маточной стѣнкой, могутъ попадать въ открытые сосуды матери и вызывать грозныя явленія колляпса и даже смерть (воздушная эмболія). Такіе случаи, къ сожалѣнію, *не разъ* бывали при этой операциі (*Deraul* и др.).

Какъ ни серьезно это обстоятельство, тѣмъ не менѣе опасность со стороны инфекціи и вхожденія воздуха *можетъ быть* съ увѣренностью *устранена*, при соблюденіи нѣкоторыхъ очень простыхъ предосторожностей. Для этого обстановка операциі должна быть такая же, какъ и въ предыдущемъ способѣ. Строгое обеззараживаніе, особенно канала шейки, произведенное *при зеркаль*, равно какъ и введеніе трубочки, совершаемое также *при зеркаль*, устраняютъ возможность зараженія при проведеніи трубочки. Матеріаломъ для впрыскиванія должны служить *свѣже обезпложенныя жидкости* [физиологическій растворъ поваренной соли, (перегнанная) вода и т. п.]. Само собою разумѣется, что какъ сама трубочка, такъ и аппаратъ для впрыскиванія должны быть *асептичны*. Пользуясь обыкновеннымъ шприцемъ большого калибра (сифонъ), можно достигъ полной асептичности его, напр., кипяченіемъ, подобно другимъ инструментамъ: разумѣется, шприцъ нужно предварительно разобрать и вычистить. Слабая сторона инструмента (въ смыслѣ асептики) — поршень — долженъ быть изъ такого матеріала, который выдерживалъ бы надежную стерилизацію (асбестовый поршень). Опасность вхожденія воздуха устраняется еще легче. Необходимо, чтобы отдѣльныя части снаряда были хорошо прилажены другъ къ другу, и насосъ при наполненіи не втягивалъ бы вмѣстѣ съ жидкостью и воздуха; въ случаѣ появленія пузырьковъ воздуха, они должны быть выдавлены дѣйствіемъ поршня снизу вверхъ. *Безусловно необходимо*, чтобы насосъ вмѣстѣ съ трубкой составлялъ *нераздѣльный снарядъ*, внутренность коего наполнена жидкостью. Отнюдь

нельзя, слѣдовательно, вводить сначала трубочку, а затѣмъ къ ней прилаживать носикъ насоса. Трубочка должна быть насажена плотно на носикъ насоса и, когда пузырьки воздуха будутъ выдавлены, когда жидкость появляется полной струей изъ трубочки, только тогда, уменьшая давленіе на поршень и регулируя выдавленіе жидкости по каплямъ, трубочку вводятъ въ полость матки. При такомъ образѣ дѣйствія исключается возможность введенія воздуха *подъ* сколько-нибудь значительнымъ давленіемъ, слѣд., и возможность его проникновенія въ вены. Употребляя обыкновенный ирригаторъ, вмѣсто насоса, точно такимъ же образомъ легко устранить возможность вхожденія воздуха. Очень удобенъ для этихъ же цѣлей общеизвѣстный приборъ Potain'a. Сама трубочка можетъ быть или металлическая (твердая трубка), или изъ целлюлоида (эластическая трубка) съ однимъ отверстіемъ на концѣ (П. П. Лазаревичъ). Для этой цѣли очень легко приспособить обыкновенный полый целлюлоидный бужъ, отрѣзавъ его слѣпой конецъ, сгладивъ неровности краевъ срѣза и погрузивъ на нѣсколько минутъ въ горячую воду.

Хотя я нисколько не сомнѣваюсь, что при извѣстныхъ предосторожностяхъ, указанныхъ выше, опасности, связанная съ даннымъ способомъ, могутъ быть *навѣрно* устранены, и хотя выполненіе самой операціи съ технической стороны не представляетъ трудности, тѣмъ не менѣе одно сознаніе, что при этомъ является *возможность* возникновенія такой опасности, которая можетъ стоить двухъ жизней, до сихъ поръ удерживало меня отъ примѣненія этого способа въ практикѣ, и я всегда отдавалъ предпочтеніе столь же, если не больше, простому, но совершенно безопасному способу — бужированію.

В) Въ новѣйшее время Pelzer ¹⁾ предложилъ впрыскивать въ полость матки *обезпложенный* (кипяченіемъ) глицеринъ въ количествѣ около 100 грам. Эффектъ, по автору, наступаетъ съ неизмѣннымъ постоянствомъ и при томъ весьма скоро—часа чрезъ полтора и даже чрезъ полчаса. То же самое рекомендуетъ I. Clifton Edgar ²⁾.

¹⁾ Arch. f. Gyn. B. 42, N. 2.

²⁾ Med. Record. ²⁶/Xl 92.

По *Pelzer*'у, при впрыскиваніи глицерина, кромѣ механическаго дѣйствія—отслаиваніе оболочекъ и раздраженіе (инородное тѣло)—вліяніе средства обусловливается еще тѣмъ, что глицеринъ вытягиваетъ воду сквозь толщу оболочекъ изъ полости плоднаго яйца, уменьшаетъ объемъ этого послѣдняго и способствуетъ дальнѣйшему отдѣленію его отъ внутренней поверхности полости матки.

Послѣ работы *Pelzer*'а не замедлили появиться въ текущей литературѣ сообщенія о случаяхъ удачнаго примѣненія этого способа. Вскорѣ, однако, наряду съ этимъ, обнародованы были наблюденія, показавшія, что этотъ способъ не только нельзя считать однимъ изъ лучшихъ, но что въ немъ кроется источникъ самыхъ серьезныхъ осложненій, до смертельнаго исхода включительно. Уже въ 1894 г. *Pfannenstiel* ¹⁾ опубликовалъ 2 случая изъ *Бреславльской* акушерской клиники, въ которыхъ, вслѣдъ за впрыскиваніемъ глицерина, при соблюденіи всѣхъ предосторожностей противъ зараженія и вхожденія воздуха, развились очень тяжелыя явленія, и одинъ случай окончился смертью чрезъ 6 часовъ; ребенокъ умеръ часъ спустя послѣ впрыскиванія; родовыя боли не появились; больная страдала нефритомъ (8% бѣлку, по *Esbach*'у), въ мочѣ (при жизни) кровяныхъ тѣлецъ не было. При вскрытіи—окрашенная кровью моча. Рѣзкій нефритъ.

Въ другомъ случаѣ дѣло шло о беременной въ 3-й разъ. За 4 нед. до срока, послѣ безуспѣшнаго примѣненія бужа, вспрыснуто около 100 граммъ химически чистаго глицерина со всѣми предосторожностями. Вскорѣ наступили частыя и очень болѣзненные боли; 1 часъ спустя, появился ціанозъ: t° , бывшая до тѣхъ поръ нормальной, поднялась до 39, пульсъ съ 84—92 упалъ до 68. Это состояніе держалось 3 часа, затѣмъ t° упала до 37,4, пульсъ 80. Моча, выпущенная катетеромъ въ количествѣ 2-хъ столовыхъ ложекъ, интенсивно окрашена кровью; много бѣлку; окраска держалась почти сутки, бѣлокъ—двое сутокъ. Спектральный анализъ показалъ присутствіе метгемоглобина и гемоглобина. Роды не наступили.

Столь грозные припадки, появившіеся послѣ впрыскива-

¹⁾ Centralblatt f. Gyn. 1894, № 4.

ній, авторъ объясняетъ *интоксикаціей*, основываясь на рѣзкихъ измѣненіяхъ въ мочѣ и ссылаясь на опыты на животныхъ (собаки, кролики), произведенные различными авторами (*Афанасьевъ* и др.), вызывавшими явленія гемоглобинурии помощью впрыскиванія глицерина.

Уже однихъ этихъ указаній вполне достаточно, чтобы побудить акушеровъ относиться съ большою осторожностью къ методу *Pelzer'a*, который, кромѣ прямой и серьезной опасности, оказывается къ тому же и въ отношеніи вызванія преждевременныхъ родовъ не всегда дѣйствительнымъ.

Помимо всего сказаннаго, слѣдуетъ еще имѣть въ виду и возможность такихъ примѣсей къ глицерину, какъ *мышьякъ*. По крайней мѣрѣ, въ соотвѣтствующей литературѣ на это имѣются положительныя указанія ¹⁾.

S. Flatau ²⁾ для вызванія преждевременныхъ родовъ примѣняетъ глицеринъ по измѣненному способу *Theilhaber'a*. Послѣдній употребляетъ *палочки*, состоящія изъ равныхъ частей глицерина и желатины по 5,0 съ 0,2 трикрезола. Берется тонкая закругленная палочка изъ китоваго уса, обволакивается тонкимъ слоемъ 0,1% сулемнаго коллодія, поверхъ котораго наводится слой желатины и глицерина съ трикрезоломъ въ указанной пропорціи. Готовыя палочки завертываются въ восковую бумагу, смазанную 3% трикрезоловымъ вазелиномъ, и такимъ образомъ сохраняются. *Flatau* употребляетъ не палочки, а эластическіе бужи, содержащія желатины и дистиллированной воды по 20, глицерину 80, трикрезолу 1,2. Каждый бужъ содержитъ 12,0 глицерина. Передъ употребленіемъ бужи очищаются обезпложенной водой и покрываются 1% сулемнаго коллодія. Авторъ описываетъ случай весьма успѣшнаго дѣйствія.

По существу, этотъ способъ представляетъ нѣкоторое видоизмѣненіе способа *Krause*, при чемъ къ механическому дѣйствію бужа присоединяется химическое дѣйствіе глицерина.

Г) *Способъ Tarnier'a* состоитъ въ томъ, что тонкостѣнный резиновый шарикъ (*dilatateur intrauterine*), снабженный длин-

¹⁾ The Pharmaceutical Journal. 20/1 1894.

²⁾ Münch. medic. Wochenschr. 1894, № 44.

ной (отводной) трубкой, вводится въ полость матки и помѣщается въ нижнемъ отрѣзкѣ ея, предпочтительнѣе по передней поверхности. Затѣмъ, черезъ трубку шарикъ наполняется жидкостью до желаемой степени растяженія, послѣ чего трубка, такъ или иначе, закрывается и шарикъ остается въ полости матки. Своимъ присутствіемъ, въ качествѣ довольно массивнаго инороднаго тѣла, онъ раздражаетъ внутреннюю поверхность полости матки и вызываетъ сокращенія. Когда сокращенія начинаютъ укорачивать и изглаживать шейку, шарикъ, подъ вліяніемъ давленія въ полости матки, стремится выйти наружу и, такимъ образомъ, въ свою очередь способствуетъ раскрытію зѣва. Когда раскрытіе зѣва подвинулось настолько, что діаметръ его становится нѣсколько больше діаметра шарика, шарикъ выскальзываетъ въ полость рукава. Это будетъ при открытіи зѣва на 2—3 поп. пальца, приблизительно, смотря по величинѣ діаметра шарика и уступчивости (растяжимости) зѣва. Родовой актъ, обыкновенно, продолжается и въ дальнѣйшемъ теченіи не уклоняется отъ нормы.

Выполненіе этой операціи, по мнѣнію моему, не представляетъ техническихъ затрудненій, если только она предпринимается при соблюденіи нѣкоторыхъ условій (достаточная проходимость канала шейки и пр.). Правда, изобрѣтатель (авторъ) способа предложилъ для выполненія операціи особый инструментъ, состоящій изъ желобоватаго зонда, изогнутаго на подобіе обыкновеннаго (*Кивилевскаго*) зонда, имѣющаго рукоятку и нѣсколько отверстій на стержнѣ. Но, очевидно для меня, что этотъ снарядъ предложенъ для введенія шарика на ощупь, *безъ посредства зеркала*. Такой образъ дѣйствія рѣшительно *не долженъ быть примѣняемъ*, какъ заключающій въ себѣ источникъ серьезныхъ опасностей, въ виду невозможности строгаго соблюденія правилъ анти-и асептики, даже при самомъ сильномъ желаніи,—во-первыхъ, и какъ создающій напрасныя затрудненія,—во-вторыхъ. Я совѣтую поступать такимъ образомъ: послѣ тщательнаго мыванія рукава, обнаживъ влагалищную часть зеркаломъ, вытереть ее кускомъ марли (ватой), смоченной въ антисептическомъ растворѣ, и захватить пулевыми щипцами; затѣмъ, повторно вытереть каналъ шейки кускомъ марли (ватой), смоченной сперва въ щелочномъ растворѣ, потомъ въ

растворъ какой-либо противогнилостной жидкости. Подготовивъ такимъ образомъ путь, взявъ только-что обезпложенный (кипяченіемъ) шарикъ и ввести его въ спавшемся состояніи въ полость матки, нѣсколько выше внутренняго зѣва. Это введеніе, всего проще, дѣлается при помощи длиннаго (съ гладкими внутренними поверхностями, не зубчатаго) пинцета, зажима или корнцанга и ни въ какихъ особыхъ инструментахъ не нуждается. Въ случаѣ недостаточной проходимости канала шейки, resp., внутренняго зѣва, тутъ же дѣлается предварительное расширеніе помощію обыкновенныхъ расширителей (стеклянныхъ, металлическихъ, каучуковыхъ). Помѣстивъ шарикъ въ полости матки, впрыскиваютъ черезъ трубочку жидкость до тѣхъ поръ, пока шарикъ не достигнетъ извѣстнаго объема (расширенія). Трубочка закрывается краномъ или завязывается; конецъ ея помѣщается въ рукавъ, который слегка тампонируется антисептической марлей, и операція этимъ оканчивается. Дальнѣйшее предоставляется силамъ природы. Беременная не должна непременно оставаться въ постели.

Считаю нужнымъ указать на нѣкоторые практически важные вопросы, возникающіе при этомъ.

1) *Какую жидкость слѣдуетъ брать* при наполненіи шарика? По моему.—обезпложенную воду или обезпложенный физиологическій растворъ хлористаго натра. Это дѣлается на случай возможнаго разрыва шарика, при наполненіи его, или впоследствии, подъ вліяніемъ сокращенія матки, и, слѣдовательно, попаданія жидкости непосредственно на стѣнки матки. Въ этихъ же видахъ необходимо, до введенія шарика, удалить изъ него воздухъ; для этого, всего лучше, предварительно опустить шарикъ съ трубкой въ воду и затѣмъ, выдавивъ воздухъ, соединить (подъ водою же) съ носикомъ насоса, ирригатора и пр.

2) *Какъ избѣжать разрыва шарика* при наполненіи? Необходимо *раньше* знать, какое количество жидкости требуется для того, чтобы довести объемъ шарика до желаемыхъ размѣровъ. Упустивъ это изъ виду, или получимъ недостаточное растяженіе шарика, или, при избыткѣ жидкости, введенной подъ давленіемъ, *рискуемъ разорвать* шарикъ.

3) *Какой величины долженъ быть шарикъ?* Въ этомъ отно-

шеніи лучше всего сообразоваться съ условіями каждаго даннаго случая, слѣдовательно, нужно имѣть шарики двухъ—трехъ разныхъ величинъ. Размѣры, предложенные *Tarnier*'омъ, по моему, очень малы. Я лично ни разу не встрѣтилъ сколько-нибудь значительнаго препятствія при употребленіи баллоновъ значительно большихъ размѣровъ, объемъ которыхъ, при надлежащемъ растяженіи, достигаетъ величины большаго яблока или, вѣрнѣе, груши. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мнѣ приходилось вводить, при неизглаженномъ каналѣ шейки, даже обыкновенный *кольпейринтеръ* безъ особыхъ затрудненій. Исключенія, конечно, всегда возможны. Въ тѣхъ случаяхъ, когда желательно ускорить наступленіе родовой дѣятельности и получить болѣе быстрое раскрытіе зѣва, съ успѣхомъ можно примѣнить *влеченіе за трубку* введеннаго въ полость матки шарика. Для этой цѣли трубка (или ея продолженіе) перекидывается чрезъ ножной конецъ кровати и къ ней (трубкѣ) привѣшивается тотъ или другой грузъ. Эту роль очень хорошо выполняетъ обыкновенная полубутылка, наполненная водой.

Относительно достоинствъ этого способа, въ ряду другихъ, могу сказать, что за послѣднія 8—9 лѣтъ я много разъ примѣнялъ его и съ полнымъ убѣжденіемъ отношу къ числу *весьма надежныхъ*, легко выполнимыхъ, не тягостныхъ для беременной и, при соблюденіи указанныхъ предосторожностей, вполне безопасныхъ способовъ. Случалось, однако, и здѣсь, что родовая дѣятельность, довольно скоро наступавшая и рѣзко выраженная,—затѣмъ прекращалась; а при изслѣдованіи мы находили шарикъ извергнутымъ изъ полости матки и свободно лежащимъ въ рукавѣ. Въ такихъ случаяхъ требовалось повторное введеніе баллоновъ большей величины, обезпечивавшихъ непрерывность родовой работы до тѣхъ поръ, пока измѣненія шейки и раскрытіе зѣва бывали выражены въ достаточной степени и—при надобности—роды могли быть такъ или иначе (искусственно) окончены.

То же самое можетъ случиться и тогда, если шарикъ по своимъ размѣрамъ хотя и достаточенъ, но напряженіе, resp., количество жидкости, недостаточно. Такой шарикъ, при повышеніи давленія въ полости матки (resp., при родовой работѣ), измѣняетъ свою форму, приспособляется (вслѣдствіе

возможнаго перемѣщенія жидкости) и выходитъ чрезъ зѣвъ гораздо раньше, чѣмъ этотъ послѣдній раскрывается до желаемой степени (до величины поперечнаго размѣра шарика приблизительно). Вотъ почему, въ извѣстныхъ случаяхъ, могутъ заслуживать предпочтительнаго вниманія шарики менѣе растяжимые и менѣе способные измѣнять свою форму (напр., баллоны *Champetier de Ribes*, Д. И. Контега).

Иногда этотъ способъ можетъ быть примѣненъ не какъ самостоятельный, а въ качествѣ вспомогательнаго способа, напр., въ томъ случаѣ, когда, при возбужденіи родовъ по какому-либо способу, произошло раненіе плоднаго пузыря, излітіе околоплодной жидкости и, въ связи съ этимъ, имѣется нарушенное и замедленное раскрытіе родовыхъ путей и проч.

Д) *Способъ R. Barnes'a*, по идеѣ, сходенъ съ предыдущимъ. Здѣсь цѣль достигается введеніемъ особаго инструмента, представляющаго собою два пузыря (шарика), снабженныхъ каждый своей трубкой и соединенныхъ между собою перешейкомъ (А. Я. Крассовскій). Внѣшній видъ инструмента похожъ на бисквитъ или скрипку, съ которыми его сравниваютъ по формѣ, хотя и не очень удачно. Верхній шарикъ вводится за внутренній зѣвъ, нижній лежитъ у наружнаго зѣва, а перешеекъ выполняетъ каналъ шейки. Техника примѣненія должна быть такая же, какъ и при способѣ *Tarnier'a*; какихъ-либо преимуществъ предъ способомъ *Tarnier'a* разбираемый методъ, по моему, не имѣетъ, *уступая ему* и въ *простотѣ*. Да кромѣ того, инструментъ *Barnes'a* настолько массивенъ, что пользоваться имъ при малооткрытомъ зѣвѣ, resp., просвѣтѣ канала шейки, возможно далеко не всегда. Поэтому инструментъ *Barnes'a* съ большимъ правомъ можно разсматривать, какъ *расширитель* зѣва, resp., шейки, примѣнимый при начавшейся уже родовой работѣ (измѣненія шейки матки), а не какъ *возбудитель первичныхъ* сокращеній матки, какъ, впрочемъ, совѣтовалъ примѣнять его и самъ авторъ (послѣ душей, прессованныхъ губокъ, кольцевиднаго и пр.).

Такъ какъ въ этомъ способѣ дѣйствіе средства не ограничивается раздраженіемъ внутренней поверхности матки, но имѣется въ виду и дѣйствіе на шейку, то онъ составляетъ переходную ступень къ слѣдующей 3) группѣ спосо-

бѣвъ, исходная точка дѣйствія которыхъ заключается въ раздраженіи, resp., расширеніи канала шейки матки. Сюда относятся способы: *Brünnighausen'a*, *Kluge* и др.

Способъ *Brünnighausen-Kluge*, состоящій въ расширеніи канала шейки помощью прессованныхъ губокъ, resp., палочекъ ляминариі, тупелло и др., безъ сомнѣнія, можетъ привести къ цѣли, но по простотѣ, легкости выполненія, безопасности, равно какъ и по большей обременительности для беременной, онъ стоитъ значительно ниже вышеизложенныхъ (бужированіе, способъ *Tarnier'a* и др.). Этотъ, способъ по моему, правильнѣе разсматривать какъ *вспомогательный*, а не *самостоятельный*. То же самое нужно сказать и о примѣненіи другихъ расширяющихъ средствъ (*Busch'a*, *Mende* и др.). Я не буду излагать техники этихъ способовъ. Выполненіе ихъ совершается по тѣмъ же правиламъ и съ тѣми же предосторожностями, какъ и для цѣлей гинекологической терапіи (resp., діагностики). Для разбираемой цѣли—возбужденія преждевременныхъ родовъ—этотъ способъ нужно считать рѣшительно вышедшимъ изъ употребленія. Онъ, пожалуй, можетъ еще найти въ нѣкоторыхъ случаяхъ примѣненіе при вызываніи искусственнаго выкидыша.

4) Способы, дѣйствіе которыхъ основано на раздраженіи рукава, resp., его сводовъ. Сюда относятся: а) способъ *Kiwisch'a* (1848 г.)—примѣненіе восходящихъ душъ; б) способъ *Scanzoni* (1856 г.)—введеніе въ рукавъ струи углекислага газа; в) способы *Schöller'a*, *Hüter'a*, *C. Braun'a*—примѣненіе влагалищной тампонаціи.

Изъ всѣхъ этихъ способовъ, по мнѣнію моему, только А) способъ *Kiwisch'a* заслуживаетъ вниманія. При этомъ способѣ вводится въ рукавъ струя горячей воды подъ болѣе или менѣе значительнымъ давленіемъ. Кромѣ того, имѣетъ значеніе продолжительность каждаго душа и частота ихъ. Обыкновенно назначаютъ души въ теченіе 10—12—15 мин. и, смотря по дѣйствию (resp., по реакціи, раздражительности беременной), 2—3—4 раза въ теченіе сутокъ: т° воды—отъ 35°R. и нѣсколько выше¹⁾, опять сообразуясь съ индивиду-

¹⁾ *Schrader* совѣтуетъ 35-ти градусный душъ дѣлать въ перемежку съ 6-ти градуснымъ. Этотъ способъ имѣетъ за себя свидѣтельство *Marburg'ской* клиники.

альностью беременной. Высота водяного столба, resp., сила давленія, должна быть довольно значительна. Въ виду того, что при быстрой и съ значительной силой ударяющей струей воды наблюдаются иногда отраженные явленія (обмороки и пр.) лучше, по крайней мѣрѣ въ первый разъ, дѣлать души въ *лежащемъ* положеніи. Дѣйствіе этихъ душъ, очевидно, сложное. Оно сводится на раздраженіе механическое и термическое. Первое состоитъ въ растяженіи рукава (его сводовъ) и въ ударѣ струи, которая вгоняется въ рукавъ подъ извѣстнымъ давленіемъ. Второе находится въ зависимости отъ температуры жидкости и вызываетъ усиленный приливъ крови, resp., размягченіе тканей шейки и сводовъ рукава. Въ всякаго сомнѣнія,—нервные центры, заложеныя въ переднемъ сводѣ рукава, описанные нашимъ соотечественникомъ, д-ромъ *Дембо*, раздраженіе которыхъ вызываетъ (рефлекторно) сокращенія матки,—оказываютъ значительное вліяніе въ обнаруженіи полезнаго дѣйствія душъ, т. е. въ появленіи сокращеній матки.

Время, потребное для обнаруженія эффекта дѣйствія душъ, весьма различно; здѣсь, какъ и при другихъ способахъ, весьма многое зависитъ отъ индивидуальности беременной. Въ этомъ отношеніи, слѣдовательно, возможны весьма значительныя *колебанія*. На основаніи многочисленныхъ опытовъ примѣненія душъ, можно, кажется, принять за правило, что методическимъ и настойчивымъ примѣненіемъ ихъ (душъ) въ нѣкоторыхъ случаяхъ, можно вызвать наступленіе преждевременныхъ родовъ.

Что касается впрыскиваемой жидкости, то, по мнѣнію моему, лучше всего, очистивъ предварительно рукавъ по общимъ правиламъ дезинфекціи полового канала, брать обыкновенную чистую (или перегнанную), свѣжепрокипяченную воду.

Въ довольно значительномъ числѣ случаевъ возбужденія преждевременныхъ родовъ и выкидышей, я часто примѣнялъ этотъ способъ, но *не* въ качествѣ *самостоятельнаго*, а какъ средства *для подготовки* родовыхъ путей, и затѣмъ переходилъ къ примѣненію, напр., бужей, способа *Tarnier'a* и др., особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ приходилось имѣть дѣло съ болѣе или менѣе значительной плотностью тканей шейки и т. п.

На основаніи своихъ личныхъ наблюденій, я не могу подтвердить заявленія, высказаннаго нѣкоторыми авторами (И. О. Баландинъ), будто бы предварительное употребленіе душъ съ послѣдовательнымъ примѣненіемъ другихъ способовъ, напр., бужировація, ослабляетъ эффектъ дѣйствія послѣднихъ¹⁾. Другими словами, бужь, безъ предварительнаго употребленія душа, дѣйствуетъ будто бы быстрѣе и энергичнѣе.

Б) Способъ *Scanzoni*, предложенный въ 1855 г., не вошелъ въ практику и вскорѣ оставленъ былъ и самимъ авторомъ.

В) Что касается *тампонаціи* рукава (всего лучше—посредствомъ кольпейринтера), то не подлежитъ сомнѣнію, что, хотя примѣненіе ея и можетъ вызвать сокращенія матки (путемъ раздраженія сводовъ), но пользоваться этимъ способомъ для возбужденія преждевременныхъ родовъ едва ли кому придется въ голову. Примѣненіе этого метода можетъ оправдываться какими-либо совершенно *исключительными* условіями, напр., *кровотеченіемъ*, въ зависимости отъ тѣхъ или другихъ причинъ. Здѣсь примѣненіе тампона, однако, играетъ роль, главнымъ образомъ, кровеостанавливающаго средства и, такъ сказать, попутно при своемъ дѣйствіи можетъ возбуждать сокращенія матки. Тампонація дѣлается или ватой (въ видѣ шариковъ, или большимъ кускомъ, перевязаннымъ ниткой или обернутымъ въ марлю), или какимъ либо другимъ мягкимъ перевязочнымъ матеріаломъ, напр., іодоформной, или иначе обработанной марлей, которая берется въ видѣ длинной, шириною 3—4 поп. пальца полосы и, по обнаженіи ложкообразнымъ зеркаломъ²⁾ рукава, послѣ его обеззараживанія, вводится съ помощію длиннаго пинцета (корнцанга), въ видѣ складокъ размѣщается въ области шейки и (плотно) выполняетъ углубленія сводовъ рукава. Въ подходящихъ случаяхъ, примѣняя тампонацію, я не ограничиваюсь выполненіемъ сводовъ рукава, а предварительно провожу конецъ марлевой полосы (1—2 поп. пальца шириною) чрезъ каналъ шейки *въ полость матки*; такимъ образомъ, тампонъ выполняетъ и *часть матки*, и

¹⁾ Ср. *Fehling*. Berlin. klin. Woch. № 25, 1892.

²⁾ То же самое можно сдѣлать и безъ зеркала; въ такомъ случаѣ двумя пальцами (указательнымъ и среднимъ), введенными за входъ въ рукавъ,

каналъ шейки. Дѣйствию его, въ этихъ послѣднихъ случаяхъ, по существу, будетъ аналогично дѣйствию способа *Tarnier'a* и др. Техника тампонаціи полости матки описана ниже, въ главѣ объ операціи искусственнаго выкидыша. Количество матеріала соотвѣтствуетъ каждому отдѣльному случаю. Конецъ тампона не выдается наружу, а помѣщается въ рукавѣ.

Тампонація *кольнейринтеромъ (Braun)* производится такимъ образомъ: послѣ надлежащаго обеззараживанія рукава и самаго снаряда (кипяченіемъ), удаляютъ изъ него воздухъ и соединяютъ съ насосомъ или трубкой ирригатора и, сложивъ баллонъ по длиннику, вводятъ въ рукавъ и помѣщаютъ къ шейкѣ, resp., въ сводахъ. Затѣмъ наполняютъ шаръ до желаемой степени (емкость, resp., необходимое количество жидкости заранѣе извѣстны), трубку закрываютъ и тампонъ оставляютъ въ рукавѣ на нѣсколько часовъ, среднимъ числомъ около 6-ти. Впрочемъ, смотря по обстоятельствамъ, можетъ случиться, что тампонъ долженъ быть удаленъ ранѣе этого срока, если, напр., у беременной появляются сильныя (жгучія) боли въ рукавѣ, или, несмотря на тампонъ, кровотеченіе всетаки показывается въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ (неудачное наложеніе снаряда).

5) **Электричество**—въ различныхъ видахъ (франклинизація, гальванизація, фарадизація) предлагалось очень многими, какъ могучее средство для возбужденія преждевременныхъ родовъ. Однако, до сихъ поръ оно не сдѣлалось общепринятымъ методомъ, и примѣненіе его ограничивается нѣсколькими отдѣльными случаями. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что помощью электричества (въ разныхъ видахъ) можно вызвать сокращенія беременной матки, но, наряду съ успѣшными случаями примѣненія электричества

нужно оттянуть промежность къзади (кънизу) и такимъ образомъ открыть полость влагалища.

Если тампонація дѣлается при помощи цилиндрическаго зеркала, то—или просто чрезъ его просвѣтъ проводить въ рукавъ ватные шарики, resp., марлю,—или предварительно покрываютъ зеркало снаружи кускомъ марли (величиною съ небольшой носовой платокъ) и вводятъ въ рукавъ; ватные шарики проталкиваютъ чрезъ зеркало въ марлевый мѣшокъ и, по мѣрѣ наполненія мѣшка, зеркало мало по малу извлекаютъ. Такимъ образомъ, рукавъ будетъ выполненъ марлевымъ мѣшкомъ, набитымъ ватными тампонами. Все это должно лежать за входомъ въ рукавъ: концы нитокъ отъ шариковъ выдаются наружу.

въ практикѣ, опубликовано множество случаевъ такихъ, гдѣ это средство оказывалось не дѣйствительнымъ

Изучая литературу вопроса о примѣненіи электричества для акушерскихъ цѣлей, мы видимъ, что между различными авторами не существуетъ единства мнѣній даже по самымъ существеннымъ сторонамъ вопроса. Такъ, одни утверждаютъ, что только *постоянный* токъ можно разсматривать, какъ надежный возбудитель правильныхъ родовыхъ болей, другіе, наоборотъ, всецѣло отдають предпочтеніе *прерывистому* току. Такихъ авторовъ большинство. Кромѣ удовлетворительнаго рѣшенія этого, такъ сказать, принципиальнаго вопроса, очень много и другихъ, крайне важныхъ, практическихъ вопросовъ представляются нерѣшенными. Таковы., напр., вопросъ о степени *силы* тока, а также вопросъ о *мѣстѣ* приложенія электродовъ, объ ихъ формѣ и пр. Чтобы показать разногласіе, существующее въ этомъ направленіи, укажу только на то, что одни совѣтуетъ помѣщать электроды на переднюю стѣнку живота по бокамъ матки, другіе—на крестцовую область и переднюю стѣнку живота (у дна или надъ лоннымъ соединеніемъ), третьи совѣтуетъ одинъ электродъ вводить въ рукавъ и приставлять его къ шейкѣ матки, четвертые—пользуются двуполярнымъ электродомъ, вводимымъ въ полость (?) матки, пятые—прикладываютъ электроды къ сводамъ рукава (переднему—*Дембо*) и т. д. Затѣмъ, вопросъ о *продолжительности* каждаго сеанса, о частотѣ этихъ послѣднихъ и т. п. рѣшаютъ весьма разнообразно. Никакихъ опредѣленныхъ и согласныхъ указаний авторы не даютъ. Въ виду всего сказаннаго, способъ возбужденія преждевременныхъ родовъ помощью электричества, хотя по идеѣ и очень симпатиченъ, тѣмъ не менѣе, какъ практическій пріемъ у постели больныхъ, онъ является весьма плохо обставленнымъ и потому мало примѣнимымъ. Нужно думать, что вопросъ о примѣненіи электричества найдетъ себѣ разрѣшеніе въ будущемъ.

6) **Подкожное впрыскиваніе солянокислаго пилокарпина** въ 2% растворѣ и употребленіе другихъ средствъ, назначаемыхъ *рег сс*, также предложено было для вызванія преждевременныхъ родовъ.

Впрыскиваніе пилокарпина впервые сдѣлано было (д-ромъ *Массманомъ* въ Петербургѣ въ 1878 г.) вовсе не съ цѣлью

прерыванія беременности, а съ терапевтической цѣлью,—у беременной, страдавшей водянкой вслѣдствіе нефрита. Роды наступили скоро, и случай окончился благополучно. Также окончился и 2-й подобный же случай. Это дало поводъ разсматривать солянокислый пилокарпинъ, какъ *esbolicum*. Опыты позднѣйшихъ авторовъ (*Welponer, Sänger, Hyernaux* и др.) не подтвердили, однако, эсболическаго дѣйствія пилокарпина въ обыкновенныхъ, неосложненныхъ случаяхъ. По нѣкоторымъ авторамъ, болѣе чѣмъ въ 60%, пилокарпинъ оказался недѣйствительнымъ. Въ виду этого, а еще больше въ виду того, что впрыскиваніе 2% раствора солянокислаго пилокарпина вовсе не безразличный пріемъ и можетъ вызвать бурныя явленія въ организмъ (въ сферѣ дѣятельности сердца и сосудистой системы), я категорически совѣтую воздерживаться отъ употребленія этого средства для названныхъ цѣлей. По отношенію къ этому, а равно и къ другимъ фармакологическимъ средствамъ, предлагаемымъ для возбужденія преждевременныхъ родовъ, *resp.*, выкидыша, слѣдуетъ замѣтить, что назначеніе ихъ въ той формѣ, какъ это предлагается авторами, *по существу дѣйствія средствъ представляется нераціональнымъ*. Ниже, въ главѣ объ искусственномъ выкидышѣ, мы еще вернемся къ этому вопросу.

Въ заключеніе, по отношенію къ техникѣ возбужденія преждевременныхъ родовъ, я долженъ сказать, что на основаніи большого личнаго опыта, *отдаю рѣшительное предпочтеніе примѣненію булжей и введенію резиновыхъ шариковъ въ полость матки*.

Показанія къ операціи, въ общихъ чертахъ, можно формулировать слѣдующимъ образомъ: искусственное возбужденіе преждевременныхъ родовъ показуется въ тѣхъ случаяхъ, при которыхъ дальнѣйшее теченіе беременности, *resp.*, наступленіе родовъ въ срокъ, дѣлается значительнымъ источникомъ опасности или для матери, или для плода, или для обоихъ вмѣстѣ.

Въ частности, такіе случаи будутъ весьма различны. Всего чаще это будутъ случаи беременности при *узкихъ тазяхъ*. Здѣсь показаніе къ врачебному вмѣшательству является наиболѣе яснымъ и прочно обоснованнымъ. Возьмемъ примѣръ: мы имѣемъ повторнوبرемennую; беременность протекаетъ совершенно правильно, плодъ развивается пре-

красно, общее состояніе матери вполне удовлетворительно. Но изъ анамнеза мы знаемъ, что и прежде бывшія беременности протекали такъ же хорошо, но роды каждый разъ были трудные, очень продолжительные и оканчивались или произвольно мертвымъ плодомъ, или требовали операціи, уменьшающей объемъ плода, при чемъ, по развитію, плоды были нормальные.

Принимая во вниманіе эти указанія и найдя при изслѣдованіи беременной явныя отклоненія отъ нормы въ анатомическомъ характерѣ таза (суженіе размѣровъ въ той или другой формѣ), мы въ правѣ думать, что и въ данномъ случаѣ, если беременность дойдетъ до конца, роды будутъ столь же трудны, какъ и предшествовавшіе. Очевидно, здѣсь дѣло обусловливается извѣстнымъ пространственнымъ несоотвѣтствіемъ между родовымъ каналомъ матери и объемомъ плода, resp., головки. Такъ какъ измѣнить анатомическія условія со стороны таза не въ нашей власти, значить, — усилія должны быть направлены на измѣненіе объема головки. Но задержать развитіе внутриутробнаго плода въ желаемой степени помощью какого бы то ни было мѣропріятія [голодная діета (*Entfettungs-Cur Prochownik'a*), іодистый калий внутрь и пр.] — тоже нельзя. Единственная возможность сгладить пространственныя несоотвѣтствія во время родовъ (безъ нарушенія цѣлости плода и таза матери) состоитъ въ томъ, чтобы вызвать наступленіе родового акта въ такой періодъ беременности, когда размѣры плода, resp., головки, соотвѣтствуютъ размѣрамъ даннаго таза.

Изъ этого слѣдуетъ, что для успѣха дѣла мы должны въ каждомъ данномъ случаѣ возможно точнѣе знать *размѣры таза* и *размѣры плода*, resp., *головки*, и предусмотрѣть возможные отношенія между ними во время родовъ (способность конфигураціи и т. п.).

Что касается размѣровъ и характера таза, то они, при современномъ состояніи пельвиметріи, могутъ быть изучены достаточно точно. Для сужденія же о размѣрахъ головки мы не можемъ прибѣгать къ непосредственному измѣренію и должны довольствоваться значительно менѣе точными данными, получаемыми при обыкновенномъ (повторномъ) акушерскомъ изслѣдованіи — во-первыхъ, и выводами (въ среднемъ), добытыми различными авторами изъ значитель-

наго числа наблюденій относительно величины размѣровъ головки плода въ различные сроки беременности, — во-вторыхъ.

Эти данныя, въ общемъ, хотя и представляются достаточно устойчивыми, тѣмъ не менѣе ихъ практическая важность значительно умалывается двумя обстоятельствами. Во-первыхъ, тѣмъ, что, кромѣ знанія величины размѣровъ головки, слѣдовало бы знать и ея способность *аккомодации*, въ зависимости отъ которой стоитъ возможность и успѣшность, или невозможность, прохождения головки чрезъ тазовой каналъ. А это, какъ разъ, является дѣломъ только гадательнымъ, чтобы не сказать болѣе. Во-вторыхъ, какъ ни кажется это страннымъ, и опредѣленіе *срока беременности*, особенно при вычисленіи на недѣли, въ свою очередь, является далеко *неточнымъ*. Уже одно то, что даже при однократномъ совокушеніи не удастся опредѣлить моментъ зачатія (им-прегнація сѣмени), при чемъ вполне возможна ошибка, примѣрно, на 1—1,5 нед.,—одно это уже не можетъ не повліять на точность нашихъ вычисленій. Эта возможность ошибки имѣетъ, однако, общій характеръ—при вычисленіи срока всякой беременности вообще. Она искушается въ болѣе поздніе сроки тщательной оцѣнкой объективныхъ измѣненій, свойственныхъ беременности, на основаніи которыхъ сужденіе о срокѣ беременности является приблизительно вѣрнымъ. При данныхъ же условіяхъ, т. е. при наличности суженія таза, возможность ошибки въ вычисленіи дѣлается еще большей. Ибо такіе важные признаки, какъ, напр., отношеніе матки къ пупку, высота стоянія дна, отношеніе къ мечевидному отростку, величина различныхъ размѣровъ живота и пр., при узкомъ тазѣ нѣсколько иные, чѣмъ при нормальномъ, а слѣдовательно, могутъ служить источниками ошибки.

Такимъ образомъ, наши вычисленія могутъ быть только *приблизительно точными*. Не разъ бывало, что, несмотря на прерываніе беременности раньше срока, роды не могли окончиться силами природы и приходилось прибѣгать къ уменьшающимъ объемъ плода операціямъ. Такіе случаи, хотя должны быть отнесены къ числу врачебныхъ ошибокъ, тѣмъ не менѣе, находятъ себѣ оправданіе въ вышеизложенныхъ обстоятельствахъ и ихъ взаимныхъ соотношеніяхъ.

Какъ при срочныхъ родахъ, для правильнаго ихъ теченія, требуется опредѣленное отношеніе размѣровъ головки къ размѣрамъ таза, точно такъ же при возбужденіи преждевременныхъ родовъ, въ случаѣ узкаго таза, наша задача заключается въ томъ, чтобы устранить пространственныя несоотвѣтствія между тазомъ и предлежащей частью и создать условія, аналогичныя тѣмъ, которыя имѣются при нормальномъ тазѣ и правильномъ развитіи плода при срочныхъ родахъ. Эта задача можетъ быть разрѣшена на основаніи нашихъ свѣдѣній о величинѣ головки въ данную эпоху беременности. Клиническій опытъ показалъ, что *самый ранній срокъ*, въ который можно предпринять возбужденіе преждевременныхъ родовъ съ надеждою получить жизнеспособный плодъ, приходится на 29—30 нед., а въ это время поперечный размѣръ головки плода 7—7,5 с. Изъ этого же прямой логическій выводъ тотъ, что высшая *граница* степени суженія таза, при которой операція возбужденія преждевременныхъ родовъ можетъ считаться показанной, должна лежать близко къ этимъ цифрамъ. По мнѣнію моему, эта цифра для частично-суженнаго таза (плоскаго или суженнаго въ выходѣ) должна быть *не ниже* 7 с., а для обще-суженнаго— *не ниже* 7,5 с. Это послѣднее условіе вполне понятно, ибо при обще-суженномъ тазѣ укороченіе размѣровъ, а слѣдовательно, и затрудненіе, встрѣчается *на всемъ протяженіи* тазоваго канала, тогда какъ при частичномъ суженіи оно лежитъ только въ *одномъ отдѣлѣ* его—въ прямомъ размѣрѣ входа (resp., въ поперечномъ—выхода). Эти же соображенія должны быть принимаемы во вниманіе и при менѣе значительныхъ степеняхъ суженія таза. Что касается *другого крайняго срока*, при которомъ *ради суженія таза* возбужденіе преждевременныхъ родовъ можетъ быть предпринято, то онъ соотвѣтствуетъ 36—37 нед. беременности. Позже едва-ли есть основаніе приступать къ операціи. Правда, постепенное увеличеніе размѣровъ головки съ 37 до 40 нед. не представляетъ чувствительной разницы, слѣдовательно, съ этой стороны условія будутъ приблизительно одинаковы. Если, тѣмъ не менѣе, мы прибѣгаемъ къ прерыванію беременности въ 36—37 нед., то принимаемъ во вниманіе не величину размѣровъ головки (въ данномъ случаѣ почти одинаковую), а способность аккомодациі самой головки, которая должна

быть не одинакова въ силу того, что процессъ окостенѣнія костей черепа въ 36 нед. выраженъ менѣе рѣзко, чѣмъ при срочныхъ родахъ. А слѣдовательно, измѣненіе формы головки, необходимое при данныхъ условіяхъ, должно происходить легче, чѣмъ при головкѣ съ болѣе законченнымъ процессомъ окостенѣнія. Такъ, по крайней мѣрѣ, слѣдуетъ думать на основаніи теоретическихъ соображеній. Практика какъ разъ подтверждаетъ это, и иногда блестящимъ образомъ. Къ сожалѣнію, это положеніе можетъ быть признано вѣрнымъ только въ общихъ чертахъ. И здѣсь исключенія а слѣдовательно, и ошибочный расчетъ вполне возможны, тѣмъ болѣе, что и самое сужденіе о способности аккомодации данной головки, съ извѣстной вѣроятностью, можетъ быть установлено во время родовъ,—во время же беременности оно является проблематичнымъ ¹⁾.

Такимъ образомъ, операція искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ производится между концомъ 29-й и 36 нед. беременности. При этомъ границы суженія таза, ради которыхъ предпринимается операція, колеблются между 7—10 с. Производство операціи при невысокихъ степеняхъ суженія (9—10 с.), по преимуществу, можетъ найти примѣненіе у повторнوبرеменныхъ, для которыхъ невозможность рожденія живыхъ дѣтей при разрѣшеніи отъ бремени въ нормальный срокъ, такъ сказать, экспериментально доказана фактомъ предшествовавшихъ родовъ. Для первобеременныхъ показаніе къ операціи, при данныхъ условіяхъ, будетъ встрѣчаться въ исключительныхъ случаяхъ.

Кромѣ различныхъ уклоненій въ строеніи таза, со стороны матери можетъ быть названо еще нѣсколько состояній, которыя служатъ показаніемъ къ разбираемой операціи. Всѣ они, однако, являются условными и, слѣдовательно, даютъ большой просторъ инициативѣ со стороны врача. Сюда отно-

¹⁾ Въ нѣкоторыхъ случаяхъ для сужденія о томъ, можетъ ли, при данныхъ условіяхъ (извѣстное суженіе таза и соответствующая эпоха беременности), головка пройти черезъ препятствіе, можно примѣнить слѣдующій пріемъ: захвативши головку пальцами обѣихъ рукъ (снаружи), вдавливать ее во входъ въ тазъ. Удерживая это положеніе головки (сами или чрезъ помощника), вслѣдованіемъ черезъ рукавъ убѣждаемся насколько удается такое искусственное вставленіе головки. Этотъ пріемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ (плоскій тазъ) можетъ удовлетворительно разрѣшить возникающія сомнѣнія.

сятся различныя болѣзненныя состоянія матери. Эти заболѣванія могутъ быть—*острыя*, возникающія во время беременности, *гестр.*, осложняющія беременность, или *хроническія*, для которыхъ беременность является осложненіемъ. Какъ въ тѣхъ, такъ и въ другихъ случаяхъ взаимное сочетаніе этихъ двухъ состояній можетъ угрожать здоровью и жизни матери, а слѣдовательно, и плода.

Перечислить здѣсь, въ курсѣ оперативнаго акушерства, всѣ эти заболѣванія нѣтъ никакой возможности и необходимости. Достаточно указать на нѣкоторыя. Возьмемъ, для примѣра, *острыя (заразныя формы)*—тифъ, пнеймонію, оспу и пр. Одинъ только фактъ заболѣванія ими беременной вовсе не можетъ служить показаніемъ къ возбужденію преждевременныхъ родовъ, такъ какъ эти формы имѣютъ циклическое теченіе, измѣнить которое беременность не въ состояніи; въ гораздо большей степени можетъ выразиться обратное вліяніе—передача инфекции плоду, его смерть и, слѣдовательно, прерываніе беременности. Между тѣмъ, въ случаяхъ заболѣванія *воспаленіемъ легки* беременныхъ въ поздніе сроки, или на сносахъ, въ практикѣ, обыкновенно, приглашаютъ на врачебныя совѣщанія акушера и ставятъ вопросъ: нельзя ли прервать беременность и, такимъ образомъ, облегчить работу сердца и дыханія. Такой вопросъ, обыкновенно, возникаетъ тогда, когда появляются угрожающіе признаки разстройства сердечной дѣятельности. На первый взглядъ кажется, что такая постановка вопроса имѣетъ извѣстное основаніе, но при этомъ забываютъ, что прерываніе беременности не можетъ быть сдѣлано въ *нѣсколько минутъ*, и что возбужденіе преждевременныхъ родовъ потребуетъ многихъ *часовъ* родовой *работы*, во время которой дѣятельность сердца должна достигать высокой степени напряженія. Имѣя въ виду эти соображенія, спрашивается: слѣдуетъ ли при угрожающихъ явленіяхъ со стороны сердца—предъявлять къ нему новыя требованія, неизбѣжныя съ наступленіемъ родового акта? На основаніи какъ теоретическихъ соображеній, такъ и данныхъ личнаго опыта, я думаю, что *въ названныхъ случаяхъ не слѣдуетъ предпринимать никакихъ мѣръ къ прерыванію беременности, а лѣчить больную по общимъ правиламъ, не принимая во вниманіе беременности.*

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сущность болѣзни (злокачествен-

ныя новообразованія, чахотка и пр.) и ея теченіе таковы, что смертельный исходъ, по нашему мнѣнію, *неизбѣженъ* и долженъ наступить *раньше* окончанія срока беременности, а эта послѣдняя находится въ такомъ періодѣ, когда плодъ можетъ уже считаться жизнеспособнымъ, прерываніе беременности является показаннымъ въ интересахъ плода. Это можно принять за правило и при другихъ острыхъ (не заразныхъ) заболѣваніяхъ, при которыхъ смерть матери весьма вѣроятна въ непродолжительномъ времени, а плодъ живъ и жизнеспособенъ. Напр., при опасныхъ для жизни травматическихъ поврежденіяхъ, ожогахъ большихъ поверхностей тѣла и пр. Такой образъ дѣйствій во всякомъ случаѣ *человѣчнѣе кесарскаго сѣченія на умирающей и цѣлесообразнѣе кесарскаго сѣченія на умершей*. Относительно ожоговъ считаю нелишнимъ замѣтить, что жизни плода при этомъ угрожаетъ очень серьезная опасность, и потому, если предпринимать операцію возбужденія преждевременныхъ родовъ, то *не слѣдуетъ тратить времени на выжиданіе*. Мнѣ три раза пришлось видѣть обширные ожоги у беременных на сносахъ; въ одномъ случаѣ роды наступили произвольно въ концѣ вторыхъ сутокъ; плодъ родился мертвымъ; въ двухъ другихъ—роды вызваны были искусственно (бужь)—одинъ плодъ былъ мертвый, другой (роды въ началѣ третьихъ сутокъ) родился съ признаками жизни, но скоро (часа черезъ 3) умеръ.

Въ этихъ и имъ подобныхъ случаяхъ нашъ образъ дѣйствій вполне оправдывается заботой о жизни плода и убѣжденіемъ, что своимъ вмѣшательствомъ мы не причинимъ вреда беременной. Въ практикѣ можно держаться этихъ взглядовъ, какъ по отношенію случаевъ, *осложненныхъ беременностью*, такъ и случаевъ, *осложняющихъ теченіе беременности*.

Съ другой стороны, если во время беременности возникаетъ такое заболѣваніе, которое дѣлается опаснымъ для матери (а слѣдовательно, и для плода), именно вслѣдствіе беременности, послѣдняя можетъ быть прервана (въ обоюдныхъ интересахъ) въ такое время, когда плодъ дѣлается жизнеспособнымъ. Для примѣра укажу на (острое) *воспаленіе почекъ, эклампсію* и т. п. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, расчетъ на спасеніе матери хотя и невеликъ, тѣмъ не менѣе имѣя въ виду благотворное вліяніе опорожненія матки (геср.,

окончанія родовъ) на теченіе эклампсіи и возможность сохраненія жизни плода, операцію можно считать показанной. Природа, впрочемъ, сама какъ бы подсказываетъ намъ образъ дѣйствій. Обыкновенно въ связи съ припадками эклампсіи приходится наблюдать и начало родовой дѣятельности, наступающей произвольно (по мнѣнію нѣкоторыхъ—это наоборотъ), и врачу остается только воспользоваться скорѣйшему окончанію родовъ соотвѣтствующими пособіями [раскрытіе зѣва (канала), metteuryasis, разрывъ пузыря, извлеченіе и пр.].

Примѣромъ хроническихъ болѣзней, *осложненныхъ* беременностью, могутъ служить *болѣзни сердца*—въ особенности пороки клапановъ и суженіе лѣваго венознаго отверстія. По мнѣнію такихъ выдающихся клиницистовъ, какъ проф. *Leyden*¹⁾, беременность для этихъ больныхъ является тяжелымъ осложненіемъ, угрожающимъ серьезною опасностью—коллапсъ при родахъ и пр. Эти выводы *Leyden* дѣлаетъ на основаніи статистическихъ данныхъ (*Macdonald'a*, *Imblinsk'аго*) и своихъ собственныхъ наблюденій—всего 157 случаевъ. Изъ этого числа беременныхъ больныхъ умерло 83, т. е. 51,8%, а по отношенію къ отдѣльнымъ формамъ сердечныхъ болѣзней—эта цифра становится еще болѣе значительной. Такъ, при порокахъ *v. mitralis* смертельный исходъ былъ въ 87,5% (35 случаевъ изъ 40.) На основаніи обширнаго матеріала Императорскаго Спб. Родовспомогательнаго Заведенія, я также имѣю право утверждать, что при порокахъ сердца беременность является тяжелымъ *осложненіемъ*. Само собою разумѣется, однако, что одного только факта беременности у сердечно-больной недостаточно для нашего вмѣшательства. Такія больныя могутъ прекрасно донашивать до срока и родать весьма удовлетворительно безъ замѣтнаго вреда для своего здоровья. Иное дѣло, если въ теченіе беременности—основная сердечная болѣзнь усиливается, появляются признаки расстройства компенсаціи, не уступающіе терапевтическимъ мѣрамъ, а до конца беременности остается еще нѣсколько недѣль,—здѣсь можетъ возникнуть вопросъ о преждевременныхъ родахъ, геср., прерываніи беременности—съ цѣлью облегчить работу сердца, будетъ ли это въ зависи-

1) Zeitschr. f. klin. Med. B. 23. H. 1—2. 1893.

мости отъ измѣненія механическихъ условій кровообращенія, или въ зависимости отъ измѣненія условій питанія сердечной мышцы. Такіе случаи нуждаются въ тщательномъ наблюдении и *требуютъ* большого *вниманія* съ нашей стороны, дабы врачебное вмѣшательство *не* явилось *слишкомъ поздно*. Въ этомъ случаѣ я считаю болѣе позволительнымъ даже преувеличить дѣйствительную опасность, чѣмъ, относясь черезчуръ оптимистически, потерять драгоценное время и упустить благопріятный моментъ для операціи.

Мнѣ лично приходилось наблюдать много случаевъ беременности у больныхъ съ пороками сердца; нѣкоторыя изъ нихъ были очень серьезны, однако прерываніемъ беременности раньше срока удавалось устранить *непосредственную опасность*, поскольку она зависѣла отъ беременности. Тѣмъ не менѣе всегда слѣдуетъ помнить, что и при возбужденіи преждевременныхъ родовъ очень легко можетъ наступить печальный исходъ, а потому относительно предсказанія нужно высказываться крайне *осторожно*.

Больнымъ, избавившимся отъ угрожавшей опасности, необходимо поставить на видъ, что на будущее время онѣ должны избѣгать беременности, такъ какъ для нихъ въ этомъ состояніи заключается источникъ самой серьезной опасности, которая даже и преждевременнымъ прерываніемъ беременности можетъ быть устранена далеко не всегда.

И не наша вина, если наши совѣты и указанія не будутъ приняты во вниманіе.

Въ отношеніи другихъ болѣзненныхъ состояній, напр., различныхъ *новообразованій* *половой сферы* (фибромы, кисты, ракъ маточной шейки и пр.), я держусь того взгляда, что или а) эти новообразованія, угрожающія извѣстнаго рода опасностями, могутъ быть устранены безъ нарушенія беременности,—тогда они подлежатъ удаленію. Таковы, напр., *кисты яичниковъ*. Овариотомія во время беременности произведена была много разъ (я лично тоже *не одинъ десятокъ* разъ оперировала во время беременности) и съ полнымъ успѣхомъ. Беременные донашиваютъ до срока и прекрасно рожаютъ. То же самое, хотя и съ меньшимъ правомъ, должно сказать и относительно *міомъ матки*. Если онѣ могутъ быть удалены безъ нарушенія матки, какъ органы (плодовместилища),—операція удаленія ихъ можетъ быть

предпринята. Само собою разумѣется, что должны быть показанія къ *немедленному* удаленію опухоли. Въ противномъ случаѣ, нѣтъ основаній торопиться и оперировать непременно во время беременности, а лучше подождать ея окончанія. Теченіе беременности при этомъ можетъ и не нарушаться. По крайней мѣрѣ, мой личный опытъ ¹⁾ и опытъ другихъ нашихъ соотечественниковъ (*Э. Ф. Биддербъ, К. Ф. Славянский, Д. О. Оттъ*) вполне убѣждаетъ меня въ этомъ. Или *б)* они (новообразования) удалены быть не могутъ по техническимъ или инымъ соображеніямъ. Въ такихъ случаяхъ, если опухоли, по своимъ топографическимъ отношеніямъ, не обуславливаютъ препятствія во время срочныхъ родовъ, беременность не должна быть прерываема; если же, наоборотъ, создаются условія, которыя можно разсматривать какъ положительную дистоцію во время срочныхъ родовъ, прерываніе беременности можетъ иногда считаться показаннымъ на тѣхъ же основаніяхъ, какъ при другихъ видахъ странственнахъ несоотвѣтствій (суженіе таза и т. п.).

Необходимо помнить, однако, что наши предположенія о вѣроятности осложненій со стороны опухоли *во время родовъ* иногда могутъ быть и ошибочны. Не разъ мнѣ приходилось видѣть случаи, гдѣ, при низкомъ положеніи опухоли (*зашеечная миома* и т. п.), казалось, что препятствія во время родовъ должны возникнуть неминуемо и слѣдуетъ *своевременно* озаботиться ихъ устраненіемъ. А такъ какъ подъ моимъ наблюденіемъ бывали случаи, въ которыхъ мать, зная о существованіи опухоли и о томъ, что при этихъ условіяхъ можно ожидать серьезной опасности во время родовъ, — рѣшительно заявляла желаніе подвергнуться какой угодно операци, лишь бы она не была въ ущербъ плоду (*resp.*, кесар-

¹⁾ Между прочимъ, въ двухъ случаяхъ мнѣ пришлось удалить фибромиому (величиною съ кулакъ и большое гусиное яйцо), выросшіе въ толщѣ задней стѣнки шейки, запружившіе входъ въ тазъ и не дававшіе возможности разсчитывать на естественное разрѣшеніе. Въ обоихъ случаяхъ (на 6 и 7 мѣсяцахъ) слѣдано было вылученіе (черезъ рукавъ), и беременность не была нарушена. Роды—въ срокъ, дѣти—живыя. 2 года назадъ, путемъ чревосѣченія, я удалилъ фиброму—съ головку новорожденного, развивающуюся изъ правой задней стѣнки матки и помѣщавшуюся между листками правой широкой связки. Опухоль замѣтно росла, на глазахъ, и отодвигала матку влѣво и явно запружала входъ. Операция, на 5 мѣсяцѣ, прошла благополучно. Оперированная уѣхала въ Бердинъ и тамъ, почти въ срокъ, родила живого ребенка.

ское сѣченіе), то я оставлялъ эти случаи подь клиническимъ наблюдениемъ, и вотъ что оказывалось—къ концу беременности и во время родовъ картина рѣзко мѣнялась. Опухоль, которая долгое время была на одномъ и томъ же мѣстѣ, начинала мало по малу отходить отъ входа въ тазъ, давала достаточный просторъ для вставленія предлежащей части, и роды благополучно оканчивались. Затѣмъ, въ такихъ случаяхъ, когда присутствіе неудалимой опухоли плюсъ беременность обуславливаютъ появленіе припадковъ, угрожающихъ жизни больной (опасность удушенія и пр.), возбужденіе преждевременныхъ родовъ является, какъ настоящее *indicatio vitalis*. Сюда же должны быть отнесены и такіе случаи, въ которыхъ, при разстройствѣ дыханія и кровообращенія, наступаютъ явленія, угрожающія жизни больной, и въ которыхъ прерываніемъ беременности можно рассчитывать устранить, *resp.*, облегчить, эти припадки.

Раковое пораженіе шейки матки, какъ показаніе къ возбужденію преждевременныхъ родовъ, по моему мнѣнію, можетъ быть допущено лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Напр., если дѣло идетъ о беременности, достигшей такого срока, что плодъ, рожденный въ это время, будетъ жизнеспособенъ, а между тѣмъ пораженіе шейки не настолько значительно, что нельзя было бы думать о радикальномъ леченіи, *resp.*, полнымъ удаленіи матки. Въ этомъ случаѣ прерываніе беременности, давая извѣстные шансы на рожденіе живого и жизнеспособнаго плода, для матери имѣетъ тотъ очевидный смыслъ, что даетъ возможность предпринять операцію вырѣзыванія матки въ самомъ непродолжительномъ времени послѣ родовъ, даже тотчасъ по окончаніи ихъ. Мнѣ самому приходилось вырѣзывать матку по поводу рака нѣсколько дней спустя послѣ срочныхъ родовъ. Въ подходящихъ случаяхъ вполне возможно выполнить задачу леченія за одинъ разъ: произвести родоразрѣшеніе, напр., по типу влагалищнаго кесарскаго сѣченія (см. ниже), и затѣмъ удалить матку.

Кромѣ вышеизложенныхъ показаній, я считаю нужнымъ упомянуть еще объ одномъ болѣзненномъ состояніи, а именно объ *остеомалаціи*. Относительно этого болѣзненнаго состоянія, какъ показанія къ операціи возбужденія преждевременныхъ родовъ, въ наиболѣе распространенныхъ руководствахъ не упоминается, а между тѣмъ, въ случаѣ прогрессирующей остеомалаціи, эта операція имѣетъ полнѣйшій *raison*

d'être. Лично мнѣ извѣстенъ случай искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ при названныхъ условіяхъ, окончившійся рожденіемъ вполне жизнеспособнаго ребенка (на 32—33 нед.) благополучно для матери. Дальнѣйшее развитіе процесса остановилось.

Въ числѣ показаній со стороны плода (resp., яйца) я упомяну только 1) *о привычномъ умираніи плода*. Это показаніе имѣетъ мѣсто у повторнوبرеменныхъ тогда, когда предшествовавшія беременности оканчивались рожденіемъ мертваго плода, при чемъ плодъ умиралъ въ опредѣленное время беременности, обыкновенно, недалеко отъ срока ея окончанія, и при томъ изслѣдованіе плода и матери не давало какихъ-либо опредѣленныхъ указаній, которыми можно было бы объяснить эти явленія. Операнія въ такихъ случаяхъ можетъ быть примѣнена съ успѣхомъ, конечно, нѣсколько ранѣе того срока, когда наступала обыкновенно смерть (умираніе) плода. 2) *Заболѣваніе яйца*, напр., *въ формѣ водянки яйца (hydramnion)*. Это показаніе умѣстно тамъ, гдѣ количество жидкости бываетъ дѣйствительно чрезмѣрнымъ и обуславливаетъ появленіе различныхъ весьма тягостныхъ или даже угрожающихъ припадковъ для матери. Въ этихъ случаяхъ, когда желательно вызвать наступленіе родовой дѣятельности въ возможно скоромъ времени, всего лучше примѣнить вскрытіе плоднаго пузыря гдѣ-нибудь вверху, съ постепеннымъ изліяніемъ околоплодной жидкости (способъ *Hopkins-Meissner'a*). 3) *Кровотеченіе*, появляющееся въ болѣе поздніе сроки беременности. Это зависитъ, обыкновенно, отъ низкаго прикрѣпленія, resp., предлежанія дѣтскаго мѣста. Такъ какъ въ такихъ случаяхъ, предоставленная самой себѣ беременность обыкновенно прерывается раньше срока, то, въ строгомъ смыслѣ слова, здѣсь нѣтъ рѣчи о возбужденіи преждевременныхъ родовъ. Мы, дѣйствуя съ цѣлью остановки кровотеченія, только идемъ навстрѣчу тому, что дѣлаетъ природа. Способъ дѣйствій можно выразить вкратцѣ такъ: тампонація рукава при неизглаженной шейкѣ и закрытомъ зѣвѣ и немедленное вскрытіе пузыря, какъ только явится къ тому возможность. Основанія для этого см. въ главѣ объ операніи разрыва плоднаго пузыря.

Покончивъ съ техникою и показаніями къ операніи воз-

бужденія преждевременныхъ родовъ, перейдемъ къ вопросу о **предсказаніи**.

Такъ какъ операція предпринимается въ интересахъ матери и плода, то, подобно большинству акушерскихъ операций, она также должна быть разсмариваема въ этомъ направленіи. Было время, когда эта операція считалась противною законамъ Божескимъ и человѣческимъ, когда высшая медицинская коллегія признавала ее безнравственною. Было время, когда самые выдающіеся корифеи акушерства высказывались противъ этой операціи. Разумѣется, эти мнѣнія были мнѣніями убѣжденныхъ... Будучи построены, по преимуществу, на умоозрительныхъ основаніяхъ, они опирались, однако, въ извѣстной степени и на данныхъ опыта. А данныя опыта, въ видѣ клиническихъ фактовъ, сообщавшихся съ разныхъ сторонъ, были далеко не таковы, чтобы у чловѣка предубѣжденного могли подорвать сомнѣнія въ пользу операціи.

Было время, когда могла существовать статистика, показывавшая 31% смертности для матери и 75% для плода (*Spiegelberg*). Теперь все это составляетъ безповоротно достояніе прошлаго, и разбираемая операція въ наше время представляется совсѣмъ въ иномъ свѣтѣ. Такъ, по *Ahlfeld*'у изъ 109 родильницъ у 75 послѣродовой періодъ былъ безлихорадочный, а изъ дѣтей родилось живыми почти 85%. Почти тѣ же цифры даетъ статистика *Skorscheban*'а изъ клиники *Schant*'ы.

Нынѣ мы въ правѣ утверждать, что операція, сама по себѣ, какъ таковая, будучи произведена при соблюденіи вышеизложенныхъ правилъ, отнюдь не оказываетъ вреднаго вліянія на состояніе здоровья оперируемой. И посему, предсказаніе ничѣмъ не отличается отъ такового же при обыкновенныхъ нормальныхъ родахъ. Само собою разумѣется, что, какъ при произвольномъ родоразрѣшеніи, такъ и при этихъ условіяхъ, могутъ возникать какія либо осложненія, напр., кровотеченіе тотчасъ послѣ родовъ, въ зависимости отъ атоніи матки, надрывовъ шейки и т. п., но этого отнюдь нельзя ставить на счетъ операціи. Точно также, при оцѣнкѣ предсказанія данной операціи, нельзя принимать во вниманіе такихъ случаевъ, въ которыхъ неблагопріятный исходъ зависитъ прямо отъ тѣхъ условій, ради которыхъ предпринимается сама

операция. Положимъ, мы имѣемъ дѣло съ беременной, страдающей нефритомъ, чахоткой и т. п. Если бы такая больная, спустя известное время послѣ разрѣшенія отъ бремени, умерла, было бы странно отнести смертельный исходъ на счетъ операции. Для сужденія о зависимости неблагоприятныхъ исходовъ отъ предпринятой операціи необходимо помнить, что характеръ заболѣванія, обусловившаго смертельный исходъ, въ данномъ случаѣ долженъ быть такой, какой встрѣчается при болѣзняхъ ранъ, т. е. заразный въ той или другой формѣ (септицемія, шѣмія и пр.). Въ такихъ случаяхъ, согласно современнымъ воззрѣніямъ, нужно принять почти за правило, что было какое-нибудь упущеніе при выполненіи требованій асептического, герм., антисептического метода.

Такимъ образомъ, операция, сама по себѣ, должна быть разсматриваема, какъ *безопасная для матери*. Для *плода* она, во всякомъ случаѣ, *менѣе* благопріятна. Не подлежитъ сомнѣнію, что плоды, рожденные раньше срока, при надлежащемъ, заботливомъ уходѣ — жизнеспособны. Этотъ фактъ служить краеугольнымъ камнемъ разбираемой операціи. Тѣмъ не менѣе, ребенокъ, рожденный ранѣе срока, говоря вообще, обладаетъ меньшею способностью сопротивленія вреднымъ влияніямъ въ первые недѣли своего существованія, чѣмъ ребенокъ, вполне развитый и доношенный. Въ этомъ отношеніи имѣетъ огромное значеніе тотъ срокъ беременности, въ которомъ предпринимается операція. Не все равно для плода—родиться на 29-й недѣлѣ, или на 36-й. Чѣмъ ближе къ нормальному сроку родился ребенокъ, тѣмъ для него, *ceteris paribus*, выгодаѣ. Это понятно. Относительно болѣе точнаго опредѣленія *крайняго* срока, начиная съ котораго ребенокъ можетъ считаться жизнеспособнымъ, я думаю, что его можно считать лежащимъ между 28—29 нед. По крайней мѣрѣ, я имѣю примѣръ, гдѣ ребенокъ, рожденный между 28—29 нед. (около 200 дней), вѣсомъ едва-едва 1200 гр., развился прекрасно и здоровъ до сихъ поръ (20 лѣтъ).

Въ текущей литературѣ нѣтъ недостатка въ указаніяхъ такихъ случаевъ, гдѣ женщины, въ первый разъ разрѣшившіяся при помощи уменьшающихъ объемъ плода операцій, впоследствии нѣсколько разъ подъ-рядъ при помощи искус-

отвенныхъ преждевременныхъ родовъ, разрѣшались съ вполне благопріятными исходами для матери и плода, несмотря на значительное укороченіе с. в., напр., до 7,5 ¹⁾). Яркимъ примѣромъ можетъ служить случай, описанный проф. В. С. Груздевымъ ²⁾). Женщина съ с. diag. 9,5 (с. в. 8—7,75) девять разъ благополучно родила при помощи операціи возбужденія преждевременныхъ родовъ.

¹⁾ Charles. Centralblatt f. Gyn. 1891. № 47.

²⁾ Врачъ 1899 г., № 45.

Операція искусственнаго выкидыша.

ABORTUS ARTIFICIALIS.

S. ARTE PROVOCATUS.

Подъ этимъ именемъ разумѣется акушерская операція, помощью которой прерывается теченіе беременности въ такомъ періодѣ, когда извергнутый плодъ *не жизнеспособенъ*. Эта операція, по требованію обстоятельствъ, можетъ быть предпринимаема въ различныя эпохи беременности, начиная съ половины 2-го и до конца 6-го мѣсяца.

Операція искусственнаго выкидыша ведетъ свое начало, въ высшей степени вѣроятія, съ весьма глубокой древности. Доказательствомъ этого могутъ служить прямыя указанія въ различныхъ сочиненіяхъ философовъ (*Платонъ, Аристотель*), врачей (*Гиппократъ*), поэтовъ (*Овидій*) и, наконецъ, отцовъ церкви (*Тертуліанъ*). Есть основаніе думать, что эта операція была въ ходу у различныхъ народовъ не только въ то время, когда они достигли значительной степени культуры, но и тогда, когда развитіе ихъ находилось на весьма низкомъ уровнѣ. По крайней мѣрѣ, обзоръ современнаго состоянія этого вопроса показываетъ, что операція искусственнаго выкидыша практикуется (въ довольно широкихъ размѣрахъ) не только въ культурныхъ государствахъ Стараго и Новаго Свѣта, но и между обитателями первобытныхъ лѣсовъ Америки, между дикими племенами Полинезіи и пр.

Правда, какъ въ древности, такъ и теперь, мотивы, по которымъ производится операція (напр., *ut careat rugarum*

crimine venter, какъ говоритъ *Овидій* ¹⁾, часто не имѣютъ ничего общаго съ медицинскими задачами.

У различныхъ народовъ, напр., у римлянъ въ періодъ упадка общественной нравственности, эта операція пользовалась большимъ распространениемъ, и, несмотря на то, что по римскимъ законамъ плодоизгнаніе считалось какъ *res malі exempli* и подвергалось строжайшей карѣ, — въ отдѣльныхъ случаяхъ до смертной казни включительно, — тѣмъ не менѣе, общественная совѣсть нисколько не возмущалась этими преступленіями и на нарушителей закона смотрѣли весьма снисходительно. Распространенію и упроченію этихъ взглядовъ въ обществѣ въ немалой мѣрѣ содѣйствовали, кстати, сами философы и естествовѣды, моралисты и законодатели, допускавшіе для жизни зародыша два состоянія — одушевленное и неодушевленное (*foetus animatus et foetus non animatus*), при чемъ за преступленіе считалось только изгнаніе одушевленнаго плода. Съ распространениемъ христіанства эти взгляды должны были измѣниться. Каноническое право исходило изъ принципа, что *homo est et qui est futurus*, и считало за преступленіе всякое умышленное изгнаніе плода; если оно и удержало дѣленіе на *foetus animatus et non animatus*, то не въ смыслѣ прежнихъ авторовъ, а въ видахъ квалификаціи преступнаго дѣянія и соотвѣтственнаго возмездія.

Во всѣхъ современныхъ законодательствахъ христіанскихъ народовъ умышленное плодоизгнаніе разсматривается какъ тяжкое преступленіе и соотвѣтственно наказуется.

Что касается собственно законнаго или, такъ называемаго, медицинскаго выкидыша, то трудно сказать съ опредѣленностію, когда впервые эта операція нашла себѣ примѣненіе въ практикѣ. Хотя мысль объ этой операціи, предпринимаемой съ цѣлью избѣжать необходимости кесарскаго сѣченія, высказана была очень давно (*Соранъ, Азцій* и др.) и время отъ времени повторялась различными представителями нашей науки, тѣмъ не менѣе, репутація этой операціи и мѣсто ея въ ряду другихъ акушерскихъ пособій могутъ считаться прочно установившимися не ранѣе конца XVIII и начала прошлаго столѣтія.

Выражаясь такимъ образомъ, я имѣю въ виду только прин-

¹⁾ Amores, II. Eleg. 14.

ципальное рѣшеніе вопроса въ пользу умѣстности и законности операціи искусственнаго выкидыша вообще. Что же касается примѣненія ея при тѣхъ или другихъ условіяхъ, то показанія къ операціи не имѣли и не имѣютъ опредѣленныхъ рамокъ. Показанія къ операціи то расширялись, то, наоборотъ, чрезчуръ суживались, въ зависимости отъ тѣхъ или другихъ взглядовъ. Особенно это слѣдуетъ сказать о такихъ показаніяхъ, какъ абсолютныя суженія таза. Операція искусственнаго выкидыша здѣсь противопоставляется операціи кесарскаго сѣченія. Въ настоящее время, когда, благодаря успѣхамъ брюшной хирургіи, предсказаніе при кесарскомъ сѣченіи стало неизмѣримо лучше, сравнительно даже съ недавнимъ прошлымъ, нѣкоторые авторы особенно настаиваютъ на замѣнѣ искусственнаго выкидыша кесарскимъ сѣченіемъ. Какъ бы ни были, однако, велики успѣхи операціи, какъ бы ни заманчива была идея—спасти жизнь матери, не жертвуя плодомъ,—все-таки я полагаю, что операція искусственнаго выкидыша не можетъ быть совѣмъ изгнана изъ цикла акушерскихъ пособій и, несомнѣнно, по свойству человѣческой природы, нерѣдко найдетъ себѣ примѣненіе въ практикѣ, если при установкѣ показанія къ операціи мы будемъ принимать во вниманіе согласіе и желаніе самой беременной.

Въ основу *способовъ* операціи искусственнаго выкидыша положены тѣ же самыя принципы, которые мы видѣли при разборѣ методовъ возбужденія преждевременныхъ родовъ. Первоначальная сущность всѣхъ способовъ, какъ здѣсь, такъ и тамъ, сводится на то, чтобы такъ или иначе *нарушить* связь яйца со стѣнками матки и, такимъ образомъ, обусловить неизбѣжность изверженія его наружу. Это достигается или *непосредственнымъ* механическимъ нарушеніемъ связи яйца съ маткой, или возбужденіемъ родовой дѣятельности съ *последовательнымъ* нарушеніемъ связи яйца съ маткой. Возможность примѣненія тѣхъ или другихъ способовъ находится въ связи съ тѣмъ, въ какое время беременности требуется вызвать наступленіе родовой дѣятельности.

Если требуется прервать беременность къ *первой* половинѣ,—выгоднѣе примѣнить способы *механическаго, непосредственнаго нарушенія* связи яйца съ маткой, способы же вызывающіе сокращенія матки, — напр., распиреніе канала шейки,

введеніе инороднаго тѣла въ нижній отдѣлъ полости, горячіе души и пр.—разматривать какъ вспомогательныя. При прерываніи беременности въ болѣе поздніе сроки (вторая половина беременности), вполне умѣстны способы вызыванія сокращенія матки (какъ при возбужденіи преждевременныхъ родовъ). Неизмѣнно могучимъ и вѣрнымъ средствомъ прерыванія беременности, какъ съ цѣлью выкидыша, такъ и преждевременныхъ родовъ, служитъ *нарушеніе цѣлости* плоднаго *яйца*, геср., разрывъ яйцевыхъ оболочекъ ¹⁾. Но, какъ для той, такъ и для другой цѣли, оно одинаково *нежелательно*. Исключенія могутъ быть весьма рѣдки, напр., при *hydramnion* ф. Неблагопріятныя послѣдствія разрыва пузыря при преждевременныхъ родахъ нами уже указаны. По отношенію къ выкидышу, нарушеніе цѣлости яйца невыгодно тѣмъ, что въ такихъ случаяхъ весьма нерѣдко задерживаются части яйца въ полости матки и подають поводъ къ послѣдовательнымъ, иногда весьма грознымъ кровотечениямъ. А потому при производствѣ искусственнаго выкидыша желательно получить все яйцо цѣликомъ. При удаленіи же яйца по частямъ, нужно имѣть увѣренность, что изъ полости матки удалено *все* яйцо.

Здѣсь я позволю себѣ изложить *ходъ операціи* искусственнаго выкидыша въ томъ видѣ, какъ я ее примѣнялъ и примѣняю. Беременная наканунѣ операціи очищаетъ кишечникъ (слабительныя, клизмы) и беретъ мыльную ванну, при чемъ особенно тщательно нужно совѣтовать обмываніе наружныхъ половыхъ органовъ и сосѣднихъ съ ними областей мыломъ и, лучше всего, свѣжей мочалкой (люфой). Передъ операціей беременная укладывается на край стола въ спинно ягодичномъ положеніи. Наружныя половыя части, рукавъ и каналъ шейки матки тщательно обезпложиваются, какъ это указано при описаніи способовъ вызыванія преждевре-

¹⁾ Слѣдуетъ помнить, что, несмотря на прекращеніе беременности, геср., развитія яйца, изверженіе его, т. е. выкидышъ, можетъ и не наступить *въ скоромъ времени*, вслѣдъ за нашимъ вмѣшательствомъ, подобно тому, какъ это бываетъ въ случаяхъ задержанія въ полости матки погибшаго уже яйца и на очень продолжительное иногда время. Въ такихъ случаяхъ, хотя прекращеніе беременности и достигнуто, для удаленія продукта зачатія могутъ потребоваться другія мѣры (возбужденіе сокращеній матки, механическое удаленіе яйца и т. п.).

менных родовъ. Прежде чѣмъ приступить къ тѣмъ или другимъ манипуляціямъ надъ яйцомъ, въ какомъ бы періодѣ беременности ни предпринималась операція искусственнаго выкидыша, по моему, *безусловно необходимо*: 1) раскрыть каналъ шейки (resp., внутренний зѣвъ) на столько, чтобы сдѣлать полость матки доступной изслѣдованію пальцемъ (до 3-хъ мѣс. бер.), а въ 4—5 мѣс.—доступной для двухъ пальцевъ, и 2) вызвать появленіе маточныхъ сокращеній, resp. родовой работы. Раскрытіе канала шейки (зѣва) идетъ, обыкновенно, рука объ руку съ возбужденіемъ родовой работы. Для выполненія этихъ задачъ, захвативъ переднюю губу влагалищной части пулевыми щипцами, расширяють каналъ шейки, resp., внутренний зѣвъ. Съ этой цѣлью можно употребить палочки *tupello* или *laminariae*; будучи хорошо сглажены и надлежащаго размѣра, онѣ прекрасно выполняютъ задачу, но мы неохотно къ нимъ прибѣгаемъ. въ виду того давленія, которое онѣ, разбухая, производятъ на стѣнки канала, и въ виду продолжительности этого давленія, въ теченіе 10—12 ч., требующихся для надлежащаго эффекта ихъ дѣйствія. Обыкновенно мы пользуемся стеклянными или металлическими бужами-расширителями, которые вводятся постепенно. номеръ за номеромъ, такъ же, какъ при операціяхъ расширенія шейки при различныхъ условіяхъ на небеременной маткѣ. Такимъ путемъ всегда легко, безъ насилія и почти совѣмъ безболѣзненно, удается сдѣлать каналъ шейки достаточно проходимымъ. Вслѣдъ затѣмъ, мы вводимъ въ нижній отдѣлъ полости матки полосу антисептической марли, проталкивая ее помощью двухъ пинцетовъ небольшими участками, при чемъ стараемся размѣстить марлю въ разныхъ направленіяхъ. Это продолжается до тѣхъ поръ, пока введеніе полосы не представитъ значительныхъ затрудненій, resp., до тѣхъ поръ, пока нижній отдѣлъ матки, между *decidua* и поверхностью яйцевыхъ оболочекъ, не будетъ выполненъ. Частью полосы, оставшейся неизрасходованной, мы выполняемъ довольною плотно капаль шейки матки, и затѣмъ тампонируемъ верхній отдѣлъ влагалища. Этимъ процедура оканчивается. Мы примѣняемъ тампонацію полости матки (и сводовъ рукава) съ двойкой цѣлью; во-первыхъ, такимъ путемъ весьма надежно предотвращается возможность кровотеченія, вызваннаго нашимъ вмѣшательствомъ, а во вторыхъ, сказывается полезное дѣйствіе

тампона, какъ внутриматочнаго раздражателя, вызывающаго ея сокращенія. По окончаніи операціи, оперированная укладывается въ постель и за нею устанавливается тщательное наблюденіе, какъ въ отношеніи общаго состоянія (пульсъ, t° и пр.), такъ и мѣстныхъ явленій (кровотеченіе, боли и пр.). Спустя извѣстное время, далеко не всегда одинаковое, появляются сокращенія матки. Если кровотеченія нѣтъ, сокращенія матки идутъ своимъ чередомъ—нѣтъ надобности въ дальнѣйшемъ вмѣшательствѣ. Въ такихъ случаяхъ я оставляю тампонъ до тѣхъ поръ, пока онъ самъ не начнетъ выходить наружу, или сокращенія матки достигавшія болѣе или менѣе значительной силы,—прекращаются. Нерѣдко бываетъ, что, *послѣ удаленія тампона, яйцо оказывается настолько отдѣлившимся, что оно или само выдается въ рукавъ или въ каналъ шейки, или доступъ къ нему настолько свободенъ, что дальнѣйшее удаленіе помощью пальцевъ (бимануально) или тупой кюреткой (Marlin'a) не представляетъ затрудненій.* Какъ при раннихъ выкидышахъ, такъ и при болѣе позднихъ, желательно избѣжать нарушенія цѣлости плоднаго яйца, въ первомъ случаѣ—до конца выкидыша, во второмъ, по крайней мѣрѣ, возможно дольше. Нарушенія цѣлости плоднаго яйца, въ особенности при раннихъ выкидышахъ, нерѣдко ведутъ къ тому, что въ полости матки задерживаются остатки плоднаго яйца въ связи съ отпадающей оболочкой, разстраиваютъ и замедляютъ правильный ходъ послѣдородовой инволюціи, подаютъ поводъ къ послѣдовательнымъ кровотечениямъ и т. п. и вызываютъ необходимость оперативнаго вмѣшательства, въ формѣ выскабливанія (первичнаго или послѣдовательнаго).

Рѣдко бываетъ, чтобы, послѣ надлежащаго расширенія и примѣненія тампонаціи въ указанной формѣ, выкидышъ не начался, т. е. беременность продолжала прогрессировать.

Съ выхожденіемъ (resp., удаленіемъ) плоднаго яйца операція оканчивается, и, промывъ полость матки горячей обезпложенной водой, resp., растворомъ NaCl, или какимъ-либо противогнилостнымъ, мы стремимся обезпечить правильную послѣдородовую инволюцію матки.

Не всегда, однако, теченіе выкидыша совершается такъ гладко. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ особенности тамъ, гдѣ произошло нарушеніе цѣлости яйца, можетъ наступить зна-

чительное кровотеченіе, или во время внутриматочной манипуляціи, или спустя нѣкоторое время послѣ. Вотъ въ этихъ-то видахъ, между прочимъ, мы и совѣтуемъ примѣнять тампонацію нижняго отдѣла матки и канала шейки. Это имѣеть, слѣдовательно, значеніе какъ профилактическое, такъ и прямо кровеостанавливающее. Если бы, однако, несмотря на присутствіе тампона, позже, съ наступленіемъ сокращеній матки, появилось обильное кровотеченіе, то не слѣдуетъ терять драгоценнаго времени на выжиданіе. Необходимо тотчасъ же раскрыть рукавъ зеркалами, захватить влагалищную часть, извлечь тампонъ и войти тупой ложкой въ полость матки и, контролируя движенія ложки лѣвой рукой черезъ брюшные покровы, постараться, по возможности быстро, отдѣлить яйцо. Нерѣдко, при первыхъ же манипуляціяхъ ложкой, кровотеченіе значительно усиливается; *не нужно смущаться этимъ и терять дорогое время на раздумье или полумѣры.* Нужно смѣло продолжать операцію отдѣленія яйца, помня, что это единственно надежное и разумное средство остановить кровотеченіе. Въ самомъ дѣлѣ, послѣ отдѣленія яйца, кровотеченіе тотчасъ же поразительно уменьшается (благодаря, конечно, сокращеніямъ матки), а по выведеніи яйца и совсѣмъ почти прекращается. Впрыскиваніе горячей воды въ полость матки, послѣ удаленія яйца, служитъ прекраснымъ вспомогательнымъ кровеостанавливающимъ средствомъ. Если матка реагируетъ на впрыскиваніе горячей воды, resp, растворовъ (карболовая кислота, NaCl etc.), недостаточно и остается вялой, мы обыкновенно впрыскиваемъ въ полость матки 1—2 Брауновскихъ шприца t-rae jodi per se или пополамъ со спиртомъ. Дѣйствіе средства сказывается очень быстро,—матка сокращается и нерѣдко столь плотно охватываетъ наконечникъ (введенный для промывки послѣ впрыскиванія іода), что онъ удаляется съ нѣкоторымъ усиленіемъ. Послѣ этого полость матки тампонируется полоской (напр., іодоформенной) марли (дренажъ), и подъ кожу впрыскивается (10%) растворъ аргентина. Столь же энергично слѣдуетъ поступать и при другомъ, не менѣе опасномъ осложненіи теченія выкидыша, а именно—при первомъ появленіи признаковъ гнилостнаго распаденія яйца и общей реакціи организма (лихорадочное состояніе, выдѣленіе гнилостныхъ продуктовъ изъ половыхъ

органовъ и пр.). И здѣсь (такъ же, какъ и при кровотеченіи)—*быстрое и полное удаленіе яйца* помощью пальцевъ и ложки, буде нужно—подъ наркозомъ, съ послѣдовательнымъ *промываніемъ полости* обеззараживающей жидкостью, впрыскиваніями раствора іода, марлевымъ *дренажемъ* и пр., служить лучшей терапевтической мѣрой.

Въ такихъ случаяхъ, хотя сокращенія матки, вызванныя расширеніемъ канала шейки и присутствіемъ инороднаго тѣла въ полости, и оказались (очевидно) недостаточными, чтобы произвести отдѣленіе плоднаго яйца (resp., его изверженіе), тѣмъ не менѣе они всетаки сослужили службу—топографическія отношенія канала шейки и нижняго отрѣзка, а равно растяжимость и сочность ткани у этихъ частей обыкновенно измѣняются настолько, что полость матки нерѣдко становится уже доступной для пальца, или проходимость канала (resp., зѣва) легко достигается теперь введеніемъ толстыхъ №№ расширителей. Войдя въ полость (иногда подъ наркозомъ), мы стараемся (дѣйствуя бимануально) парушить связь яйца со стѣнкой матки, хотя бы въ области нижняго полюса яйца, и возобновляемъ тампонацію. Послѣ этого сокращенія матки, обыкновенно, не заставляютъ себя ждать, и теченіе выкидыша идетъ безостановочно.

Въ случаяхъ беременности пачала 4 — 5 мѣс., превосходныя услуги оказываетъ введеніе въ полость матки эластическихъ шариковъ. Если сокращенія матки выражены недостаточно, въ зависимости отъ вышеуказанныхъ манипуляцій (расширеніе и введеніе тампона), то, переждавъ, примѣрно, сутки, мы удаляемъ тампонъ и, пользуясь нѣкоторымъ эффектомъ дѣйствія тампона — расширеніе и укороченіе канала — вводимъ резиновый шарикъ — емкостью 100—150 к. с. Если, спустя нѣкоторое время, не замѣчается появленія родовыхъ болей, то мы привѣсиваемъ къ трубкѣ шарика тяжесть, а самую трубку (resp., ея продолженіе) перекидываемъ черезъ ножной конецъ кровати, какъ черезъ блокъ. Уже черезъ нѣсколько часовъ родовая работа идетъ правильно и энергично. Обыкновенно, мы предоставляемъ самой маткѣ изгнать введенный метрейринтеръ, съ выходеніемъ котораго родовые пути отлично подготовлены и возможность окончанія выкидыша всецѣло въ нашихъ рукахъ. Весьма часто, впрочемъ, изгнаніе совер-

шается произвольно—яйцо выходит цѣликомъ, или лопается пузырь, выходитъ плодъ, а затѣмъ и послѣдъ.

На основаніи личнаго опыта и данныхъ Императорскаго С.-Петербургскаго родовспомогательнаго заведенія, я настойчиво рекомендую Вашему вниманію этотъ образъ дѣйствій.

Вѣсъ груза около 2 фунт. вполне достаточенъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно думать о менѣе прочной (сравнительно) связи яйца съ маткой (предшествовавшія кровотеченія и т. п.), одно *примѣненіе* методической *тампо-нации* (полости матки) въ указанной формѣ нерѣдко столь же вѣрно приведетъ къ цѣли, хотя, можетъ быть, и не въ столь короткое время.

Если прерываніе беременности показывается въ такомъ періодѣ ея, когда плодное яйцо находится на *раннихъ* ступеняхъ развитія, удаленіе *только* самаго *яйца* не можетъ считаться достаточнымъ. Конечную цѣлью операціи должно быть удаленіе не только самаго яйца (весьма маленькаго), но и значительно развитой отпадающей оболочки. И здѣсь наибольшее затрудненіе встрѣтится при удаленіи именно отпадающей оболочки, подобно тому, какъ это бываетъ и при самородномъ выкидышѣ. Въ такихъ случаяхъ для разрушенія яйца и удаленія какъ его самого, такъ и *deciduae*, употребленіе острой или тупой *ложки* будетъ весьма *цѣлесообразно*. Такъ какъ при употребленіи ложки (выскабливаніе) содержимое полости матки удаляется по частямъ, въ видѣ кусочковъ или лоскутковъ большей или меньшей величины, то для того, чтобы судить съ извѣстной вѣроятностью о томъ, произведено ли достаточно удаленіе содержимаго, между прочимъ слѣдуетъ помнить, что энергичное, хорошее (реактивное) сокращеніе матки получается обыкновенно при полномъ, или почти полномъ, опорожненіи полости матки. Если бы, однако, полнаго опорожненія матки не удалось достигнуть за одинъ разъ, то въ случаяхъ не инфицированныхъ нѣтъ нужды настаивать непременно на *немедленномъ* же удаленіи всего содержимаго; можно удовольствоваться и частичнымъ удаленіемъ его. Промывъ полость матки (съ впрыскиваніемъ іода и пр., или безъ этого) и затампонировавъ ее іодоформенной марлей, мы назначаемъ эрготинъ подъ кожу, а при извлеченіи тампона, на

слѣдующій день или черезъ день, остатки нерѣдко выходятъ произвольно, или легко могутъ быть удалены ложкой, такъ какъ полость матки за это время уменьшилась, а стѣнки ея сдѣлались толще (сокращенія). Не лишнимъ считаю указать Вамъ, что примѣненіе кюретки (въ особенности острой) на беременной маткѣ должно *дѣлаться съ большой осмотрительностью и осторожностью, во избѣжаніе пораненій матки,—до сквозного прободенія ея включительно.* Примѣры такихъ пораненій, къ сожалѣнію, встрѣчались уже не разъ.

Что касается предложеній—оканчивать операцію искусственнаго выкидыша въ *одинъ приемъ*—помощью операціи выскабливанія, то я не только не считаю этотъ способъ самымъ лучшимъ и самымъ надежнымъ, а даже нахожу въ немъ недостатки и весьма существенные. Въ такихъ случаяхъ обыкновенно приходится дѣйствовать ложечкой въ довольно большой полости *безъ яснаго представленія* о томъ, что и гдѣ нужно соскоблить. А такое дѣйствіе *на-угадъ* таитъ въ себѣ источникъ опасностей. Кому приходилось дѣйствовать при такихъ условіяхъ, тотъ можетъ оцѣнить эти замѣчанія по достоинству. Иное дѣло, если выскабливанію Вы *предпосылаете расширеніе и тампонацію.* Это измѣняетъ условія для операціи въ болѣе выгодную сторону. Такъ какъ матка, благодаря тампонаціи, начинаетъ сокращаться, то 1) становится ясно замѣтной разница въ консистенціи стѣнокъ полости матки и ея содержимаго,—разница, уловимая на оцупъ при дѣйствіи ложечкой; 2) стѣнки матки, сдѣлавшись, подъ вліяніемъ сокращеній, болѣе плотными, становятся—*ceteris paribus*—менѣе ранимыми. Что внѣ этихъ условій при операціи выскабливанія безъ предварительной подготовки, зачастую не будетъ увѣренности въ томъ, что яйцо выскоблено, т. е. что выкидышъ совершился,—это не подлежитъ сомнѣнію. Мнѣ не разъ приходилось видѣть случаи, гдѣ послѣ операціи выскабливанія, когда больная бывала объявлена здоровой, чрезъ 2—3 нед. начиналось болѣе или менѣе сильное кровотеченіе, требовавшее немедленнаго вмѣшательства. Остановивъ кровотеченіе тампономъ, уложивъ больную въ постель и назначивъ препараты спорыньи,—чрезъ сутки, при извлеченіи тампона, мнѣ не разъ случалось находить яйцо, (или, чаще, значительную часть его, пропитанную кровоизліяніемъ), торчащимъ въ

зѣвъ или уже вышедшимъ въ рукавъ... Очевидно, что при операциі, хотя яйцо и было нарушено въ своей цѣлости, но отдѣленія его отъ почвы не послѣдовало. Видѣнные мною случаи касались ранней эпохи беременности, гдѣ именно и предлагается и восхваляется выскабливаніе въ одинъ пріемъ. Что же, однако, выскабливали въ такихъ случаяхъ? Все, что угодно, только не яйцо. Куски отпадающей оболочки, кровяные свертки и т. п., вышедшіе, повидимому, въ достаточномъ количествѣ, симулировали выдѣленіе яйца. Матка сокращалась, становилась меньше—значить, при желаніи, можно было усмотрѣть налицо признаки и для (якобы наступившей) инволюціи... Во избѣжаніе этого, такъ какъ времени въ нашемъ распоряженіи всегда бываетъ достаточно, я совѣтую приступать къ выскабливанію послѣ *предварительной подготовки*.

Что касается операциі искусственнаго выкидыша въ бо-бѣ поздніе періоды беременности, то какъ производство операциі, такъ и теченіе выкидыша ничѣмъ почти не отличаются отъ таковыхъ же при преждевременныхъ родахъ.

Выше уже было указано, что операциія искусственнаго выкидыша можетъ быть предпринята въ различные сроки беременности. Однако, выполненіе ея въ отношеніи простоты и легкости производства и быстроты дѣйствія далеко не одинаково. Самымъ *удобнымъ временемъ* въ этомъ отношеніи слѣдуетъ считать *конецъ 2-го и начало 3-го мѣсяца (7—9 недѣль)* и затѣмъ *вторую половину 5-го мѣсяца* и выше. Выгоды производства операциі именно въ эти сроки основываются на тѣхъ отношеніяхъ яйца къ маткѣ, которыя имѣются въ это время и на степени развитія самой матки. Такъ, въ концѣ 2-го мѣсяца, хотя и формируется раздѣленіе chorion'a на chorion laeve и chorion frondosum, но связь яйца съ маткой на мѣстѣ будущей плаценты не настолько еще крѣпка, чтобы представлять значительное затрудненіе для отдѣленія яйца отъ матки механическимъ путемъ, причемъ отдѣленное яйцо нерѣдко извергается ненарушеннымъ въ своей цѣлости. При выкидышахъ раньше этого срока имѣетъ значеніе, какъ уже указано, не столько удаленіе яйца, сколько изверженіе отпадающей оболочки, которое, въ силу значительнаго развитія ея и слабости мускулатуры матки, совершается съ трудомъ и сопровождается осложненіями въ видѣ, напр.,

болѣе или менѣе значительнаго кровотеченія и пр. Слѣдовательно, и при искусственномъ производствѣ выкидыша, въ этотъ періодъ беременности, придется считаться съ этимъ затрудненіемъ. Позже этого срока связь яйца съ маткой посредствомъ плаценты становится болѣе солидной; еще позже этого срока (5—6 мѣс.), хотя связь яйца съ маткой и не измѣняется почти въ своей прочности, но за то степень развитія матки, а слѣдовательно, и энергія ея сокращеній, и способность реагировать на внѣшнія раздраженія становятся болѣе большими—обстоятельство, почему возбужденіе выкидыша въ этотъ періодъ дѣлается болѣе легкимъ и выгоднымъ въ прогностическомъ отношеніи. Поэтому, нужно принять за правило, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется возможность выбирать время для операціи, мы останавливаемся на указанныхъ выше срокахъ. Въ случаяхъ же, не терпящихъ отлагательства, приходится рѣшаться на операцію и при менѣе благоприятныхъ условіяхъ. Впрочемъ, при тщательномъ и обезпеченномъ уходѣ и при соблюденіи изложенныхъ выше правилъ производства операціи, срокъ беременности, въ которомъ предпринимается операція, большаго значенія для предсказанія не имѣетъ.

Говоря о способахъ вызванія искусственнаго выкидыша, нельзя не упомянуть о цѣломъ рядѣ средствъ, которыя рассматриваются какъ средства, обладающія плодогоннымъ дѣйствіемъ—*remedia ecbolica s. abortiva*. Эти средства принадлежатъ къ различнымъ областямъ царствъ животнаго, растительнаго и минеральнаго. Такихъ средствъ, пользующихся большимъ распространеніемъ, можно назвать довольно много. Сюда относятся: спорынья, казачій или донской можжевельникъ (*sabina*), рута, корица, чемерица, колоквинтъ, сабуръ, ялапа, александрійскій листъ, крогоновое масло, гуммигутъ, шафранъ, ромашка, апіоль (препаратъ изъ плодовъ обыкновенной петрушки), бура, янтарная кислота, хининъ, нѣкоторые препараты ртути, наконецъ, шпанскія мушки и пр. и пр. Я не буду касаться ни способовъ дѣйствія, ни способовъ употребленія этихъ средствъ и ограничусь только категорическимъ замѣчаніемъ, что всѣ названныя средства вовсе не заслуживаютъ репутаціи „плодогонныхъ“. Ни одно изъ нихъ не обладаетъ способностью дѣйствовать прямо и непосредственно на маточную систему и вызывать наступленіе родо-

вой дѣятельности. Если въ судебно-медицинской практикѣ и встрѣчались случаи, въ которыхъ при внутреннемъ употребленіи тѣхъ или другихъ средствъ наступало прерываніе беременности, то эти случаи, по моему, вовсе не доказательны, хотя бы по одному тому, что наряду съ ними можно указать множество другихъ судебно-медицинскихъ же случаевъ, гдѣ, съ цѣлью вызванія выкидыша, женщины принимали огромныя количества названныхъ средствъ и даже умирали отъ отравленія, безъ малѣйшаго нарушенія теченія беременности. Изъ этого слѣдуетъ, что индивидуальность беременной, resp., особенности данного случая, имѣютъ первенствующее значеніе и, стало быть, онѣ-то прежде всего и должны служить предметомъ тщательнаго изученія врача-эксперта при рѣшеніи вопроса объ экболическомъ дѣйствіи того или другого средства. Не подлежитъ сомнѣнію, что то или другое средство, принятое въ токсическихъ дозахъ, на-ряду съ общими явленіями отравленія, можетъ вызвать и мѣстныя со стороны матки, напр., кровотеченіе изъ полости матки, кровоизліяніе въ оболочку яйца (resp., дѣтскаго мѣста) и т. п., и такимъ образомъ, настолько измѣнить условія роста и развитія яйца, что оно погибаетъ и, какъ таковое, *можетъ и должно* быть извергнуто. Въ такихъ случаяхъ объ экболическомъ дѣйствіи того или другого средства не можетъ быть и рѣчи. Экболическимъ средствомъ я считалъ бы такое, которое, будучи введено, такъ или иначе, въ организмъ беременной, не произведя общихъ разстройствъ организма, вызывало (обусловливало) бы наступленіе родовой дѣятельности. Примѣрами такого частнаго и непосредственнаго дѣйствія средствъ на различныя системы организма могутъ служить: атропинъ—какъ mydriaticum, и алкалоиды той же группы, мѣстное примѣненіе которыхъ неизмѣнно вызываетъ извѣстный эффектъ.

Показанія къ операциіи искусственнаго выкидыша, въ общихъ чертахъ, могутъ быть формулированы весьма легко. Эта операциія показана во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ здоровью или жизни беременной угрожаетъ серьезная опасность, которая прерываніемъ беременности можетъ быть устранена. Несмотря на ясность этого требованія, общаго показаній въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, по необходимости, предоставляется научнымъ убѣжденіямъ врача и его совѣсти. Жи-

тейскій разумъ, впрочемъ, совершенно основательно требуетъ, чтобы установка показаній къ операціи совершалась *не единолично*, а по обсужденіи вопроса *ex consilio*.

Въ частности, показаніями къ операціи могутъ быть:

1) **Высшія степени (абсолютныя) суженія таза.**

Сюда будутъ относиться всѣ тазы, при которыхъ пространственное несоотвѣтствіе въ отношеніи подлежащей части столь велико, что роды въ срокъ возможны только при помощи образованія искусственныхъ родовыхъ путей, *resp.*, кесарскаго сѣченія и пр. Слѣдовательно, это такія измѣненія таза, при которыхъ даже уменьшающія объемъ плода операціи (краниотомія, краниоклазія) не могутъ найти примѣненія. Крайніе размѣры суженія, выраженные цифрами, можно принять = 6 с. и ниже, въ какихъ бы отдѣлахъ таза такое укороченіе ни встрѣчалось: въ *conjugat'ъ* — при плоскихъ, въ поперечникъ выхода — при кифотическихъ (если нѣтъ значительной подвижности симфизъ *resp.*, увеличенія размѣра во время родовъ) и другихъ, или гдѣ-нибудь на протяженіи костнаго канала — при тазахъ, обозображенныхъ развитіемъ плотныхъ новообразованій, остеомаляціей и т. д. Въ такихъ случаяхъ возможна только такая терапевтическая дилемма: или кесарское сѣченіе съ сохраненіемъ жизни плода и съ извѣстнымъ рискомъ для матери, или выкидышъ съ благопріятнымъ исходомъ для матери ¹⁾. При этомъ обыкновенно выставляютъ на видъ, что рѣшеніе этого вопроса для врача въ высшей степени затруднительно, такъ какъ онъ долженъ-де прежде всего рѣшить, чью жизнь онъ долженъ предпочесть: жизнь ли матери — жизни плода, или наоборотъ? По мнѣнію моему, вопросъ, поставленный въ такой формѣ, по меньшей мѣрѣ, праздный. Рѣшеніе его всегда будетъ болѣе или менѣе произвольнымъ, такъ какъ онъ зависитъ отъ тѣхъ или другихъ убѣжденій даннаго лица. Какихъ либо достаточно прочныхъ научныхъ основаній для рѣшенія этого вопроса мы не имѣемъ.

Такъ какъ въ настоящее время операція кесарскаго сѣченія все еще не даетъ *вѣрной* гарантіи въ сохраненіи жизни роженицы (не говоря уже о различныхъ разстройствахъ и

¹⁾ По мнѣнію нѣкоторыхъ, слѣдуетъ имѣть въ виду комбинацію — возбужденіе преждевременныхъ родовъ и симфизеотомию во время родовъ.

заболѣваніяхъ, возникающихъ, какъ слѣдствіе самой операціи, наиримѣръ, различнаго рода приращенія, образованіе грыжъ и т. под.), а при искусственномъ выкидышѣ жизни и здоровью матери не угрожаетъ серьезной опасности, то при выборѣ между этими операціями едва ли можетъ быть большое колебаніе. Будемъ надѣяться, что въ весьма недалекомъ будущемъ исходы кесарскаго сѣченія для матери совсѣмъ потеряютъ свой угрожающій характеръ, и Вы въ правѣ будете указать беременной на эту операцію, какъ на такую, при которой возможно рожденіе живого плода безъ того, чтобы жизни ея самой угрожала серьезная опасность. А до тѣхъ поръ, пока это мнѣніе не можетъ быть высказано съ полной увѣренностью,—въ той мѣрѣ, какая вообще возможна въ сферѣ человѣческаго предвидѣнія—я склоняюсь въ пользу операціи искусственнаго выкидыша въ тѣхъ случаяхъ, когда рѣшеніе этого вопроса всецѣло предоставляется на мое усмотрѣніе. „Не поступай съ другими такъ, какъ не хотѣлъ бы, чтобы поступали съ тобою“—вотъ основаніе для этого. Чтобы не впадать въ разладъ съ самимъ собою, необходимо спросить самого себя, свою совѣсть: какъ бы поступилъ каждый, если бы дѣло шло не о постороннемъ „субъектѣ“, а о существѣ намъ близкомъ и дорогомъ. По мнѣнію моему, врачъ долженъ, примѣняясь къ понятію беременной и ея ближнихъ, изложить безпристрастно, какъ *resumé* предсѣдателя въ судѣ присяжныхъ, суть и обстоятельства даннаго случая и высказать откровенно свои надежды и опасенія. По свойству человѣческой природы (чувство самосохраненія и пр.), большинство предпочтетъ безопасный выкидышъ риску кесарскаго сѣченія. Тѣмъ не менѣе, даже и въ нашъ эгоистическій вѣкъ найдутся матери, которыя, желая имѣть живого ребенка, рѣшатся подвергнуться риску кесарскаго сѣченія. Въ такихъ случаяхъ я не позволю себѣ ни охлаждать, ни возбуждать эти благородные порывы, а просто буду принимать ихъ какъ фактъ, съ которымъ необходимо считаться, и долженъ заблаговременно принять всѣ зависящія отъ меня мѣры, могущія обезпечить успѣхъ операціи.

2) **Болѣзни беременныхъ, находящіяся въ тѣсной связи съ беременностью.** Такова, напр., а) *неукротимая рвота беременныхъ* (*hyperemesis gravidarum*). При этой формѣ болѣзни общее состояніе больныхъ, вслѣдствіе голоданія и связанныхъ съ

нимъ процессовъ, разстраивается до такой степени, что дѣло можетъ окончиться смертью беременной, притомъ въ сравнительно короткій срокъ. Данныя различныхъ авторовъ вполне подтверждаютъ это. По даннымъ, приводимымъ *Joulin'*омъ ¹⁾, на 121 случай неукротимой рвоты было 49 со смертельнымъ исходомъ, слѣд., 40,5%.

Это съ одной стороны. Съ другой—можно привести цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ рѣзко выраженные припадки неукротимой рвоты, при тяжелыхъ явленіяхъ со стороны общего состоянія больныхъ, быстро прекращались, и больныя выздоравливали послѣ прекращающагося беременности, вслѣдствіе произвольнаго или искусственнаго выкидыша.

Въ pendant къ этому, несомнѣнно, извѣстны случаи, въ которыхъ, несмотря на производство выкидыша, больныя погибали. Эти случаи, однако, не могутъ, по мнѣнію моему, дискредитировать операціи искусственнаго выкидыша, какъ разумнаго пособія при разбираемомъ страданіи.

Въ-первыхъ, потому, что въ случаяхъ со смертельнымъ исходомъ операція предпринималась, зачастую, въ такое время, когда надежда на сохраненіе жизни беременной была весьма и весьма проблематична. Разстройство питанія достигало высшей степени и, такъ сказать, переходило за предѣлы возможнаго. Въ этихъ случаяхъ, боясь погрѣшить торопливостью и несвоевременнымъ вмѣшательствомъ, впадаютъ обыкновенно въ другую крайность—грѣшатъ излишнимъ выжидаемъ и медленностью и *теряютъ* понапрасну *дорогое время*. Правда, что и въ отчаянныхъ, почти безнадежныхъ случаяхъ послѣ выкидыша наступало иногда выздоровленіе ²⁾, но это отнюдь не слѣдуетъ разсматривать, какъ правило. По моему, если появляются признаки угрожающаго характера, а примѣненіе весьма различныхъ средствъ оказалось неэффективнымъ,—наступаетъ показаніе къ операціи искусственнаго выкидыша. Угрожающими припадками я считаю: явленіе истощенія, невозможность принятія какой-либо пищи (извер-

¹⁾ Проф. *М. И. Горвицъ*. О неукротимой рвотѣ беременныхъ. Спб. 1882 г., стр. 61.

²⁾ Въ началѣ 1886 г. я приглашенъ былъ на консилиумъ къ беременной г-жѣ П., страдавшей неукротимой рвотой. Истощеніе доходило до послѣдней степени; т^о лихорадочная; пульсъ частый, едва ощутимый; сознание полупомраченное; рефлексъ, даже съ роговицы, значительно понижены, суточное

гается рвотой), лихорадочное состояніе, повторяющіеся обмороки, расстройства въ психической сферѣ (бредъ, галлюцинаціи), особенно—рѣзкое уменьшеніе количества мочи, присутствіе въ ней бѣлка, цилиндровъ и т. п. При наличности этихъ припадковъ, всякое промедленіе будетъ чрезвычайно пагубнымъ для матери. Въ случаяхъ, проходящихъ подъ Вашимъ непосредственнымъ наблюденіемъ, я не совѣтоваль бы выжидать наступленія этихъ грозныхъ припадковъ въ ихъ совокупности, а для установленія показанія къ операціи довольствовался бы тѣмъ, что болѣзнь, несмотря на всѣ возможныя мѣры, не только не уступаетъ лѣченію, но непрерывно прогрессируетъ и, день-ото-дня, все больше и больше подрываетъ питаніе больной.

Во-вторыхъ, потому, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ неукротимой рвоты, у пользовавшихся операціею искусственнаго выкидыша, при вскрытіи находимы были такія серьезныя измѣненія въ желудочно-кишечномъ каналѣ и окружающихъ областяхъ, которыя ничего общаго съ беременностью не имѣли. Такъ, я знаю случай, гдѣ при вскрытіи найдено было старое, съ зарубцевавшимися язвами, флегмонозное воспаленіе желудка на довольно обширномъ пространствѣ, увеличившее толщину стѣнокъ желудка до нѣсколькихъ сантиметровъ и значительно уменьшившее емкость его полости. Въ другомъ, извѣстномъ мнѣ случаѣ, найденъ ракъ поджелудочной железы съ диссеминаціей на сосѣднія части.

Въ-третьихъ, наконецъ, могутъ быть и такіе случаи, при которыхъ и послѣ выкидыша рвота не прекращается, и больныя погибаютъ. Эти случаи, по моему, доказываютъ только, что выкидышъ, какъ терапевтическая мѣра, не можетъ быть разсматриваемъ, какъ панацея при неукротимой рвотѣ. Такія больныя погибаютъ, вѣдь, не потому, что у нихъ произведенъ выкидышъ, а несмотря на то, что произведенъ выкидышъ,

количество мочи едва достигало 200—250 к. с. и пр. Беременность на 5-мъ мѣсяцѣ. Въ виду такого состоянія больной, хотя я и не надѣялся на благоприятный исходъ, все-таки, какъ *ultimum refugium*, предложилъ операцію искусственнаго выкидыша. Выкидышъ, рѣшенный *ex consilio*, былъ произведенъ мною, въ буквальномъ смыслѣ, почти безъ потери капли крови, и больная, спустя 6 недѣль, уѣхала въ Вятку. Черезъ 5 лѣтъ я видѣлъ оперированную; она совершенно здорова и въ этотъ промежутокъ времени одинъ разъ родила въ срокъ вполне благополучно.

слѣдовательно, и эти отрицательные случаи примѣненія выкидыша вовсе не служатъ возраженіемъ противъ цѣлесообразности и дѣйствительности этого пособія вообще. Можетъ быть, когда наши свѣдѣнія о неукротимой рвотѣ беременныхъ,—впослѣдствіи,—будутъ болѣе точными и положительными. явится возможность клинически болѣе строго дифференцировать случаи, которые служатъ показаніемъ къ искусственному выкидышу, отъ такихъ, гдѣ отъ производства его нельзя ожидать благотворныхъ результатовъ.

б) Съ извѣстнымъ правомъ сюда же можетъ быть отнесено, напр., (*острое*) *пораженіе почекъ*. Такъ какъ это заболѣваніе, будучи само по себѣ, весьма серьезнымъ, при беременности легко можетъ слѣлаться *угрожающимъ* жизни беременной, то самую беременность приходится разсматривать какъ тяжелое осложненіе, которое *можетъ*, а слѣдовательно, и должно быть устранено. Это тѣмъ болѣе показано, что, при дальнѣйшемъ развитіи болѣзни, теченіе беременности, обыкновенно, прерывается, но, къ сожалѣнію, иногда въ такое время, когда основное заболѣваніе достигаетъ такой степени развитія, что больныя нерѣдко погибаютъ, или, если и наступаетъ выздоровленіе, то только весьма относительное. Общее состояніе больныхъ глубоко разстраивается. Почти тоже слѣдуетъ сказать и о *хроническомъ* нефритѣ, осложненномъ беременностью. Такъ какъ при этомъ предсказаніе для матери весьма серьезно, въ особенности при наличности нѣкоторыхъ симптомовъ (головныя боли, носовыя кровотеченія, разстройство зрѣнія и пр.), то прерываніе беременности является, по мнѣнію моему, прямо показаннымъ. Въ средѣ германскихъ ученыхъ это мнѣніе защищаютъ: *Schroeder, Hoffmeier, Fehling* и др. Нѣсколько лучше предсказаніе при *почкѣ беременныхъ*, а потому и операція искусственнаго выкидыша найдетъ себѣ примѣненіе при этихъ условіяхъ, сравнительно, рѣже.

При *болѣзняхъ сердца*, если во время беременности, resp., въ связи съ нею, наступаютъ явленія *разстройства компенсаціи*, производство искусственнаго выкидыша я считаю *показаннымъ*. Такое отношеніе къ дѣлу оправдывается тѣмъ огромнымъ % смертности, который наблюдается у больныхъ съ рѣзко выраженнымъ разстройствомъ компенсаціи при срочныхъ или преждевременныхъ родахъ. Вызывая выки-

дышъ у этихъ больныхъ, въ такое время, когда разстройство компенсаціи еще не дошло до грозной степени, Вы зачастую буквально спасаете жизнь этимъ несчастнымъ.

Что касается различныхъ другихъ болѣзненныхъ формъ, для которыхъ беременность является также серьезнымъ осложненіемъ, то рѣшеніе вопроса о производствѣ выкидыша можетъ быть далеко не такъ просто и ясно. Въ практической жизни этотъ вопросъ нерѣдко возникаетъ и рѣшается на товарищескихъ совѣщаніяхъ, напр., у больныхъ съ болѣе или менѣе выраженнымъ пораженіемъ легкихъ (туберкулезъ), у падучихъ, у больныхъ пляской св. Вигта и т. п. Въ такихъ случаяхъ на консультаціяхъ роль акушера, по моему мнѣнію, главнымъ образомъ исполнительная. Рѣшающій голосъ во всякомъ случаѣ нужно предоставить товарищамъ - специалистамъ. Два раза мнѣ приходилось, на основаніи рѣшеній врачебныхъ совѣщаній, дѣлать выкидышъ у падучихъ, у которыхъ припадки, бывшіе до беременности довольно рѣдкими и не очень сильными, съ теченіемъ беременности все учащались и становились болѣе интенсивными. Въ обоихъ случаяхъ терапевтической эффектъ операціи былъ блестящій.

Недавно, по совѣщаніи съ товарищемъ-специалистомъ, намъ пришлось производить искусственный выкидышъ на третьемъ мѣсяцѣ *два раза* у одной и той же больной, по поводу страданія *зрительнаго аппарата*, которое во время беременности рѣзко и весьма скоро ухудшилось. Оба раза, вскорѣ послѣ выкидыша, наступило ясное улучшение. Приводя эти примѣры, я хотѣлъ указать на то разнообразіе болѣзненныхъ формъ съ которыми приходится считаться при рѣшеніи вопроса о законномъ прерываніи беременности. Говоря объ этомъ, я еще и еще разъ настоятельно рекомендую Вамъ рѣшать эти вопросы непременно по совѣщаніи съ товарищами.

3) **Мѣстныя заболѣванія половой сферы.** Изъ нихъ я укажу только нѣкоторыя, ради примѣра.

1) *Ущемленіе беременной матки, при загибѣ назадъ.* Въ тѣхъ случаяхъ, когда этого ущемленія обыкновенными мѣрами (опорожненіе сосѣднихъ органовъ, вправленіе подъ наркозомъ, при положеніи по Тренделенбургу и т. п.) устранить нельзя, а между тѣмъ являются припадки, угрожающіе жизни больной, — операція выкидыша вполне показана.

И здѣсь, такъ же, какъ и въ отношеніи предыдущихъ

заболѣваній, не слѣдуетъ надолго откладывать производство операции. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, впрочемъ, по мнѣнію моему, умѣстно поставить вопросъ объ исправленіи положенія матки при помощи чревосѣченія, геср., кольпотоміи, которое можетъ дать благоприятные результаты.

2) *Ракъ матки, геср., маточной шейки.* Въ случаяхъ осложненія беременности ракомъ матки или, вѣрнѣе, —наоборотъ, я совѣтую держаться слѣдующихъ правилъ: а) если раковое пораженіе *ограничено, геср., возможно радикальное* леченіе, — слѣдуетъ предпринять полное вырѣзываніе матки, несмотря на беременность, если эта послѣдняя находится въ періодѣ 2—3 мѣсяцевъ. На основаніи личнаго опыта могу сказать, что полное удаленіе матки въ такихъ случаяхъ не представляетъ особыхъ затрудненій. Впрочемъ, и въ болѣе поздніе сроки беременности также вполне возможно удалить всю матку, предварительно удаливъ ея содержимое. Такіе случаи извѣстны. Если б) раковое пораженіе таково, что на радикальное удаленіе рассчитывать нельзя, то нѣтъ смысла и посягать на теченіе беременности. Она должна быть предоставлена естественному теченію, и дальнѣйшій образъ дѣйствій врача, — во время родовъ и пр., — будетъ зависѣть отъ обстоятельствъ даннаго случая.

Высказываясь такимъ образомъ, я исхожу изъ того основного положенія, что полное удаленіе матки въ раннихъ періодахъ развитія рака можетъ вести къ коренному, или, по крайней мѣрѣ, весьма длительному (6—7 л.) излеченію. Это мое убѣжденіе опирается, какъ на обширныя данныя личнаго опыта, такъ и на категорическія заявленія другихъ авторовъ.

3) Подобнаго же образа дѣйствій можно держаться и въ случаяхъ осложненія беременностью другихъ новообразованій половой сферы, напр., *при кистахъ яичника и широкихъ связокъ, фибромиомахъ матки* и пр. Если совместное существованіе кисты и беременности угрожаетъ опасностью беременной — *показанъ не выкидышъ, а овариотомія*, которая можетъ быть предпринята безъ особаго риска нарушить теченіе беременности. Если дѣло идетъ о беременности при фибромиомѣ, которая, или по своей величинѣ и быстротѣ роста вызываетъ опасныя припадки, или, вслѣдствіе особенностей своего расположенія въ самой маткѣ и отношенія къ тазу и

пр., даетъ основаніе думать, что родоразрѣшеніе въ послѣдніе мѣсяцы беременности возможно только путемъ кесарскаго сѣченія, по мнѣнію моему, лучше воздержаться отъ возбужденія выкидыша, съ окончаніемъ котораго, хотя и можетъ наступить облегченіе для беременной, но 1) это можетъ сопровождаться кровотеченіемъ, иногда весьма и весьма серьезнымъ; 2) послѣ выкидыша, какъ и послѣ родовъ, могутъ возникнуть въ самой опухоли процессы распада, иногда неблагопріятные, а главное, — 3) *больная* все же *остается* съ своей *опухолью*, которая, вѣдь, и составляетъ *основное заболѣваніе*. Въ такихъ случаяхъ я думаю, лучше всего предпринять операцію удаленія опухоли, если нужно — вмѣстѣ съ маткой (resp., ея частью), несмотря на беременность. Именно здѣсь беременность можно даже разсматривать, какъ показаніе къ скорѣйшему производству операціи, которая безъ этого, можетъ быть, и не требовалась бы настоятельно особенностями даннаго случая. Могутъ возразить на это, что если рѣшаться на чревосѣченіе при этихъ условіяхъ, то не лучше ли приступить къ нему въ концѣ беременности, resp., во время родовъ, имѣя въ виду сохраненіе жизни плода и принимая во вниманіе, что шансы для матери, въ зависимости отъ самой операціи, въ концѣ беременности будутъ немногимъ хуже, чѣмъ при операціи въ ранніе сроки беременности. Это совершенно основательно и относится къ такимъ случаямъ, гдѣ выжиданіе конца беременности возможно безъ всякихъ опасеній насчетъ здоровья матери. Здѣсь же я имѣю въ виду такіе случаи, въ которыхъ, по состоянію здоровья матери, та или другая помощь (выкидышъ или операція) является настоятельной необходимостью ¹⁾.

4) *Заболѣванія плодного яйца*, напр., тухота chorii, hydramnion и др. Эти формы сопровождаются опасными и весьма тягостными припадками для беременной (кровотеченіе, разстройство со стороны органовъ дыханія и др.). Правда, что,

¹⁾ При рѣшеніи вопроса о коренной операціи фибромиомы при беременности въ извѣстномъ рядѣ случаевъ, слѣдуетъ принять въ серьезное соображеніе — возможность или невозможность выполненія операціи черезъ рукавъ (по принципу кускованія и т. п.). Въ настоящее время опытъ показалъ, что этотъ способъ операціи можетъ быть примѣняемъ въ широкихъ границахъ (въ отношеніи собственно величинъ матки, подлежащей удаленію вообще, а беременной въ особенности).

при этихъ условіяхъ, выкидышь, обыкновенно, наступаетъ произвольно, но въ тѣхъ случаяхъ, когда припадки выступаютъ съ извѣстной силою и нуждаются въ устраненіи, выкидышь долженъ *считаться показаннымъ*. Сюда же должны быть отнесены случаи *смерти яйца съ послѣдующимъ*, болѣе или менѣе продолжительнымъ, *задержаніемъ* его въ полости матки. Здѣсь наше вмѣшательство должно обуславливаться не количествомъ времени, въ теченіе котораго яйцо остается въ маткѣ, а степенью и характеромъ припадковъ, которые можно поставить въ связь съ этимъ задержаніемъ, и цѣлымъ рядомъ сопутствующихъ особенностей каждаго даннаго случая. Для достиженія цѣли—методическое расширеніе канала шейки, въ соединеніи съ *тампонаціей* полости матки, и эрготинъ внутрь или подъ кожу—я считаю весьма хорошимъ средствомъ и не разъ примѣнялъ его съ полнымъ успѣхомъ. *Въ случаяхъ, требующихъ болѣе быстро опорожненія полости матки, цѣлесообразнѣе всего, послѣ предварительной подготовки, примѣнить операцию выскабливанія*. Считаю нужнымъ еще разъ обратить Ваше вниманіе на то, что выскабливаніе при этихъ условіяхъ требуетъ самага тщательнаго вниманія и осторожности—въ виду возможности поврежденія стѣнки матки, которая иногда можетъ быть измѣнена весьма рѣзко, какъ это встрѣчается при нѣкоторыхъ перерожденіяхъ яйца (такъ называемая, *мухома chorii destructivum* и др.). Да и безъ такихъ серьезныхъ пораженій матки, прободеніе ея ложечкой при выскабливаніи, къ сожалѣнію, встрѣчалось не разъ. Въ такихъ случаяхъ, обыкновенно, указываютъ на патологическое состояніе тканей матки (которое, однако, не распознается до несчастнаго случая, да и *послѣ него* является только въ видѣ объясненія, какъ предположеніе), но я полагаю, что и образъ дѣйствій оператора, во всякомъ случаѣ, долженъ считаться *небезупречнымъ*. По мнѣнію моему, въ случаяхъ, внушающихъ опасеніе, дѣйствуя ложечкой, нѣтъ нужды непременно стараться чисто-на-чисто опорожнить полость матки. Можно довольствоваться наступленіемъ яснаго и достаточно прочнаго сокращенія матки. Введеніе тампона и соотвѣтствующій послѣдовательный уходъ вполне могутъ обезпечить надлежащую послѣ-родовую инволюцію. При увѣренности, что на стѣнкахъ матки остались частицы яйца, *resp.*, измѣненныхъ оболоч-

чекъ, и что онѣ своимъ присутствіемъ обусловливаютъ задержку обратнаго развитія. — лучше сдѣлать *повторное* выскабливаніе, спустя нѣсколько дней. Операция въ это время будетъ болѣе безопасна, благодаря послѣдовавшему уже уменьшенію полости матки, утолщенію ея стѣнокъ, разслабленію связи остатковъ яйца со стѣнками матки и т. п.

Относительно **предсказанія** при операциіи искусственнаго выкидыша нужно замѣтить, что здѣсь почти все зависитъ отъ того, при *какихъ условіяхъ* производится операция. Само собою разумѣется при этомъ, что случаи со смертельными исходами, находящимися въ зависимости отъ основного страданія, а не стоящими въ связи съ операцией, не должны быть принимаемы въ расчетъ. Напр., случаи неукротимой рвоты и т. п.

Опасности, находящіяся въ связи съ самой операцией, могутъ а) угрожать самой жизни беременной (кровотеченіе, септицемія и т. п.); б) разстраивать, болѣе или менѣе значительно, здоровье оперированной. Возможность и серьезность этихъ опасностей зависитъ, какъ сказано, отъ условій самаго производства операциіи. Для доказательства, позволю себѣ привести данныя, заимствованныя у *Tardieu* ¹⁾. По этому автору, изъ 116 случаевъ *преступнаго* выкидыша въ 60-ти послѣдствіемъ операциіи была смерть, т. е. свыше 50%, тогда какъ на 26 случаевъ выкидыша, произведеннаго ради врачебныхъ цѣлей, не было ни одного со смертельнымъ исходомъ. Оно и понятно. Вѣдь смертельный исходъ при выкидышѣ обусловливается, главнымъ образомъ, кровотеченіемъ и гнилостнымъ зараженіемъ. Если выкидышъ дѣлается кое-какъ, подъ покровомъ тайны, на скорую руку, безъ надлежащей подготовки, при весьма неподходящей иногда обстановкѣ, — невѣжественной или торопливой рукой, слѣдовательно, безъ соблюденія, *геср.*, пониманія необходимыхъ предосторожностей, то неудивительно, что могутъ встрѣчаться случаи съ дурнымъ исходомъ. Случаи поврежденія сводовъ влагалища, самой матки, даже сквозныя прободенія ея въ области тѣла и дна, съ навлеченіемъ внутренностей (сальника, кишечныхъ петель) и пр., равно какъ случаи сильнѣйшей септицеміи, находившейся въ несомнѣнной связи

¹⁾ Etude medico-legale sur l'avortement.

съ операціей, не разъ встрѣчались въ судебно-медицинской практикѣ.

Съ другой стороны, если выкидышъ производится открыто, по изложеннымъ выше правиламъ, нѣтъ никакого основанія опасаться особенно тяжелыхъ послѣдствій, а тѣмъ паче смертельнаго исхода (кровотеченіе, септицемія). Правда, и при тщательномъ производствѣ операціи наблюдаются нѣкоторыя осложненія, напр., недостаточная инволюція матки, послѣдовательныя кровотеченія, въ зависимости отъ задержанія незначительныхъ частей яйца, или не вполне выдѣлившейся гипертрофированной deciduae, но и эти явленія не могутъ пройти незамѣченными и легко могутъ быть устранены своевременнымъ вмѣшательствомъ.

Такимъ образомъ, операцію искусственнаго выкидыша, подобно операціи возбужденія преждевременныхъ родовъ, я разсматриваю, по существу, какъ безопасную для матери.

Операція разрыва плоднаго пузыря.

DIRUPTIO VELAMENTORUM OVI, OOCYSTOTOMIA.

Operatio ad rumpenda ovi velamenta.

При описаніи этой операціи я буду имѣть въ виду производство ея только во время *родовъ*; примѣненіе ея во время *беременности* разобрано въ главѣ о производствѣ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ и выкидыша.

Общихъ **условій** для производства операціи установить нельзя. Дѣло опредѣляется частностями отдѣльнаго случая. Такъ, напр., достаточное (4—5 поп. пальца) *раскрытіе*, считаемое однимъ изъ существенныхъ условій и въ общемъ весьма желательное, далеко не всегда можетъ быть принимаемо во вниманіе. Ниже мы увидимъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ выжиданіе этого момента можетъ оказаться гибельнымъ для матери и плода, и операція, наоборотъ, должна быть предпринимается, несмотря на незначительное раскрытіе зѣва (напр., на 1—2 пальца и т. п.).

Операція совершается или *ручными* приемами, или съ помощью *инструментовъ*. Первый способъ примѣняется несравненно чаще. Онъ состоитъ въ слѣдующемъ: при обыкновенномъ положеніи роженицы, при соблюденіи общихъ правилъ асептического веденія родовъ, вводятъ указательный и средній пальцы и приставляютъ ихъ къ нижнему сегменту пузыря. Въ это время другой (лѣвой) рукой стараются вызвать сокращенія матки для того, чтобы усилить *напряженіе* пузыря, а слѣдовательно, и болѣе легкую разрываемость его. Если схватки наступаютъ съ трудомъ, или не наступаютъ вовсе, и

если плодный пузырь плохо напрягается, то можно усилить его напряженіе сильнымъ надавливаніемъ на *дно* матки. Этимъ путемъ смѣщается нѣкоторое количество околоплодной воды въ нижній сегментъ яйца и увеличивается напряженіе пузыря. На *высотѣ схватки*, resp., наибольшаго напряженія пузыря, надавливаютъ, иногда довольно сильно, на пузырь снизу вверхъ, чего—въ огромномъ большинствѣ случаевъ — достаточно, чтобы прорвать плодный пузырь. Вслѣдъ за разрывомъ пузыря съ извѣстною силою изливается околоплодная жидкость, и головка, resp., предлежащая часть, опускается. Если количество излившейся околоплодной жидкости кажется недостаточнымъ, а дальнѣйшему выхожденію ея препятствуетъ опускающаяся предлежащая часть, то, пользуясь паузой въ сокращеніяхъ матки, наступающей вслѣдъ за разрывомъ пузыря, нужно нѣсколько приподнять предлежащую часть и выпустить требуемое количество околоплодной жидкости.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не удается пальцами прорвать, resp., проскоблить пузырь, прибѣгаютъ къ употребленію какого-либо инороднаго тѣла (пулевыхъ щипцовъ, зонда, проволоки и т. п.). Въ частной практикѣ, за неимѣніемъ надлежащаго инструмента, для этой цѣли иногда пользуются головными шпильками, вязальными спицами и т. п. Шпильку предварительно прокалываютъ на огнѣ и погружаютъ для охлажденія въ какую-либо противогнилостную, resp., асептическую жидкость, затѣмъ по пальцу или, лучше, вмѣстѣ съ пальцами вводятъ въ половой каналъ и вмѣстѣ же съ пальцами приставляютъ къ сегменту плоднаго пузыря. Чуть-чуть выдвигая конецъ шпильки, надавливаютъ пальцемъ (со шпилькой) на пузырь сзади напередъ и, такимъ образомъ, разрываютъ его. Это, по моему, и вполнѣ безопасно, и очень легко, и просто.

Затрудненія, которыя встрѣчаются при этой операци, обусловливаются: а) *плотностью оболочекъ*, б) *недостаточнымъ напряженіемъ ихъ* и с) *черезчуръ малымъ количествомъ* первыхъ водъ,—такъ называемый, *плоскій пузырь*. Количество жидкости можетъ быть такъ ничтожно, что оболочки кажутся непосредственно прилегающими къ головкѣ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ этого рода можетъ возникнуть даже сомнѣніе въ цѣлости плоднаго пузыря. Палецъ не всегда въ состояніи

сразу рѣшить—предлежитъ ли головка обнаженная, или покрытая оболочками плоднаго пузыря, тѣмъ болѣе, что въ этихъ случаяхъ нерѣдко наблюдается излітіе водъ, напр., при разрывѣ пузыря гдѣ-нибудь выше. Во избѣжаніе могущихъ возникнуть сомнѣній, а слѣдовательно, и различія въ образѣ дѣйствія, я совѣтую прибѣгать къ помощи *зеркала*. При зеркалѣ легко рѣшить: предлежитъ ли волосистая часть гловки,—или гладкая, съ синеватымъ оттѣнкомъ, поверхность пузыря. Вскрытіе пузыря въ такихъ случаяхъ (корнцангомъ, пинцетомъ, пулевыми щипцами и т. п.) лучше всего произвести при *зеркалѣ же*. По удаленіи зеркала, выгодно увеличить разрывъ пальцемъ и, по возможности, сдвинуть оболочки съ доступнаго сегмента головки.

При значительной плотности оболочекъ (а) и недостаточномъ напряженіи ихъ (b), затрудненія легко преодолѣваются надавливаніемъ сверху на *дно* матки, вызываніемъ ея сокращеній и употребленіемъ инструмента (по пальцу, или при помощи зеркала).

Въ обыкновенныхъ случаяхъ выборъ *мѣста*, на которомъ дѣлается разрывъ, не имѣетъ значенія. Если, однако, имѣется дѣло съ обильнымъ количествомъ околоплодной жидкости (различныя степени hydramnion'a), когда излітіе большого количества жидкости и, при томъ вдругъ, могущее вызвать известное осложненіе (выпаденіе мелкихъ частей, пуповины, кровотеченіе, вслѣдствіе рѣзкаго пониженія давленія въ полости яйца и т. п.), нежелательно,—выгоднѣе всего вскрывать пузырь *спереди*, и нѣсколько *выше* зѣва. Въ этомъ случаѣ головка, лежащая на передней стѣнкѣ матки, опускаясь, закрываетъ отверстіе въ пузырь, и истеченіе жидкости замедляется или прекращается. Поднявъ пальцемъ, легко подвижную въ такихъ случаяхъ, головку, Вы даете жидкости свободный стокъ и, такимъ образомъ, до известной степени можете опоражнивать полость яйца постепенно. Въ этихъ же видахъ я совѣтую вскрывать пузырь при помощи катетера или полаго бужа, вооруженнаго мандриномъ (окно должно быть не сбоку, а на концѣ). Инструментъ вводится по передней стѣнкѣ матки на желаемую высоту, затѣмъ выдвигается мандринъ, которымъ и дѣлается отверстіе въ пузырь. Жидкость тотчасъ показывается изъ катетера. Удаливъ мандринъ и оставивъ катетеръ, Вы можете, такъ сказать, дози-

ровать количество истекающей жидкости по Вашему усмотрѣнію, время отъ времени зажимая отверстие катетера.

Если, выпустивъ известное количество жидкости, удалить катетеръ, то „плодный пузырь“ можетъ наливаться, раскрывать зѣвъ и въ свое время разорвется, какъ будто нарушенія цѣлости пузыря и не было сдѣлано. Нельзя считать этого за правило, но одинъ разъ я наблюдалъ такой случай.

Показанія. 1) Наиболѣе частымъ показаніемъ служить относительная *плотность оболочекъ*.—Это показаніе устанавливается тогда, когда, при удовлетворительныхъ сокращеніяхъ матки и полномъ, или почти полномъ, раскрытіи зѣва, плодный пузырь произвольно не разрывается. Роль его въ этомъ случаѣ кончена, и стояніе водъ представляетъ теперь препятствіе для поступательнаго движенія подлежащей части (періодъ изгнанія), слѣдовательно, сила сокращенія матки тратится непроизводительно и родовой актъ, безъ нужды, затягивается.

2) *Кровотеченіе* во время родовъ, зависящее отъ *преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста*, resp., его низкаго прикрѣпленія.—Въ такихъ случаяхъ искусственный разрывъ плоднаго пузыря является могучимъ и, можно сказать, единственно разумнымъ средствомъ для остановки кровотеченія. Эффектъ дѣйствія этой операціи легко понять, если вспомнить, что матка, при цѣлости плоднаго пузыря, во время сокращеній *передвигается* вверхъ по поверхности плоднаго яйца, которое остается неподвижнымъ. Изъ этого слѣдуетъ, что, если къ той части матки (нижній отрѣзокъ), которая въ данный моментъ должна передвинуться кверху, прикрѣпляется дѣтское мѣсто, то передвиженіе матки можетъ совершиться только въ такомъ случаѣ, если будетъ нарушена связь ея съ дѣтскимъ мѣстомъ (resp., яйцомъ, которое стоитъ неподвижно). Другими словами, матка будетъ *отрываться* отъ дѣтскаго мѣста, и, по мѣрѣ усиленія сокращеній, все больше и больше. Съ разрывомъ пузыря условія сразу измѣняются. Теперь дальнѣйшее нарушеніе связи дѣтскаго мѣста съ маткой при ея сокращеніи, resp., передвиженіи кверху, не является роковой необходимостью. Матка отходитъ кверху *вмѣстѣ* съ прикрѣпленнымъ къ ней *яйцомъ*, передвигаясь уже не по поверхности *яйца*, какъ раньше, а по поверхности *плода*. Съ устраненіемъ причины устраняется и слѣдствіе,

т. е. кровотечение прекращается. Такимъ образомъ, кровоостанавливающей эффектъ разрыва пузыря обуславливается дѣйствіемъ указанного механизма. Что это такъ, лучшимъ доказательствомъ могутъ служить случаи, въ которыхъ, при кровотеченіи вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, кровотеченіе прекращается столь же вѣрно и тогда, когда происходитъ и *неполный* разрывъ пузыря—водная оболочка остается неповрежденной, и полость яйца не вскрывается. При этихъ условіяхъ, матка *вмѣстѣ* съ отпадающей и ворсистой оболочками (resp., placent'ой), тѣсно связанными съ ней, перемѣщается по поверхности *водной* оболочки.

Не безъ вліянія на остановку кровотеченія остается и то обстоятельство, что, по разрывѣ пузыря, подлежащая часть опускается и надавливаетъ на периферію зѣва, играя роль, такъ сказать, внутриматочнаго тампона.

Въ случаяхъ разбираемыхъ кровотеченій нѣтъ нужды выжидать достаточнаго раскрытія зѣва. Пузырь *долженъ* быть разорванъ *при первой возможности*, хотя бы, напр., при открытіи зѣва на 2—1¹/₂ поп. пальца.

3) *Слишкомъ обильное количество околоплодной жидкости* и зависящая отъ этого недостаточность сократительной дѣятельности матки.—Это показаніе весьма опредѣленно и вполне понятно. Здѣсь, такъ же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, вскрытіе плоднаго яйца можетъ потребоваться при мало раскрытомъ зѣвѣ. Необходимыя предосторожности при производствѣ операціи были уже указаны.

4) *Слишкомъ малое количество околоплодной жидкости (плоскій пузырь)*.—Это показаніе представляется мало понятнымъ. Здѣсь, мнѣ кажется, смѣшиваютъ причину съ дѣйствіемъ. Своевременное раскрытіе зѣва не потому замедляется, что пузырь плоскій, а, наоборотъ, пузырь бываетъ плоскимъ потому, что зѣвъ не раскрывается. А это, въ свою очередь, обуславливается не малымъ количествомъ околоплодной жидкости, а, въ высшей степени вѣроятія, тѣмъ, что оболочки яйца находятся въ болѣе *прочной*, сравнительно съ нормальной, *связи* съ внутренней поверхностью матки. Вслѣдствіе этого, нижній сегментъ матки не имѣетъ возможности передвигаться по поверхности яйца вверхъ, сокращенія матки оказываютъ весьма ничтожное влеченіе на область зѣва, и

плодный пузырь не может „наливаться“ надлежащимъ образомъ. По разрывѣ пузыря, условія измѣняются: нижній сегментъ матки вмѣстѣ съ оболочками передвигается теперь по поверхности плода, въ область зѣва вставляется подлежащая часть, своимъ надавливаніемъ способствующая его раскрытію. То же самое, очевидно, должно быть и *по разрывѣ ворсистой оболочки при цѣлости водной*, подобно тому, какъ это мы видѣли при разборѣ полезнаго дѣйствія разрыва пузыря съ кровоостанавливающей цѣлью. Какъ тамъ, такъ и здѣсь въ практическомъ отношеніи было бы желательно поступать сообразно этому, т. е. разрывать оболочки яйца (chorion), *не вскрывая его полости*; это дало бы возможность утилизировать полезное дѣйствіе разрыва плоднаго яйца безъ того вреднаго вліянія, которое возникаетъ при разрывѣ всѣхъ яичныхъ плевъ (изліяніе жидкости, возможность выпаденія мелкихъ частей и пуповины, нарушеніе характера маточныхъ сокращеній и т. п.). Къ сожалѣнію, практически это трудно выполнимо. Къ слову сказать, неблагоприятное вліяніе рановременнаго разрыва пузыря, сдѣланнаго въ силу необходимости, можетъ быть значительно ослаблено правильнымъ примѣненіемъ внутриматочнаго каучуковаго баллона (metreuryesis).

5) Случай *неправильнаго вставленія* подлежащей части гесп., отклоненія ея. — Здѣсь разрывъ пузыря служитъ средствомъ удержать подлежащую часть въ томъ положеніи, которое придано ей исправленіемъ (см. главу о поворотѣ на головку).

6) Что разрывъ плоднаго пузыря дѣлается во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, *когда*, ради оперативныхъ цѣлей, *необходимо проникнуть въ полость яйца*, это понятно само собою. Равнымъ образомъ—и въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда плодъ рождается „въ сорочкѣ“, т. е. въ не разорванномъ amnion'ѣ.

Въ заключеніе, не могу не *предостеречь* отъ неразборчиваго примѣненія этой операціи. Разрывъ пузыря, будучи примѣненъ въ подходящихъ случаяхъ, составляетъ, правда, могучее, а подчасъ и единственное разумное пособіе, но было бы въ высшей степени ошибочно разсматривать его какъ средство, „ускоряющее“ теченіе родовъ. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ „замедленія“ родовъ слѣдуетъ самымъ тщательнымъ образомъ уяснить себѣ смыслъ и значеніе

плоднаго пузыря и необходимыя послѣдствія его разрыва. Какъ ни просто и элементарно это правило, тѣмъ не менѣе противъ него очень часто грѣшатъ въ практикѣ люди, не обладающіе опытомъ, выдержкой и терпѣніемъ. Вредныя послѣдствія рановременнаго разрыва плоднаго пузыря относительно благоприятнаго исхода родовъ (для матери и плода) достаточно извѣстны. Уже одно то, что, въ зависимости отъ несвоевременнаго вскрытія пузыря, могутъ образоваться глубокіе *разрывы зѣва*, которыхъ безъ этого или вовсе не было бы, или они были бы поверхностными,—заставляетъ быть очень осторожнымъ въ примѣненіи операціи разрыва пузыря при мало открытомъ зѣвѣ. А что разрывы шейки матки до сводовъ, а тѣмъ паче выше мѣста прикрѣпленія ихъ, далеко не невинныя поврежденія—это хорошо извѣстно всякому практическому гинекологу. Задержанная инволюція матки, образованіе „эрозій“, рубцовыя стягиванія, доводящія до смѣщенія органа и проч. и проч.—суть обыкновенныя послѣдствія. Вотъ я и думаю поэтому, что умѣніе выждать и не вмѣшиваться въ теченіе родовъ, во многихъ случаяхъ, принесетъ роженицѣ гораздо больше пользы, чѣмъ наше желаніе облегчить ея страданіе и „ускорить“ окончаніе родового акта.

Операція разрѣза маточнаго зѣва.

HYSTEROSTOMATOMIA SUB PARTU.

Операція производится или помощью ножницъ, или помощью пуговчатаго ножа. Уложивъ роженицу на поперечную постель, вводятъ въ рукавъ два пальца, одинъ (средній) проводятъ въ зѣвъ и располагаютъ на внутренней поверхности; другой (указательный)—на наружной. Затѣмъ, по руководству пальцевъ, вводятъ длинныя, искривленныя под угломъ ножницы (*Scanzoni, Richter'a*) и, помѣстивъ верхушку ножницъ въ области зѣва, однимъ или двумя ударами разрѣзаютъ края зѣва на желаемую глубину, resp., длину; разрѣзы дѣлаютъ двусторонніе и, всего лучше, направо и налево, въ области, такъ называемыхъ, *commissurae laterales*, т. е. по тому направленію, гдѣ чаще всего разрывается зѣвъ при родахъ произвольныхъ.

Какъ ни проста эта операція съ технической стороны, тѣмъ не менѣе, по мнѣнію моему, производство ея нуждается въ измѣненіи. Болѣе 20-ти лѣтъ тому назадъ я указывалъ ¹⁾ на то, что различныя акушерскія операціи, производимыя острыми инструментами, должны быть дѣлаемы не на ощупь, какъ это, обыкновенно, принято, а подъ контролемъ зрѣнія, т. е. при посредствѣ ложкообразныхъ зеркалъ. Это требованіе всецѣло относится и къ названной операціи. Уже одно то, что эта операція относится къ разряду кровавыхъ, и кровотеченіе—обыкновенно бывающее ничтожнымъ—въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ быть серьезнымъ и даже опаснымъ, заставляеть отдавать предпочтеніе производству операціи.

1) О прободеніи черепа во время родовъ. «Врачъ». 1884 г.

при помощи зеркаль, а не на ощупь. Въ самомъ дѣлѣ, нѣкоторыя случайныя поврежденія мягкихъ частей полового канала, не входящія въ планъ операціи, мыслимыя при работѣ *на ощупь*, становятся невозможными при употребленіи зеркала. Наконецъ, въ случаяхъ кровотечения изъ разрѣза, при употребленіи зеркала остановить кровотеченіе наложеніемъ шва будетъ дѣломъ одной минуты,—въ противномъ случаѣ пришлось бы, какъ и совѣтуютъ, — прибѣгать къ впрыскиванію холодной или горячей воды, съ прибавленіемъ иногда liq. ferri sesquichlorati, а въ случаѣ неудачи,—къ наложенію тампона и пр. Въ виду сказаннаго, я *совѣтую поступать такъ*: обнаживъ зеркаломъ операціонное поле и основательно обеззаразивъ его, захватить край зѣва пулевыми щипцами (спереди, или и спереди, и сзади) и сдѣлать разрѣзъ (ножницами) въ указанныхъ направленіяхъ; убѣдившись въ отсутствіи кровотечения, удалить щипцы и зеркало, если вслѣдъ за разрѣзомъ не предпринимается другой операціи (щипцы, извлеченіе и т. п.), предоставивъ родовой актъ естественному теченію.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣло идетъ о совершенномъ *отсутствіи* зѣва во время родовъ (зарощеніе его, склеиваніе — *conglutinatio*), при изслѣдованіи, на сферическомъ сегментѣ нижняго отрѣзка, resp., шейки, всегда можно отыскать мѣсто бывшаго зѣва, въ видѣ, иногда едва замѣтной, ямочки или углубленія. Если теперь, такъ или иначе, сдѣлать отверстіе въ этомъ мѣстѣ, то дальнѣйшее изглаживаніе зѣва совершается весьма быстро,—само собою, такъ что боковыхъ разрѣзовъ зѣва, обыкновенно, не требуется. Нужно только (до операціи) выждать надлежащаго истонченія тканей шейки.

Самая операція по техникѣ очень проста. Изъ двухъ встрѣтившихся мнѣ случаевъ—въ одномъ—мнѣ удалось довольно легко сдѣлать отверстіе (на мѣстѣ указанной выше ямочки) просто сверлящими движеніями указательнаго пальца;—въ другомъ случаѣ, нащупавши пальцемъ мѣсто предполагаемаго зѣва, я обнажилъ операціонное поле ложкообразнымъ зеркаломъ, захватилъ двумя пулевыми щипцами (предполагаемыми) переднюю и заднюю губы и сдѣлалъ крестообразный разрѣзъ ножемъ, — при чемъ поперечный разрѣзъ былъ сдѣланъ болѣе длиннымъ, чѣмъ продольный. Въ обоихъ

случаяхъ роды окончились вполне благополучно и въ короткій срокъ. При изслѣдованіи 6 недѣль спустя, зѣвъ былъ хорошо сформированъ, боковые надрывы (передне-задніе разрывы—зажили) были небольшіе и ничѣмъ не отличались отъ тѣхъ, которые обычно встрѣчаются послѣ первыхъ родовъ.

Считаю нужнымъ обратить Ваше вниманіе на возможность *ошибки* въ распознаваніи, а именно: признать отсутствіе, resp., зарощеніе зѣва тамъ, гдѣ онъ на самомъ дѣлѣ существуетъ, но такъ далеко отклоненъ кзади и стоитъ высоко, что, при обыкновенномъ изслѣдованіи пальцемъ, достигается или съ большимъ трудомъ, или вовсе не достигается, а выпятившійся сегментъ матки есть не что иное, какъ сильно растянутая передняя часть матки. Въ случаѣ сомнѣнія, изслѣдованіе 2 пальцами или полу-рукой (иногда подъ наркозомъ) выяснитъ, въ чемъ дѣло. Измѣненіемъ направленія дѣйствія силы сокращеній матки (цѣлесообразная повязка, перемѣна положенія роженицы и пр.), обыкновенно, удается устранить эту неправильность.

Относительно **показаній** къ hysterostomatomіи прежде всего нужно замѣтить, что сама операція, въ большинствѣ случаевъ, не самостоятельная, а подготовительная: она представляетъ собою первый актъ другой какой-либо операціи (щипцы, извлеченіе и др.). Въ этихъ случаяхъ, слѣдовательно, должны быть на-лицо тѣ показанія, на основаніи которыхъ и предпринимаются указанные операціи. Такъ, въ случаяхъ, не терпящихъ отлагательства, гдѣ окончаніе родовъ щипцами было бы вполне возможно, но недостаточное раскрытіе зѣва представляетъ препятствіе,—кровоавое расширеніе его я считаю **показаннымъ**. Вмѣшательство въ такой формѣ я считаю цѣлесообразнымъ и не опаснымъ. Если бы разрывы или—какъ ихъ продолженіе—разрывы оказались болѣе или менѣе значительными, то, по опороженіи матки, resp., послѣ родовъ, эти поврежденія могутъ быть легко устранены наложеніемъ нѣсколькихъ (4—6) швовъ. Нужно только помнить, что такъ какъ дѣло идетъ о кровоавомъ расширеніи *зѣва*, то операція должна быть предпринимаема въ то время, *когда шейка матки вполне изгладилась*. Въ этихъ случаяхъ разрывъ придется, слѣдовательно, въ нижнемъ отдѣлѣ *влагалитцной части*—по сторонамъ зѣва; при отсутствіи этого условія, разрывъ долженъ пройти по длинѣ *канала* неизгладенной *шейки*,

что представляет огромную разницу въ анатомо-топографическомъ отношеніи.

Въ видѣ самостоятельной операціи *hysterostomatomia* является показанной при различныхъ измѣненіяхъ зѣва, въ зависимости отъ патологическихъ состояній. Сюда относятся: а) *conglutinatio oris uteri*. Это состояніе я понимаю не только какъ полное исчезновеніе отверстія, но и какъ такое его состояніе, при которомъ отверстіе, хотя и существуетъ, но, вслѣдствіе относительной плотности краевъ, представляетъ большее сопротивленіе, чѣмъ ткани самого канала шейки. Вслѣдствіе этого шейка, въ ея нижнемъ отдѣлѣ, уступаетъ давленію и влеченію сверху скорѣе, чѣмъ окружность зѣва. При существованіи такого неравновѣсія въ способности сопротивленія тканей шейки и окружности зѣва, съ дальнѣйшимъ растяженіемъ шейки раскрытіе зѣва должно дѣлаться все болѣе и болѣе затруднительнымъ, или, вѣрнѣе, все менѣе и менѣе обязательнымъ, ибо влеченіе сверху, по мѣрѣ растяженія шейки, вслѣдствіе ея истонченія, сказывается на области зѣва все слабѣе и слабѣе. При чемъ, вполне мыслимо, что въ экзквизитныхъ случаяхъ дѣло можетъ дойти до разрыва ткани шейки и рожденія плода чрезъ это отверстіе безъ нарушенія цѣлости зѣва (ср. *Zentralblatt f. Gyn.* 1903, № 15), подобно тому, что наблюдается при, т. наз., центральномъ разрывѣ промежности. Надрѣзы краевъ зѣва легко устраняютъ это осложненіе. Впрочемъ, надрѣзъ не всегда необходимъ. Въ двухъ встрѣтившихся мнѣ случаяхъ надавливаніемъ и сверлящими движеніями пальца удалось легко проникнуть черезъ зѣвъ. Вслѣдъ затѣмъ полное раскрытіе наступило черезъ нѣсколько минутъ. б) *Рубцовое зарощеніе зѣва* (полное и неполное), какъ результатъ воспалительнаго, гср., явеннаго процесса, или же энергическаго прижиганія во время беременности, напр., какъ я видѣлъ, аппаратомъ *Rasquin'a*. Клиническая картина во время родовъ будетъ такая же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ. Образование отверстія и, въ случаѣ надобности, разрѣзъ краевъ зѣва составляетъ единственное разумное пособіе. в) Такъ называемое, *rigiditas oris uteri*. Это состояніе встрѣчается при *metritis colli chronica*, при различныхъ видахъ гипертрофіи шейки и т. п. Здѣсь чаще всего дѣло идетъ о сопротивленіи со стороны *цервикальнаго канала а не зѣва* въ собственномъ смыслѣ слова.

Поэтому, съ примѣненіемъ *разрѣзовъ въ такихъ* случаяхъ, какъ уже выше указано, нужно быть чрезвычайно *осторожнымъ*. Кромѣ изложенныхъ со стороны зѣва могутъ, конечно, встрѣтятся и другія причины, обусловливающія замедленіе періода раскрытія и, въ свою очередь, послужить показаніемъ къ разбираемой операціи.

Dührssen (изъ Берлина), исходя изъ того положенія, что опорожненіе матки при эклампсіи желательнo, предложилъ ¹⁾ поступать слѣдующимъ образомъ. Подъ глубокимъ хлороформнымъ наркозомъ обнажается зеркаломъ влагалищная часть и, послѣ обычнаго обеззараживанія, дѣлаются разрѣзы (2—4) зѣва вплоть до сводовъ. Это предпринимается съ цѣлю проложить путь въ полость матки. Дальнѣйшія дѣйствія оператора направлены къ опорожненію полости матки тѣми или другими способами, смотря по обстоятельствамъ (щипцы, поворотъ, извлеченіе и пр.). Съ цѣлю скорѣйшаго извлеченія плода, *resp.*, устраненія препятствій на протяженіи родового канала со стороны мягкихъ частей, *Dührssen* предлагаетъ еще влагалищно-промежностные разрѣзы. Разрѣвъ влагалища дѣлается по задней стѣнкѣ, разрѣвъ же промежности служитъ продолженіемъ влагалищнаго. Длинной, *resp.*, величиной влагалищно-промежностныхъ разрѣзовъ (*Scheidendammincision*) стѣсняться не слѣдуетъ. По окончаніи родового акта, сдѣланные разрѣзы зашиваются.

Этотъ способъ *Dührssen* предлагаетъ не только для случаевъ эклампсіи во время *родовъ*, но и во время *беременности*, однако не менѣе 8-ми мѣсяцевъ. Въ доказательство цѣлесообразности и практической пригодности этого способа, авторъ ссылается на 26 случаевъ примѣненія его, какъ въ клинической, такъ и въ частной практикѣ. Результаты, полученные при этомъ, — блестящи: для матерей % выздоровленія = 100, а изъ 26 дѣтей умерло 2, — по объясненіямъ автора, отъ асфиксіи до операціи.

Для усилѣна дѣла *Dührssen* совѣтуетъ оперировать при *первомъ же* приступѣ, появленіе котораго онъ считаетъ вполне достаточнымъ для оперативнаго вмѣшательства въ изложенномъ видѣ.

¹⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. XXIII. N. I. S. 303 и слѣд. (Засѣданіе Акуш. Гинек. Общества въ Берлинѣ 1892 г. 8 января).

Необходимымъ условіемъ для достиженія цѣли *Dührssen* считаетъ изглаживание надвлагалищной части шейки. Это, по его мнѣнію, встрѣчается въ *огромномъ* большинствѣ случаевъ, въ особенности у первобеременныхъ, у которыхъ эклампсія наблюдается чаще. Въ тѣхъ (немногихъ, по автору) случаяхъ перво- и повторно-беременныхъ, въ которыхъ изглаживание еще не наступило, *Dührssen* предпринимаетъ механическое расширение канала шейки (помощью каучуковаго баллона и пр.) съ послѣдующими разрѣзами.

Относительно достоинства и значенія этого способа я долженъ замѣтить, что выполнение его съ технической стороны едва ли представить значительныя затрудненія. Однимъ изъ наиболѣе серьезныхъ осложненій можно считать кровотеченіе; но если операція дѣлается не на ощупь, а при посредствѣ зеркала, то остановить кровотеченіе будетъ не трудно—или немедленно (обкальваніе), или по извлеченіи плода (наложеніе швовъ), или же кровотеченіе прекратится само собою,—по крайней мѣрѣ временно,—если тотчасъ же приступить къ извлеченію плода, при чемъ кровоточащее мѣсто будетъ плотно прижиматься данною частью плода, проходящею чрезъ область разрѣза.

Выше (см. *показанія*) я уже говорилъ, какое значеніе имѣетъ операція *hysterostomati* и вообще и когда примѣненіе ея исполнѣнъ цѣлесообразно. Что же касается специальныхъ случаевъ, ради которыхъ *Dührssen*'омъ предложены его (шеечно-влагалищно-промежностные) разрѣзы,—а именно эклампсія,—то я никакъ не могу согласиться съ тѣмъ, чтобы *каждый* случай эклампсіи можно и позволительно было разсматривать, какъ показаніе къ этой операціи.

Не говоря уже о томъ, что сплошь и рядомъ случаи эклампсіи оканчиваются исполнѣнъ благополучно безъ всякаго оперативнаго вмѣшательства, или же при сравнительно невинномъ вмѣшательствѣ (напр., разрывъ плоднаго пузыря и пр.), не поднимая даже вовсе вопроса объ обязательности опорожненія полости матки во *всѣхъ* случаяхъ эклампсіи,—помимо всего этого, слабая сторона предложенія *Dührssen*'а, по мнѣнію моему, состоитъ въ томъ, что извѣстное *состояніе шейки*, разсматриваемое авторомъ, какъ *необходимое условіе* для операціи, встрѣчается далеко *не всегда*. А между тѣмъ, предпринимать операцію при изглаженной шейкѣ, или при

неизглаженной—огромная разница. На это я уже указывалъ Вамъ. Очевидно, *Dührssen* не могъ и самъ не принять въ соображеніе справедливости и серьезности этого замѣчанія: но, выступая съ своимъ предложеніемъ оперировать во *всѣхъ* случаяхъ эклампсіи и при *первыхъ же* припадкахъ, онъ говоритъ, что необходимое условіе для этого со стороны шейки существуетъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ. Это заявленіе, по моему, голословно; по крайней мѣрѣ, оно противорѣчитъ тому, что до сихъ поръ мы принимали за фактъ на основаніи клиническихъ и анатомическихъ изслѣдованій. Изслѣдованія на распилахъ замороженныхъ труповъ съ точностью показали, что не только во время беременности, но даже въ теченіе извѣстнаго времени перваго періода родовъ первоначальныя отношенія шейки и нижняго отдѣла полости матки сохраняются настолько, что влагалищная часть, хотя и представляется какъ бы укороченной, но это укороченіе (герп., изглаживаніе передней губы) есть явленіе кажущееся, и *каналъ шейки* сохраняетъ свою первоначальную (приблизительно) длину.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ шейка матки проходима для пальца (у первобеременныхъ), въ справедливости сказаннаго легко убѣдиться непосредственнымъ клиническимъ изслѣдованіемъ. Изъ этого слѣдуетъ, что, предпринимая операцию разрѣза шейки, по *Dührssen*'у, съ появленіемъ первыхъ приступовъ эклампсіи во время родовъ, а тѣмъ болѣе на 8-мъ мѣсяцѣ беременности, Вы, какъ правило, будете имѣть дѣло не съ *зѣвомъ*, а съ *каналомъ шейки*; обратныя же условія будутъ встрѣчаться въ меньшинствѣ. На основаніи вышеизложенныхъ соображеній, по мнѣнію моему, къ предложенію *Dührssen*'а слѣдуетъ относиться съ большою осторожностью, и отнюдь не смотрѣть на него, какъ на панацею при леченіи эклампсіи. Конечно, если проводить параллель между кесарскимъ сѣченіемъ ради эклампсіи (которое предлагаютъ нѣкоторые авторы) и *Dührssen*'овскимъ разрѣзомъ, то преимущество, очевидно, будетъ на сторонѣ послѣдней операци.

Здѣсь вполне умѣстно изложить описаніе еще одной операци кроваваго расширенія родовыхъ путей,—операци, предложенной тѣмъ же *Dührssen*'омъ подъ именемъ „*влагалищнаго кесарекаго сѣченія*“. Операцию предпринимаютъ

у беременныхъ, или во время родовъ, при цѣлости шейки и закрытомъ (иногда) зѣвѣ. Обнаживъ зеркалами влагалищную часть, захватываютъ ее двумя крѣпкими щипцами (двузубцами) по сторонамъ отъ срединной линіи и притягиваютъ книзу. Затѣмъ дѣлаютъ разрѣзъ въ продольномъ направленіи чрезъ всю толщю влагалища по передней стѣнкѣ (чрезъ сводъ) до влагалищной части, геср., до переходной складки. Къ этому разрѣзу присоединяютъ разрѣзъ въ поперечномъ направленіи на протяженіи до 5 ц.; фигура разрѣза въ обоихъ направленіяхъ представляется \perp -образною. Чрезъ эту рану пальцемъ стараются отслоить мочевой пузырь отъ подлежащихъ частей и отодвинуть его кверху. Когда это удалось на извѣстномъ протяженіи, разрѣзаютъ (ножемъ или ножницами) шейку матки по срединной линіи (между щипцами), начиная съ зѣва кверху. Потягивая въ это время за щипцы, создаютъ необходимое напряженіе тканей въ области разрѣза и вытягиваютъ шейку книзу. Когда верхній край (уголь) разрѣза дошелъ до мѣста (произведенной) отслойки пузыря, щипцами перехватываютъ разрѣзанныя губы раны шейки, по возможности выше, и опять отслоиваютъ пузырь отъ передней поверхности матки. Натягивая щипцы, проводятъ разрѣзъ чрезъ переднюю стѣнку матки (освобожденную отъ соединенія съ пузыремъ) еще выше. Такимъ образомъ можно вскрыть весь каналъ шейки, пройти за внутренній зѣвъ, разрѣзать часть нижняго сегмента матки, геср., переднюю стѣнку органа, и образовать такой величины рану, чрезъ которую было бы возможно, тѣмъ или другимъ путемъ, произвести немедленное родоразрѣшеніе (поворотъ на ножку съ извлеченіемъ, щипцы и т. п.). Въ случаѣ надобности, для большей свободы дѣйствій, не ограничиваются разрѣзомъ передней стѣнки матки, но разсѣкаютъ и заднюю стѣнку влагалищной части, надвлагалищную часть (отодвигая кверху брюшину), область внутренняго зѣва и выше. По окончаніи родовъ, цѣлость наружныхъ органовъ восстанавливается помощью швовъ. Конечно, края маточной раны шиваютъ отдѣльно обычными швами. Рана влагалища тоже зашивается. Въ случаѣ надобности, въ spatium vesico-vaginale, геср., uterinum, можно ввести дренажъ.

Какъ ни проста кажется на первый взглядъ эта операція съ технической стороны, тѣмъ не менѣе я долженъ сказать,

что выполнение ея требуетъ большого навыка въ производствѣ крупныхъ гинекологическихъ операцій, напр., удаленія матки чрезъ рукавъ по всевозможнымъ способамъ (съ разсѣченіемъ органа, кускованіемъ и т. п.). Кромѣ того, весьма важнымъ условіемъ является отличное освѣщеніе глубоколежащихъ частей полового канала, наличность опытной ассистенціи и пр.

Все это такія требованія, которыя способны умалить значеніе этой операціи, какъ повседнежнаго акушерскаго пособія, доступнаго всякому врачу-практику. И, пока что, смѣло можно утверждать, что эта операція можетъ найти примѣненіе въ клиникахъ, родильныхъ домахъ, благоустроенныхъ больницахъ и т. п. и рѣдко-рѣдко, въ видѣ исключенія, въ частной практикѣ. Уже это одно, помимо другихъ соображеній,—каковы серьезность самой операціи (по статистикѣ *Vitt'a*, изъ 26 оперированныхъ умерло 7, т. е. почти 27%), значеніе ея для матери, плода и т. п.,—даетъ право думать, что эта операція не можетъ выдержать конкуренціи съ другими способами, хотя и болѣе медленнаго, но болѣе бережнаго раскрытія маточнаго зѣва.

Въ числѣ методовъ форсированнаго расширенія маточнаго отверстія, resp., канала шейки, заслуживаетъ разсмотрѣнія способъ инструментальнаго расширенія, предложенный *Bossi* (Генуя) еще въ 1891 г. Инструментъ *Bossi* состоитъ изъ четырехъ металлическихъ, параллельно расположенныхъ и соединенныхъ на одномъ концѣ, стержней, которые, помощью винта, могутъ равномерно удаляться другъ отъ друга въ своемъ свободномъ, нѣсколько суживающемся, концѣ, наподобіе открывающагося зонтика. Степень расширенія, resp., удаленія стержней другъ отъ друга, или, вѣрнѣе, діаметръ круга, описаннаго вокругъ концовъ вѣтвей, зависитъ отъ большаго или меньшаго числа поворотовъ винтового хода и отмѣчается особымъ указателемъ на, находящейся у ручки винта, скалѣ. При наибольшемъ удаленіи металлическихъ стержней, соответствующемъ полному открытію маточнаго зѣва, діаметръ круга = 11 сантиметр. Кромѣ этой основной части прибора, къ нему имѣются до-

бавочныя приспособленія, въ видѣ металлическихъ гильзъ, напоминающихъ сапогъ съ короткимъ обрубленнымъ носкомъ. Назначеніе этихъ гильзъ заключается въ увеличеніи плоскости соприкосновенія инструмента съ маточнымъ зѣвомъ, герп, маточной шейкой, и въ болѣе правильномъ и равномерномъ распредѣленіи расширяющей силы на расширяемое кольцо. При употребленіи сапожковъ, носки ихъ должны быть заведены за край внутренняго зѣва, въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ еще существуетъ. Въ виду увеличенія діаметра инструмента при надѣваніи сапожковъ, послѣдніе могутъ примѣняться лишь при извѣстномъ, существующемъ уже, раскрытіи зѣва (на $1\frac{1}{2}$ — $2''$).

Инструментъ примѣняется слѣдующимъ образомъ: послѣ тщательной дезинфекціи влагалища, по пальцу, или, что еще лучше, при помощи зрѣнія (для чего нужно предварительное освѣщеніе зеркалами и фиксація зѣва пулевыми щипцами или щипцами Музеих), въ маточный зѣвъ, или въ маточную шейку, если послѣдняя еще существуетъ, осторожно вводится сложенный инструментъ. Какъ сказано выше, въ зависимости отъ существующаго при началѣ операціи открытія, инструментъ вводится или съ гильзами, или безъ нихъ. Затѣмъ, не вынимая контролирующаго пальца, который все время долженъ находиться въ области зѣва, а другой рукой, придерживая инструментъ въ занятомъ имъ положеніи, приступаютъ къ расширенію. Поворотъ винта, выполняемый удобнѣе всего помощникомъ, долженъ производиться медленно и безъ толчковъ — вотъ почему важно, чтобы инструментъ во всѣхъ своихъ соединеніяхъ раскрывался плавно. При поворотѣ винта стрѣлка на скалѣ передвигается, при чемъ, послѣ расширенія на каждыя $\frac{1}{2}$ дѣленія, дѣлаютъ паузу на 3—5—10 минутъ, въ зависимости отъ времени, въ теченіе котораго требуется произвести достаточное открытіе матки. Контролирующій палецъ все время слѣдитъ за степенью напряженія краевъ зѣва, въ особенности въ 4 точкахъ соприкосновенія съ вѣтвями инструмента; и въ тѣхъ случаяхъ, когда напряженіе выражено въ сильной степени, лучше переждать нѣсколько (5—10) минутъ, чѣмъ форсировать расширеніе. Если инструментъ введенъ былъ безъ гильзъ, то, достигнувъ расширенія, соответствующаго $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ дѣленіямъ скалы, вынимаютъ его

и, надѣвши сапожки, вновь вводятъ, при чемъ иной разъ полезно ввести его въ зѣвъ нѣсколько косо, чтобы подвести сначала одну или двѣ вѣтви и, только зайдя ими за зѣвъ, постараться ввести и остальные вѣтви. Въ общемъ достаточно довести расширение до $8\frac{1}{2}$ —9 дѣлений. При такомъ раскрытіи матки, соотвѣтствующемъ „4-мъ пальцамъ“, дальнѣйшія родоразрѣшающія операциі становятся технически выполнимыми. Сколько же нужно времени для достиженія такого открытія? На этотъ вопросъ не всегда легко отвѣтить. Достигнуть этого можно и въ 20 минутъ, и въ полтора часа; естественно, что, чѣмъ быстрѣе расширение, тѣмъ методъ будетъ болѣе форсированнымъ, и опасность его примѣненія больше. Главная опасность въ возможности образованія разрывовъ на растягиваемомъ зѣвѣ, resp., шейкѣ, при чемъ въ послѣднемъ случаѣ, т. е. когда существуетъ еще несглаженная шейка, возможность возникновенія разрывовъ значительно больше. Слѣдовательно, чрезчуръ спѣшить не слѣдуетъ и, хотя инструментъ въ настоящее время употребляется исключительно въ случаяхъ, требующихъ очень быстрого разрѣшенія, быстрота эта должна быть, однако, относительной и не заключать въ себѣ новой опасности, еще горшей, чѣмъ та, во имя которой предпринята операциа. Все искусство оператора и будетъ заключаться въ нахожденіи потребнаго для каждаго случая *optimum'a*. Вотъ почему требуется, посредствомъ пальца, постоянный контроль растягиваемаго зѣва, въ особенности въ частяхъ его, непосредственно прилегающихъ къ вѣтвямъ инструмента, гдѣ напряженіе наибольшее и гдѣ чаще всего образуются разрывы. Появленіе кровотеченія заставляетъ самымъ серьезнымъ образомъ взглянуть на дѣло и выяснить немедленно— слѣдуетъ ли продолжать дальнѣйшее расширение, которое можетъ произвести разрывъ матки, или же нужно удовольствоваться достигнутыми результатами и прервать на нѣкоторое время, а то и окончательно, начатую операцию. Для уменьшенія опасности такихъ разрывовъ, предложено было нѣсколько модификацій первоначальнаго расширителя *Bossi*. Всѣ онѣ основаны на стремленіи, по возможности, равномерно растягивать зѣвъ, что, въ свою очередь, достигается увеличеніемъ точекъ соприкосновенія инструмента съ краями зѣва. Таковы расширители *Frommer'a* и *Walcher'a* съ 8 вѣт-

вами, инструментъ *Knapp'a*, гдѣ вмѣсто сапожковъ надѣвается растягивающійся металлическій обручъ (наподобіе раздвигающагося салфеточнаго металлическаго кольца), инструментъ *Kaiser'a*, предложенные нѣкоторыми авторами расширители съ 16 вѣтвями и т. д. Но каковъ бы ни былъ инструментъ, опасность разрыва всегда существуетъ, и предусмотрѣть, или предугадать его конечную величину—никоимъ образомъ нельзя. Описаны случаи разрывовъ, переходившихъ далеко на своды и на тѣло матки, извѣстны даже случаи со смертельнымъ исходомъ, въ зависимости отъ разрыва, причиненнаго расширителемъ (*Zangemeister*), или такіе, въ которыхъ кровотеченіе изъ разорванной во время расширенія матки заставляло примѣнять столь серьезныя пособія, какъ *hysterectomy vaginalis* (*Hammerschlag*). Въ особенности увеличивается опасность разрыва, когда инструментъ примѣняется у роженицъ съ несглаженной еще шейкой у первородящихъ, у женщинъ съ рубцово-измѣненной шейкой и т. д. Причины легкой разрываемости шейки станутъ понятными, если мы вспомнимъ, что существованіе ея указываетъ на то, что подготовительная родовая работа, заключающаяся въ сглаживаніи шейки и формированіи нижняго сегмента, выражена весьма слабо. Правда, *Bossi* свое стремленіе примѣнять расширитель при несглаженной шейкѣ объясняетъ увѣренностью въ томъ, что инструментъ обладаетъ не только механическимъ, но и динамическимъ дѣйствіемъ, т. е. способствуетъ расширенію шейки не только путемъ прямого расхожденія вѣтвей, но и тѣмъ, что вызываетъ самостоятельныя схватки, ведущія къ постепенному раскрытію матки. Хотя это объясненіе дѣйствія инструмента и можно признать вѣроятнымъ, тѣмъ не менѣе значеніе его въ расширеніи маточнаго зѣва будетъ не велико, и потому въ указанныхъ случаяхъ примѣненіе столь сильнаго расширителя, какъ инструментъ *Bossi*, требуетъ величайшей осторожности и осмотрительности, исключаящихъ какое-либо насиліе.

На основаніи литературныхъ данныхъ и нѣкотораго опыта примѣненія инструмента *Bossi* въ Спб. Родовспомогательномъ заведеніи (*Грековъ, Столыпинскій*), я считаю необходимымъ предостеречь отъ шаблоннаго примѣненія инструмента въ случаяхъ недостаточнаго раскрытія зѣва, resp.,

шейки. Въ извѣстныхъ случаяхъ, строго индивидуализированныхъ, примѣненіе инструмента *Bossi* оказывало намъ хорошія услуги. При этомъ, мы никогда не торопились во время производства операціи. Продолжительность дѣйствія инструмента во всѣхъ нашихъ, благопріятно окончившихся, случаяхъ нерѣдко бывала 45—1 ч. 20 мин. Это обстоятельство, въ связи съ методическимъ поворачиваніемъ винта, каждый разъ на дробь одного дѣленія, я считаю очень важнымъ и наиболѣе гарантирующимъ отъ болѣе или менѣе грубыхъ поврежденій зѣва или шейки. Операція должна быть произведена въ наркозѣ и въ благопріятной (лучше всего больничной) обстановкѣ. Ошибочно думать, что, принимая операцію при неизглаженной шейкѣ, можно помощью инструмента довести расширение до размѣровъ, необходимыхъ для немедленнаго окончанія срочныхъ родовъ безъ нарушенія цѣлости нижнихъ отдѣловъ матки. Это, если и возможно, то при условіи расширенія зѣва, а не канала шейки. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ комбинація расширенія по *Bossi* съ послѣдующимъ примѣненіемъ метрейриза можетъ быть была бы болѣе цѣлесообразной (*Столмынскій*).

Въ предшествовавшемъ изложеніи, при описаніи способовъ возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ и выкидыша, я уже говорилъ о, такъ называемомъ, *metreury-sis'*, то есть примѣненіи каучуковыхъ баллоновъ разной величины и устройства, вводимыхъ въ полость матки съ цѣлью возбужденія ея сокращенія. Съ этой же цѣлью, *resp.*, для ускоренія раскрытія шейки и зѣва, метрейринтеръ примѣняется и во время родовъ при тѣхъ или другихъ осложненіяхъ, возникающихъ въ первомъ періодѣ родовъ— въ періодѣ раскрытія. Основаніемъ для примѣненія метрейринтера служить его способность—не механическаго только растяженія зѣва (шейки), а способность возбуждать родовую дѣятельность и усиливать ее въ случаѣ ослабленія. Родовая работа, возникающая въ зависимости отъ присутствія метрейринтера въ полости матки, имѣетъ (почти) *физиологическій* характеръ. Боли чередуются съ паузами, во время болей

полезное дѣйствіе повышенія внутриматочнаго давленія при посредствѣ метрейринтера сказывается благотворно на раскрытіи зѣва (шейки), чему, какъ указано, можно легко содѣйствовать пѣлесообразнымъ влеченіемъ за трубку инструмента. Правильность и непрерывность родовой работы, при примѣненіи метрейринтера, какъ показали многочисленныя клиническія наблюденія у постели рожениць, обеспечивается удовлетворительно. Родовой актъ сохраняетъ свой фізіологическій характеръ теченія перваго періода. Ускореніе періода раскрытія въ такихъ случаяхъ достигается на счетъ повышенной родовой работы (почти *фізіологически*, при чемъ, какъ и при нормальныхъ родахъ, происходитъ формирование нижняго сегмента, укороченіе шейки и раскрытіе зѣва. Не исключается при этомъ дѣйствіе и механическаго момента (особенно при влеченіи за трубку) въ смыслѣ расширенія канала. Это дѣйствіе метрейринтера съ извѣстнымъ правомъ можно приравнять къ функціи плоднаго пузыря во время родовъ. Что касается оцѣнки этого способа въ ряду другихъ, то я ставлю его весьма высоко, именно въ виду того, что желаемый эффектъ при этомъ достигается фізіологическимъ путемъ, только въ сравнительно болѣе короткій (необходимый) срокъ.

Ничего подобнаго нельзя, конечно, сказать о другихъ способахъ форсированнаго расширенія зѣва (канала), которые разсчитаны главнымъ образомъ на механическое дѣйствіе. Таковъ, на примѣръ, способъ *Bossi* и цѣлый рядъ др.

Не останавливаясь на разборѣ показаній къ примѣненію метрейринтера вообще, считаю нужнымъ обратить Ваше вниманіе на рекомендуемое примѣненіе этого способа при *предлежаніяхъ дѣтскаго мѣста*, герр., *низкомъ его прикрѣпленіи*. Существуютъ два предложенія (способа): а) вскрыть плодный пузырь и затѣмъ ввести метрейринтеръ въ полость яйца; б) ввести метрейринтеръ въ полость матки, не разрывая пузыря и помѣщая снарядъ между стѣнкой матки и оболочками. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, слѣдовательно, нужно отслоить оболочки отъ мѣста ихъ прикрѣпленія къ стѣнкѣ матки. Изъ этихъ двухъ способовъ безусловно заслуживаетъ вниманія только первый. Въ самомъ дѣлѣ, при *pl. praevia* серьезность положенія обуславливается болѣе или менѣе угрожающимъ кровотеченіемъ, которое, какъ таковое,

и нуждается въ устраненіи въ первую голову. Съ этой цѣлью и предпринимаются разныя мѣропріятія, направленные къ устраненію этого осложненія. Не будь его—родовой актъ можно было бы предоставить естественному теченію. Слѣдовательно, остановка кровотеченія и представляетъ главную задачу при поданіи пособія. Въ главѣ о разрывѣ оболочекъ плоднаго яйца, я уже указывалъ, какимъ образомъ *кровотеченіе* при низкомъ прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста неизбѣжно *останавливается послѣ разрыва пузыря*. Я считаю правиломъ, не допускающимъ исключенія, что, при кровотеченіи, въ зависимости отъ указанныхъ причинъ,—*плодный пузырь долженъ быть разорванъ* (resp., нарушена цѣлость chorion'a). Всякая манипуляція (тампонація и пр.), не соединенная съ нарушеніемъ цѣлости оболочекъ, не можетъ быть дѣйствительнымъ пособіемъ для остановки кровотеченія, ибо физиологическія условія, вслѣдствіе которыхъ является кровотеченіе (т. е. происходитъ отслойка работающей матки отъ дѣтскаго мѣста при цѣлости пузыря), остаются неизмѣненными;— другими словами—причина (въ смыслѣ механизма происхожденія кровотеченія) не устраняется, а слѣдовательно остается и эффектъ—отслойка дѣтскаго мѣста отъ матки при сокращеніяхъ ея *должна* продолжаться (кровотеченіе). При этомъ вполне допустимо, что при введеніи въ полость матки между оболочками такого объемистаго тѣла, какъ наполненный жидкостью метрейринтеръ, можетъ произойти отслойка дѣтскаго мѣста отъ стѣнки матки на большемъ протяженіи, чѣмъ это было до введенія метрейринтера. Въ виду этого, я положительно думаю, что отъ примѣненія метрейринтера въ указанной формѣ—слѣдуетъ категорически воздерживаться, и если уже настаивать на его примѣненіи, въ цѣляхъ ускоренія раскрытія родовыхъ путей, то примѣнять его нужно только *послѣ разрыва* пузыря, resp., вводя его въ полость плоднаго *яйца*, а не въ полость *матки*. Примѣненіе его здѣсь не встрѣтитъ серьезныхъ возраженій. Кровотеченіе, благодаря разрыву оболочекъ яйца, останавливается, дальнѣйшая отслойка дѣтскаго мѣста прекращается, такъ какъ *матка передвигается* теперь *не по поверхности* яйца, а по *поверхности* плода и баллона вмѣстѣ съ оболочками яйца (resp., placent'ой), а благодаря присутствію метрейринтера—дальнѣйшее теченіе періода раскрытія остается въ условіяхъ, близко подходящихъ къ физиологическимъ.

Операция разрыва половой щели.

EPISIOTOMIA.

Для сохранения цѣлости промежности, кромѣ ручного поддерживанія, предложено еще нѣсколько способовъ хирургической профилактики разрывовъ промежности. Родоначальникомъ хирургическаго вмѣшательства можно считать *G. Ph. Michaelis*'а (1799). Исходя изъ той точки зрѣнія, что рваная рана легче заживаетъ и должна быть предпочитаема рваной, онъ предложилъ—тамъ, гдѣ наступленіе разрыва вѣроятно,—разрѣзывать промежность ножомъ по гаррету, т. е. по тому направленію, гдѣ, приблизительно, всего чаще происходятъ произвольные разрывы. Этотъ способъ не вошелъ въ практику. Тѣмъ не менѣе, идея предохраненія промежности отъ разрыва хирургическимъ путемъ осталась въ наукѣ и выразилась изобрѣтеніемъ, такъ называемыхъ, насѣчекъ промежности (*scarificationes perineae*) *Ritgen*'а ¹⁾ и разрыва большихъ губъ (*episiotomia*). Послѣдній способъ пользовался особенной любовью Пражской и Вѣнской школъ и, благодаря громкимъ именамъ ихъ представителей—*Seifert*'а, *Kiwisch*'а, *Scanzoni*, *C. Braun*'а и др., до сихъ поръ практикуется въ широкихъ размѣрахъ. О другихъ способахъ, какъ нераспространенныхъ, я не упоминаю (способы *Eichelberg*'а ²⁾, *Butignot* ³⁾, *Cohen*'а ⁴⁾ и друг.).

Способъ, предложенный *Ritgen*'омъ, состоитъ въ томъ, что на большихъ губахъ, въ поперечномъ направленіи, дѣлается

1) *Neue Zeitschrift f. Geb. B. III, S. 65. 1836.*

2) *Schmidt's Jahrbücher, B. 68, S. 206.*

3) *Gazette des hôpit., 1859. № 70.*

4) *Monatschr. f. Geb. B. XVIII.*

нѣсколько насѣчекъ, по 5—6 съ каждой стороны; глубина насѣчекъ 2—3 мм. Способъ *Kiwisch*'а почти не отличается отъ только-что названнаго; вся разница заключается въ томъ, что, по *Kiwisch*'у, число насѣчекъ нѣсколько меньше, но зато глубина ихъ больше, а именно до 10 мм. Эти способы почти вездѣ замѣнены, такъ называемой, эпизіотоміей, причѣмъ разрѣзы дѣлаются или только на одной сторонѣ, или на обѣихъ (*episiotomia uni-et-bilateralis*).

Способъ производства этой операціи очень простъ. Въ концѣ второго (изгоняющаго) періода родового акта, когда подлежащая часть готова прорѣзаться чрезъ вульварное кольцо, операторъ беретъ пуговчатый ножъ, или искривленные по ребру ножницы, вводитъ плашмя между подлежащей частью и свободнымъ краемъ промежности, поворачиваетъ инструментъ на ребро и ждетъ наступленія потуги, во время которой однимъ ударомъ ножницъ или только простымъ прикосновеніемъ лезвія ножа, находящагося подъ напоромъ подлежащей части, дѣлаетъ надрѣзъ сначала съ одной, а затѣмъ и съ другой стороны. Мѣсто разрѣза лежитъ въ нижней трети большихъ губъ, около задней спайки, а направленіе его должно быть поперечное. Глубина разрѣза не должна быть мала,—лучше глубже, чѣмъ наоборотъ. Обыкновенно глубина=2 см. Эпизіотомія, въ большинствѣ случаевъ, не сопровождается кровотеченіемъ; но иногда оно бываетъ довольно значительно и требуетъ употребленія различныхъ мѣръ; оно можетъ быть даже артеріальнымъ, вслѣдствіе раненія *поперечной артеріи* промежности; въ такихъ случаяхъ, конечно, приходится перевязывать (обкалывать) кровоточащій сосудъ.

Если производство этой операціи весьма просто и легко, то выгоды, доставляемая ею, по мнѣнію ея приверженцевъ, громадны: цѣлость промежности (будто бы) гарантируется весьма хорошо.

Эпизіотомія въ настоящее время пользуется правомъ гражданства какъ въ наукѣ, такъ и въ практикѣ; и во многихъ весьма распространенныхъ руководствахъ акушерства, какъ русскихъ, такъ и иностранныхъ, Вы найдете ей похвальное слово, которое, можетъ быть, многихъ изъ Васъ сдѣлаетъ тоже приверженцами этой операціи. Что касается меня, то я

не только сомнѣваюсь въ ея пользѣ, но прямо становлюсь въ ряды ея противниковъ.

Предохраняющее значеніе эпизиотоміи объясняютъ тѣмъ, что, благодаря надрѣзамъ и расхожденію краевъ раны, увеличивается периферія половой щели и, такимъ образомъ, уменьшается противодѣйствіе со стороны промежности. Чтобы это разсужденіе было достаточно убѣдительно, слѣдуетъ сначала доказать, что напряженіе вульварнаго кольца по всей периферіи одинаково и что разрѣзами большихъ губъ оно ослабляется. Но именно это-то и не доказано; сами защитники операціи говорятъ, что разрѣзы должно дѣлать на опредѣленныхъ мѣстахъ, и что, будучи сдѣланы нѣсколько выше, они остаются безъ эффекта. Очевидно, поэтому, что ссылка на увеличение периферіи вульварнаго кольца не можетъ быть истолкована въ пользу эпизиотоміи, такъ какъ увеличение можетъ быть достигнуто и очень значительное, а промежность, все-таки, не избѣгнетъ опасности разрыва.

Далѣе, въ основу эпизиотоміи, какъ сказано, легла идея *Michaelis*'а — имѣть дѣло лучше съ *рѣзаной*, чѣмъ съ *рваной* раной. Эта мысль, сама по себѣ, конечно, безукоризненна, и противъ нея ничего нельзя было бы возразить, если бы практическое осуществленіе ея давало возможность замѣнить рваныя раны—рѣзаными. Это значило бы изъ двухъ золъ выбрать меньшее: если нельзя сохранить цѣлость промежности, то пусть лучше траума будетъ хирургическая, разсчитанная, чѣмъ случайная. Изъ этого слѣдуетъ, что показанія къ операціи должны быть безукоризненны, ясны и настолько прочны, чтобы никакая критика не могла ихъ пошатнуть; въ противномъ же случаѣ они будутъ подрывать значеніе самой операціи, ибо придется дѣйствовать на-угадъ и за-вѣдомо наносить раненіе тамъ, гдѣ оно было бы совсѣмъ не-нужно, гдѣ и безъ Вашего вмѣшательства дѣло окончилось бы совершенно благополучно. Вы, вѣдь, не имѣете возможности сказать съ положительностью, что въ одномъ случаѣ будетъ разрывъ промежности, а въ другомъ его не будетъ: еще менѣе можете Вы предугадать величину самаго поврежденія и заранѣе компенсировать его разрѣзомъ. Къ сожалѣнію, показанія къ операціи настолько шатки, настолько условны и неопредѣленны, что для оцѣнки пользы операціи

въ нихъ нельзя найти достаточной точки опоры. Остановимся на показаніяхъ.

1) Быстрое родоразрѣшеніе.—Что это за показаніе? Оно можетъ быть сформулировано слѣдующимъ образомъ: при быстрыхъ родахъ промежности угрожаетъ опасность разрыва; предотвращеніе этой опасности желательнo; эпизиотомія предохраняетъ отъ разрыва—слѣдовательно, она здѣсь показана. Что при быстрыхъ родахъ, или, точнѣе, при быстромъ прорѣзываніи подлежащей части, промежности грозитъ наибольшая опасность,—это не подлежитъ сомнѣнію. Но можетъ ли эпизиотомія въ этомъ случаѣ предотвратить разрывъ, — большой вопросъ, и отвѣтъ на него, по моему, долженъ быть *только отрицательный*. Въ самомъ дѣлѣ: операцію предписываютъ дѣлать тогда, когда подлежащая часть наибольшимъ своимъ сегментомъ проходитъ черезъ вульварное кольцо, т. е. всего за нѣсколько мгновеній до окончательнаго рожденія (ея); операція совершается *во время потуги*; а такъ какъ назначеніе (цѣль) операціи заключается въ томъ, чтобы ослабить напряженіе промежности или, что тоже, уменьшить препятствіе на пути подлежащей части, то, само собою разумѣется, что, при быстромъ прорѣзываніи, это послѣднее должно совершаться еще скорѣе, а именнo настолько, насколько препятствіе стало меньше. Изъ этого слѣдуетъ, что вмѣсто того, чтобы устранить этотъ неблагоприятный моментъ (быстрое прорѣзываніе), Вы, наоборотъ способствуете наступленію его, т. е. усиливаете одинъ изъ главныхъ факторовъ, необходимыхъ для разрыва. Кромѣ того, поступая такимъ образомъ, Вы заурядъ будете встрѣчать случаи прорѣзыванія головки *во время потуги* — въ противность основному принципу предупрежденія разрывовъ промежности: освобождать головку *внѣ* потуги. Когда головка вотъ-вотъ должна прорѣзаться, когда все Ваше вниманіе должно быть обращено на то, чтобы задержать поступательное движеніе ея, не допустить быстрого разгибанія и стараться вывести ее внѣ потуги, Вы, занятые производствомъ операціи, подлежащую часть предоставляете самой себѣ, давая ей возможность прорѣзаться еще скорѣе. Выходитъ, что Вы сами способствуете тому, противъ чего хотите бороться. То обстоятельство, что на всю операцію потребуется лишь нѣсколько секундъ, не можетъ слу-

жить возраженіемъ, ибо, при сказанныхъ условіяхъ, и прорѣзываніе головки можетъ совершиться тоже въ нѣсколько секундъ. Не можетъ служить также возраженіемъ и то, что операцію можно сдѣлать нѣсколько раньше, такъ сказать, заблаговременно, а не въ послѣднія минуты. Для этого нужно одно изъ двухъ: или дѣлать разрѣзъ у *всѣхъ* перворождающихъ, или же обладать даромъ предвидѣнія, ибо признаки грозящаго разрыва съ достаточной ясностью выступаютъ очень поздно.

2) Прорѣзываніе головки при нѣсколько необычныхъ условіяхъ, напр., въ косыхъ размѣрахъ, въ заднемъ видѣ затылочнаго положенія и особенно въ лицевомъ положеніи. — Относительно этихъ показаній я могу здѣсь привести то, что, по другому поводу, высказано было мною прежде ¹⁾, а именно: общепринятое мнѣніе, будто при лицевыхъ положеніяхъ разрывы промежности должны быть чаще, чѣмъ при обыкновенныхъ затылочныхъ, — *несправедливо*. Оно взято не изъ клиническихъ наблюденій, а представляетъ лишь апріорное сужденіе, и при томъ одностороннее; въ основу его положено то соображеніе, что при прорѣзываніи личика отношеніе размѣровъ предлежащей части къ вульварному кольцу менѣе благопріятно, чѣмъ при рожденіи затылка; но при этомъ упущена изъ виду медленность прорѣзыванія — обстоятельство, которымъ искупается неблагопріятное отношеніе размѣровъ и которое всего болѣе гарантируетъ цѣлость промежности. Очевидно, что при этомъ условіи показаніе къ хирургическому вмѣшательству не имѣетъ достаточныхъ основаній. То же самое должно сказать и относительно большей величины головки, какъ показанія къ эпизиотоміи. Сама по себѣ, величина головки (не чрезмѣрная, конечно) по отношенію къ разрыву еще ничего не значитъ; да она, къ слову сказать, и распознается весьма плохо... Что касается прохожденія головки въ косыхъ размѣрахъ (напр., при, такъ назыв., Ueberdringung), то вліяніе его на относительную частоту разрывовъ, по меньшей мѣрѣ, гадательно и не отвѣчаетъ дѣйствительности. Относительно *заднихъ видовъ* затылочныхъ предлежаній, на основаніи большаго матеріала, бывшаго въ моемъ распоряженіи, я при-

¹⁾ «Врачъ» 1882, № 31.

шелъ къ заключенію, что вліяніе этихъ положеній на происхожденіе разрывовъ промежности хотя и несомнѣнно существуетъ, но далеко не въ такой степени, какъ это казалось бы на основаніи теоретическихъ разсужденій. Въ этихъ случаяхъ ясное пониманіе механизма прорѣзыванія, спокойное и внимательное отношеніе со стороны подающаго пособіе даютъ возможность заставить головку прорѣзываться надлежащими размѣрами.

3) Инструментальная акушерская помощь (щипцы, краниоклазія, кефалотрипсія и пр.), какъ показаніе къ эпизиотоміи, еще менѣе понятна, чѣмъ предыдущіе мотивы. Смѣю думать, что не только нѣтъ достаточныхъ основаній допускать большую опасность разрыва промежности при инструментальномъ пособіи, чѣмъ при родахъ, оканчивающихся силами природы, но даже наоборотъ,—эти пособія слѣдуетъ разсматривать какъ предохранительныя средства. Я возьму для примѣра наложеніе щипцовъ. Едва ли когда акушеръ бываетъ въ столь благопріятныхъ обстоятельствахъ для сохраненія промежности, какъ тогда, когда онъ дѣйствуетъ щипцами. Высказываясь такимъ образомъ, я опираюсь на слѣдующее. Щипцы, какъ Вы знаете, есть инструментъ влекущій, замѣняющій собою *vis a tergo*, а такъ какъ эта сила находится теперь въ Вашихъ рукахъ, подчиняется Вашему желанію, то, очевидно, Вы являетесь господами даннаго случая, Вы имѣете полную возможность, по своему усмотрѣнію, задержать напоръ предлежащей части, если Вамъ нежелательно допустить быстрого прорѣзыванія, и можете вывести головку въ такой моментъ и настолько медленно (если, по обстоятельствамъ случая, нѣтъ нужды торопиться), какъ это врядъ ли возможно при произвольныхъ родахъ. Кромѣ того, здѣсь есть еще одно побочное обстоятельство, имѣющее весьма благопріятное значеніе,—это наркозъ, такъ какъ онъ исключаетъ дѣйствіе брюшнаго пресса, которое при обыкновенныхъ условіяхъ (безъ наркоза) устранить, *геср.*, регулировать, весьма часто не удается. Къ тому же, при надлежащемъ наркозѣ, Вы имѣете еще расслабленіе тканей тазоваго дна, *геср.*, промежности. Такимъ образомъ, одно изъ существеннѣйшихъ условій, благопріятствующихъ разрыву,—*быстрое прорѣзываніе*—находится въ Вашей власти и, слѣдовательно, можетъ быть устранено. Мало того, во-время понижая

или поднимая рукоятки щипцовъ, Вы до известной степени можете, по своему усмотрѣнію, содѣйствовать прохожденію подлежащей части тѣмъ или другимъ размѣромъ, т. е. уменьшаете опасность разрыва со стороны и другого условія—неблагопріятнаго отношенія размѣровъ подлежащей части къ половой щели. Если, тѣмъ не менѣе, разрывы при операціи щипцовъ встрѣчаются чаще, чѣмъ при родахъ произвольныхъ, то это зависитъ отъ того, что или проводятъ головку быстрѣе, чѣмъ бы слѣдовало въ интересахъ сохраненія промежности, или извлекаютъ головку при неполнѣ совершившемся механизмѣ, или ненадлежащимъ размѣромъ (напр., прямымъ при заднихъ видахъ затылочныхъ положеній). Безъ сомнѣнія, такое, подѣ-часъ невольное, нарушеніе необходимыхъ (благопріятныхъ) условій для сохраненія цѣлости промежности, а иногда и сознательное ихъ игнорированіе,—оправдывается серьезными мотивами, требующими скорѣйшаго окончанія родовъ (въ интересахъ или матери, или плода, или обоихъ вмѣстѣ) и заставляющими рисковать возможностью разрыва промежности. Что касается увеличенія окружности подлежащей части, вслѣдствіе наложенія щипцовъ (на толщину ихъ), то оно, по существу будучи ничтожнымъ, не можетъ имѣть сколько-нибудь серьезнаго значенія.

Допустивъ справедливость подобныхъ рассужденій, — а они, по моему, имѣютъ серьезныя основанія,—нельзя уже защищать *необходимость* эпизиотоміи *при щипцахъ*, такъ какъ, при этихъ условіяхъ, разрывъ *долженъ* считаться *не правиломъ*, а скорѣе исключеніемъ. Я увѣренъ, что въ глубинѣ души каждый согласится съ этимъ. Высказываясь такимъ образомъ, я спѣшу оговориться, что изъ этого нельзя сдѣлать вывода, что при идеальномъ извлеченіи щипцами разрывъ промежности невозможенъ. Будутъ случаи, гдѣ никакія предосторожности не въ состояніи предотвратить разрыва: онъ является здѣсь, какъ *нѣчто фатальное*, и зависитъ отъ свойствъ *самой* промежности и точно также произошелъ бы и при отсутствіи инструментальнаго пособія.

Если при щипцахъ я считаю эпизиотомію излишней, то при операціяхъ, уменьшающихъ объемъ плода (краниоклазія, кефалотрипсія),—тѣмъ паче. Это, мнѣ кажется, не требуетъ и поясненія.

Что касается другихъ показаній къ эпизиотоміи—присут-

ствія рубцовъ, фиброзныхъ опухолей у задней спайки, значительнаго отека большихъ губъ, врожденной узости половой щели и т. п.,—то мы не будемъ ихъ здѣсь разбирать, такъ какъ это относится къ области *патологии*, а здѣсь идетъ рѣчь, главнымъ образомъ, о пособіи при *нормальныхъ* родахъ.

Уже изъ этихъ немногихъ указаній Вы видите, что польза эпизиотоміи весьма сомнительна; это отчасти сознаютъ и сами защитники ея, говоря, что эпизиотомія, во-время и достаточно глубоко сдѣланная, *при поддерживаніи промежности* ¹⁾, служитъ весьма хорошимъ средствомъ, предохраняющимъ отъ разрыва. Очевидно, что одной операциіи не достаточно: необходимо еще и ручное поддерживаніе; а отсюда всего одинъ шагъ до вывода, что, можетъ быть, вся суть-то и заключается въ поддерживаніи промежности; эпизиотомія же является побочнымъ обстоятельствомъ.

Говоря о несостоятельности эпизиотоміи, какъ профилактической мѣры, я хочу указать Вамъ еще на одно обстоятельство, которое дискредитируетъ эту операцию еще болѣе. Вамъ извѣстно, что разрывы промежности бываютъ различные; между прочимъ, существуютъ и такъ называемые внутренніе разрывы, гдѣ наружные покровы и свободный край промежности остаются цѣлыми, между тѣмъ какъ слизистая оболочка, подслизистая ткань и т. д., одѣвающія нижній отдѣлъ полового канала, подъ напоромъ подлежащей части лопаются и у ладьевидной ямки (и выше, по задней стѣнкѣ) образуется углубленіе, болѣе или менѣе значительное. Изъ теоретическаго акушерства Вы знаете условія и способъ происхожденія этихъ разрывовъ и помните, конечно, что они зачастую являются тогда, когда для эпизиотоміи не наступилъ еще указанный моментъ. Представьте теперь себѣ, что Вы, сдѣлавъ эпизиотомію, осматриваете промежность послѣ родовъ и находите внутренній разрывъ: имѣете ли Вы право вывести отсюда заключеніе, что благодаря Вашему вмѣша-

1) Во избѣжаніе недоразумѣній и путаницы въ понятіяхъ, считаю нужнымъ сказать, что подъ этимъ терминомъ подразумѣвается *не надавливаніе* рукой на промежность, а чрезъ нее и на головку, а *сочетанный* двуручный приемъ, при чемъ главнѣйшее дѣйствіе переносится на головку, съ цѣлью удержать ее отъ быстрого прорѣзыванія и заставить проходить черезъ половую щель возможно меньшимъ размѣромъ окружности. Пожалуй, лучше бы совсѣмъ «взять изъ обращенія» этотъ терминъ.

тельству разрывъ получился не полный, то есть не прошелъ черезъ всю толщу тканей промежности?

Изъ всего вышесказаннаго можно вывести заключеніе, что эпизиотомія, какъ предохранительная мѣра въ отношеніи разрыва промежности, не заслуживаетъ распространенія, ибо при ближайшемъ разсмотрѣніи она оказывается несостоятельною— по крайней мѣрѣ съ теоретической, отвлеченной точки зрѣнія. Но, быть можетъ, эта операція въ практическомъ отношеніи является, все-таки, очень дѣйствительною для предложенныхъ цѣлей и, слѣдовательно, не должна быть изгоняема изъ употребленія? Можетъ быть, ее можно разсматривать, какъ средство чисто эмпирическое, до сихъ поръ не нашедшее себѣ достаточнаго объясненія. Указать такого рода примѣры въ практической медицинѣ не трудно. Я напому Вамъ только объ одной операціи, которая служитъ теперь могущественнымъ средствомъ въ рукахъ врача и даетъ прекрасные результаты, между тѣмъ какъ она предложена была чисто эмпирически. Я говорю объ иридэктоміи *Gräfe* при глаукомахъ. Къ сожалѣнію, по отношенію къ эпизиотоміи дѣло стоитъ совсѣмъ не такъ: разсматриваемая и съ этой точки зрѣнія, она оказывается хуже своей репутации. Это не трудно было бы доказать сотнями цифръ, но я вообще не особенно охотно прибѣгаю къ этому способу доказательствъ, такъ какъ медицинская статистика въ настоящее время представляетъ весьма много уязвимыхъ сторонъ и подчасъ можетъ служить обоюдоострымъ оружіемъ. Поэтому, чтобы избѣжать различныхъ недоразумѣній, чтобы ближе подойти къ истинѣ, я остановлю Ваше вниманіе только на цифрахъ, приводимыхъ самими защитниками операціи, которыхъ всего менѣе можно заподозрить въ желаніи доказать ея безпомощность. По отчету Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія ¹⁾, гдѣ эпизиотомія производилась въ довольно широкихъ размѣрахъ, значитъ на 2883 перворождающихъ 494 разрыва промежности (17,1%). На то же число перворождающихъ приходится, 370 эпизиотомій, при чемъ разрывовъ было 63 (т. е. 17,02%)²⁾.

¹⁾ Медицинскій отчетъ Спб. Родовспомогат. Завед. за 1873—76 гг., стр. 50—52. Отд. I.

²⁾ Изъ отчета не совсѣмъ ясно, вошли ли 63 разрыва при эпизиотоміяхъ въ общее число 494, или нѣтъ. Если да, то % получится нѣсколько иной, но въ сущности результатъ будетъ почти тотъ же: $494 - 63 = 431$ и $2883 - 370 = 2513$. Отсюда $x: 431 = 100: 2513$, то есть 17,1%.

Какъ хотите, а эти цифры очень поучительны; онѣ удивительно совпадаютъ между собою, и если брать ихъ за исходную точку для сужденія о достоинствахъ эпизиотоміи, то нельзя не придти къ заключенію, что на число разрывовъ эпизиотоміи никакого вліянія не имѣеть.

Наконецъ, еще одно слово. Что такое эпизиотомія по существу? Раненіе глубиной въ 2 сант. съ одной стороны и такое же раненіе съ другой. Далѣе, поврежденія эти представляются ли вполне невинными, или могутъ служить источникомъ опасности для роженицы, геср., родильницы? Сами защитники указываютъ, что эти раненія могутъ вести къ серьезнымъ послѣдствіямъ, а потому и должны быть зашиваемы. При этомъ указываютъ обыкновенно, что заживленіе при асептическихъ условіяхъ производства и послѣдовательномъ тщательномъ уходѣ совершается безпрепятственно. Съ своей стороны я долженъ замѣтить, что разрывы промежности при асептическомъ веденіи родовъ и своевременномъ правильномъ зашиваніи даютъ огромный % заживленія *per primam*. При этомъ вовсе не требуется выработанной техники. Недавно *Fritsch* ¹⁾ говоритъ, что „промежностная рана, если только она не заражена, заживаетъ такъ легко, что каждый получить, вѣроятно, хорошіе результаты, какого бы метода онъ ни держался“. Такимъ образомъ, условія для заживленія и результаты при перинеорафії одинаково благопріятны, какъ и въ отношеніи разрѣза при эпизиотоміи. Страхъ предъ разрывомъ промежности представляется, стало быть, неосновательнымъ, и этому поврежденію придаютъ черезчуръ большое значеніе, котораго въ огромномъ большинствѣ оно не имѣеть, за исключеніемъ развѣ полныхъ разрывовъ (4-й степени). Въ опасеніяхъ разрыва промежности, несомнѣнно, сказывается отголосокъ сравнительно недавняго прошлаго, когда на зашиваніе разрыва смотрѣли почти какъ на напрасную потерю времени, въ смыслѣ возстановленія цѣлости промежности, и къ случаямъ удачныхъ исходовъ операціи относились подчасъ прямо съ недовѣріемъ. То же самое было въ отношеніи гинекологическихъ операцій возстановленія цѣлости промежности при застарѣлыхъ разрывахъ. Выдающіеся хирурги считали эту операцію трудной, кропотливой и весьма

¹⁾ «Клиника акушерскихъ операцій» 1890 г. русскій. перев. стр. 91—94.

часто неблагоприятной. А теперь операция выполняется иногда, въ буквальномъ смыслѣ слова, въ 10—15 минутъ и съ неизмѣнно благоприятнымъ исходомъ...

Исходя изъ этого соображенія и допуская даже, что эпизиотомія можетъ предохранять въ нѣкоторыхъ случаяхъ промежность отъ разрыва ¹⁾, я не могу себя хорошенько уяснить: почему выгоднѣе—въ 50 случаяхъ изъ 100—сдѣлать эпизиотомію и все-таки получить извѣстное число разрывовъ, чѣмъ, не прибѣгая къ этому пособію, рисковать получить разрывы только въ 25-ти случаяхъ? Эти цифры не произвольны; онѣ взяты у защитниковъ операциі. Такъ, по *Faustmann*'у ²⁾, на 4875 родовъ (безъ эпизиотоміи) было 190 разрывовъ промежности; на 3464 родовъ 266 разъ сдѣлана эпизиотомія, и разрывовъ было всего только 9. Если бы, при прочихъ равныхъ условіяхъ, эти 3464 рода были пользованы такъ же, какъ и 4875 род. (то есть безъ эпизиотоміи), то должно было бы быть 135 разрывовъ ($x:190=3464:4875$); а ихъ было только 9, слѣдовательно, на 126 случаевъ ихъ было меньше, но за то для полученія этого результата сдѣлано 266 эпизиотомій, т. е. почти въ 50% (266 — 135) операция сдѣлана была понапрасну.

Ограничиваясь этими указаніями, я считаю нужнымъ еще разъ напомнить, что возражаю противъ эпизиотоміи, какъ профилактической мѣры при обыкновенныхъ, нормальныхъ родахъ. Что касается препятствій, обусловливаемыхъ различными патологическими состояніями (рубцы, неподатливость тканей, врожденная узость половой щели, ненормальное развитіе, присутствіе опухоли, отечность и пр. и пр.), то въ такихъ случаяхъ я вовсе не оспариваю умѣстности хирургической терапіи (perineotomia etc.).

¹⁾ Серьезныя поврежденія промежности, какъ, напр., полные и центральные разрывы, изъ этого исключаются, ибо полные разрывы начинаются (разрываніе тканей внутри влагалища), а центральные и вполнѣ совершаются, въ такое время, когда для эпизиотоміи не наступилъ еще требуемый моментъ (степень растяженія промежности, измѣненіе ея свободнаго края и т. п.). *Piering* (изъ клиники *Schauta*) описалъ относящійся сюда весьма поучительный случай разрыва spat. rectovagin.—съ выпаденіемъ ручки чрезъ разрывъ послѣ эпизиотоміи. Головка выведена по *Ritgen*'у («Centr. f. G.» 1891) № 48.

²⁾ А. Я. Красовскій, «Операт. Акуш.» 1889 г., стр. 320.

Акушерскій поворотъ: VERSIO OBSTETRICIA.

Акушерскимъ поворотомъ называется операція, помощью которой Вы имѣете возможность *данное положеніе* плода, почему либо неудобное, произвольно *измѣнить* въ *другое*, и при томъ всегда, *продольное* положеніе.

Изъ этого опредѣленія слѣдуетъ, что понятіе о поворотѣ не исчерпывается понятіемъ о немъ, какъ операціи *исправляющей*, ибо помощью поворота и самое, что ни на есть, нормальное, правильное (напр. I затылочное) положеніе можетъ быть измѣнено въ другое, по требованію обстоятельствъ,—напр. поворотъ на ножки при различныхъ видахъ черепныхъ положеній,—въ видахъ ли болѣе быстрого окончанія родового акта, или по какимъ либо другимъ соображеніямъ.

Операцію поворота дѣлятъ на три разряда: 1) *наружный поворотъ*, 2) *внутренній* и 3) *наружно-внутренній*.

Наружнымъ поворотомъ называется операція, совершаемая помощью *только наружныхъ* приемовъ, безъ всякаго воздѣйствія черезъ рукавъ.

Внутреннимъ поворотомъ называется операція, совершаемая *только помощью руки* (или нѣсколькихъ пальцевъ), *введенной въ половой каналъ*; и *наружно-внутреннимъ* поворотомъ называется операція, совершаемая помощью *наружныхъ и внутреннихъ* приемовъ.

Это раздѣленіе на три категоріи въ указанномъ смыслѣ не выдерживаетъ, однако, критики. Дѣло въ томъ, что помощью *однихъ наружныхъ* приемовъ операція дѣйствительно, можетъ быть произведена (наружный поворотъ); что же касается 2-й категоріи (внутренній поворотъ), то операція по-

мощью однихъ только *внутреннихъ* приемовъ, безъ всякаго содѣйствія другой руки черезъ наружныя покровы живота, навстрѣчу и соотвѣтственно положенію руки, введенной въ половой каналъ, никогда не практикуется и не должна практиковаться. Если и обыкновенное гинекологическое изслѣдованіе дѣлается помощью *двуручнаго* приема, то операція—тѣмъ болѣе. Да и разумныхъ оснований для дѣйствія только одной рукой подыскать нельзя. Такимъ образомъ, 2-я категория (внутренній поворотъ) сама собою выпадаетъ и остаются только *наружный* поворотъ и *наружно-внутренній*, для краткости, называемый просто *внутреннимъ*.

Въ опредѣленіи поворота сказано, что помощью этой операціи во всякомъ случаѣ, какъ ея конечный результатъ, достигается образованіе *продольнаго* положенія. А такъ какъ правильныя или продольныя положенія, сообразно той или другой *предлежащей* части, подраздѣляются на головныя и тазовыя съ ихъ разновидностями, то и для операціи поворота образуются еще 2 категоріи: поворотъ *на головку* и поворотъ *на тазовой* конецъ. Послѣдній видъ поворота, смотря по характеру низводимой предлежащей части, раздѣляется на поворотъ а) *на ягодицы*, б) *на ножку*, или *на ножки*.

Изъ этихъ видовъ поворота наиболѣе распространенъ поворотъ *на ножки* (геср., на ножку), благодаря тѣмъ преимуществамъ, которыя онъ имѣетъ передъ другими способами поворота; а потому мы и начнемъ съ изученія этой операціи.

Прежде, чѣмъ приступить къ изложенію сущности и способовъ операціи, я позволю себѣ остановиться на исторіи ея.

Начало операціи поворота теряется въ глубокой древности. По *Гезеру* ¹⁾, эта операція была извѣстна еще индусскимъ врачамъ.

Въ болѣе позднее время объ операціи поворота на ножки, по общему свидѣтельству, первый упоминаетъ *Aulus Cornelius Celsus* ²⁾. Но онъ, какъ извѣстно, не былъ врачомъ, и потому его указанія для насъ теряютъ весьма многое. При томъ, *Celsus* говоритъ о поворотѣ *при завѣдомо мертвомъ* плодѣ, такъ какъ, согласно господствовавшимъ тогда воззрѣніямъ,

¹⁾ «Основы исторіи медицины», русскій перев. 1890, Казань, 232 стр.
²⁾ «De Medicina», edit. C. C. Krause. Lips. 1765. 8 p. 439—493.

повернуть на ножки *живой* плодъ было бы чуть не научнымъ преступленіемъ. Извѣстно, что древніе относились весьма недружелюбно къ родамъ ягодицами впередъ. Это имѣло такой некрасивый видъ, — напоминало аналогію съ животными, вслѣдствіе чего, эта форма рожденія лежала вѣчнымъ пятномъ на родившемся (*Agrippa*) и, при случаѣ, принималась во вниманіе, какъ увеличивающее вину обстоятельство. Предлагая поворотъ на ножки, *Celsus* говоритъ и о послѣдующемъ извлеченіи за ножки, называя его нетруднымъ (*in pedes quoque conversus infans non difficulter extrahitur, quibus apprehensis per ipsas manus commode educitur*).

По новѣйшимъ изслѣдованіямъ, операцію поворота знали и примѣняли у постели рожениць и на *живыхъ* плодахъ — крупная звѣзда тогдашняго медицинскаго міра — *Соранъ Ефесскій* (97—155 г.). Впослѣдствіи, однако, эта операція была совершенно забыта и пуждалась въ реставраціи.

Ambroise Paré, въ 1550 г. (въ своемъ сочиненіи — „*Briève collect. de l'administ. anatom. avec la manière de conjointre les os et d'extraire les enfans etc. du ventre de la mère etc.*“ Paris, 1550. Ed. *Malgaigne* t. II, p. 628), описываетъ производство операціи поворота и извлеченія какъ при подлежащей головкѣ, если роды замедлены, такъ и при поперечномъ положеніи. Такимъ образомъ, *A. Paré* всецѣло принадлежитъ заслуга въ дѣлѣ возстановленія операціи поворота. Мнѣніе, по которому возстановителемъ поворота считается *Pierre Franco*, основано было на недостаточномъ знакомствѣ съ исторіей вопроса; этому способствовало то, что сочиненіе *A. Paré* представляло собою, такъ сказать, библиографическую рѣдкость и, слѣдовательно, было мало распространено. Сочиненіе *P. Franco* („*Traité des hernies*“ etc. Lyon, 1561) появилось, какъ видно, позже на цѣлыхъ 11 лѣтъ, и въ немъ повторено только то, что уже изложено у *A. Paré*. Если *A. Paré* былъ первымъ, извлекшимъ изъ забвенія эту операцію, то его ученикъ и другъ *J. Guillemeau* былъ первымъ, примѣнившимъ эту операцію при угрожающемъ кровотеченіи во время родовъ¹⁾, и съ успѣхомъ. Въ своемъ сочиненіи „*De l'heureux Accouchement des femmes*“. Paris, 1609) онъ упоминаетъ и о поворотѣ на головку при неправильныхъ положеніяхъ

¹⁾ У дочери *A. Paré* въ 1599 году.

плода, но въ затруднительныхъ случаяхъ охотнѣе совѣтуетъ поворотъ *на ножки* (р. 289 и слѣд.).

Когда, благодаря *Guillemeau*, выполнение этой операціи и возможность примѣненія ея со счастливымъ исходомъ у постели роженицы была неоспоримо доказана, операція не могла не привиться въ практикѣ, не могла не импонировать тогдашнимъ акушерамъ. И дѣйствительно, цѣлая плеяда по преимуществу французскихъ акушеровъ съ энтузіазмомъ принялась разрабатывать и пропагандировать эту операцію, и она вскорѣ доведена была до высокой степени совершенства. Имена *Luise Bourgeois*, *Paul Portal*, *François Mauriceau*, *la Motte*, *Nicolas Puzos*, *Andreas Levret* и др. никогда не будутъ забыты въ исторіи поворота.

Изъ Франціи, которая, такимъ образомъ, по справедливости, можетъ считаться колыбелью операціи поворота, операція скоро распространилась въ такія отдаленныя государства, какъ Швеція и Россія, благодаря тому, что изъ этихъ странъ врачи, посвящавшіе себя акушерству, пріѣзжали учиться во Францію. Въ Швеціи такимъ пионеромъ акушерства, если можно такъ выразиться, былъ *Johann von Hoorn*, книжка котораго ¹⁾ была переведена между прочимъ и на русскій языкъ. Въ Россіи первымъ научнымъ представителемъ акушерства былъ *Несторъ Максимовичъ Максимовичъ-Амбодикъ* (получившій специальное образованіе тоже во Франціи), написавшій руководство къ акушерству ²⁾, въ которомъ операція поворота изложена обстоятельно и согласно съ возрѣніями французской школы (*Roederer* и др.).

Въ прежнія времена операція поворота имѣла гораздо большее примѣненіе въ практикѣ, чѣмъ теперь. Да это и неудивительно, если вспомнить, что тогдашніе врачи не

¹⁾ «Повивальная бабка или достовѣрное наставленіе чрезъ вопросы и отвѣты, какимъ образомъ женщины, плодомъ благословенной, въ родахъ вспоможеніе чинить и отъ тяжкихъ припадковъ заблаговременно ее предостерегать и пр. Сочинено по большей части изъ обшественнаго опыта *Иоганномъ Горниомъ*. Перев. съ нѣм. на російской языкъ гофъ-хирургомъ *Иваномъ Паенкамифомъ*«. 1764 г. Москва.

²⁾ «Искусство повиванія или наука о бабичьемъ дѣлѣ, на пять частей раздѣленная и многими рисунками снабжденная и пр. Для пользы повивальныхъ Россійскихъ Бабокъ и Лѣкарей сочинилъ врачебной науки докторъ и повивальнаго искусства профессоръ *Несторъ Максимовичъ Амбодикъ*. Печатано въ Градѣ Св. Петра 1784 г.»

знали ни щипцовъ, ни хлороформа, и потому, поставленные лицомъ къ лицу съ извѣстными осложненіями родового акта, въ операціи поворота находили единственную возможность къ скорѣйшему окончанію родовъ.

Приготовленія къ операціи. 1) *Устройство постели.* Вопросъ о томъ, на какой постели слѣдуетъ дѣлать поворотъ, много занималъ акушеровъ и рѣшался различно. Не подлежитъ сомнѣнію, что поворотъ въ легкихъ случаяхъ можно сдѣлать на продольной постели, но для цѣлей послѣдующаго извлеченія она неудобна; поэтому всегда выгоднѣе оперировать на *поперечной* постели.

2) *Хлороформированіе роженицы.* Операцію поворота, за исключеніемъ немногихъ, такъ называемыхъ, легкихъ случаевъ поворота и нѣкоторыхъ другихъ, всегда слѣдуетъ производить въ наркозѣ. Въ извѣстныхъ случаяхъ здѣсь болѣе, чѣмъ при какой либо другой (не кровавой) акушерской операціи, необходимъ глубокой наркозъ, дающій возможность парализовать дѣйствіе брюшного пресса.

3) *Выборъ руки.* На этотъ счетъ существуютъ различныя правила. Такъ, при поперечномъ положеніи плода совѣтуютъ вводить ту или другую руку, смотря по положенію спинки плода. Если спинка обращена *впередъ*, то вводится рука, разноименная съ той стороной матери, куда обращена головка, или одноименная съ той стороной, куда обращенъ тазовой конецъ плода; слѣдовательно, при *первомъ* поперечномъ положеніи вводится *правая* рука, при *второмъ*—*лѣвая*. Если спинка обращена *взадъ*, то это правило формулируется такимъ образомъ: въ полость матки вводится рука, одноименная съ той стороной, куда обращена головка, или, что то же, разноименная съ той половиной таза, въ которой находится тазовой конецъ плода.

При поворотахъ изъ продольнаго положенія совѣтуютъ вводить *лѣвую* руку—при *первыхъ*, и *правую*—при *вторыхъ* положеніяхъ.

Эти правила довольно трудно запоминаются. Ихъ проще можно формулировать такимъ образомъ, что въ полость матки вводится та *рука, которая соответствуетъ предлежащему боку* плода при какомъ угодно видѣ поперечнаго положенія. А такъ какъ при поперечномъ положеніи, послѣ излитія водъ, обыкновенно *выпадаетъ* одна *ручка*, то чрезвы-

чайно практиченъ совѣтъ *Levret'a* выбирать ту руку, которая соответствуетъ выпавшей ручкѣ. Если бы встрѣтилось затрудненіе при рѣшеніи вопроса, какой бокъ предлежитъ — правый или лѣвый, а ручка не выпала, то, по превосходному совѣту *Levret'a*, нарочно слѣдуетъ свести ручку и такимъ образомъ обезпечить *распознаваніе*. Очевидно, что *Levret*, давая этотъ совѣтъ, имѣлъ въ виду не столько то, *какую руку слѣдуетъ выбрать*, сколько точное *распознаваніе положенія* плода, что имѣетъ чрезвычайно важное значеніе.

Мнѣ кажется, что вопросу о выборѣ руки придаютъ слишкомъ много значенія. По мнѣнію моему, всегда слѣдуетъ выбирать ту руку, на которую больше можно надѣяться, слѣдовательно, это будетъ для огромнаго большинства операторовъ правая рука. Свободу выбора можетъ имѣть только тотъ, кто *ambidexter*: кто одинаково владѣетъ правой и лѣвой руками. Въ самомъ дѣлѣ, съ практической точки зрѣнія поворотъ можно дѣлать на легкій и трудный: первый можно совершить какой угодно рукой, а для второго, несомнѣнно, требуется технически болѣе развитая, ловкая, а подчасъ и болѣе сильная рука.

Особенно энергично, по моему, слѣдуетъ протестовать противъ того, чтобы, въ случаѣ введенія руки, не соответствующей вышеизложеннымъ правиламъ, вывести ее обратно и ввести другую руку. Это положительно *вредный* совѣтъ. Дѣло въ томъ, что *каждое* выведение руки изъ полости матки должно сопровождаться излітіемъ нѣкотораго количества околоплодной жидкости и уменьшеніемъ емкости полости матки (вслѣдствіе сокращеній), поэтому *вторичное* введеніе руки можетъ быть затруднено.

Для выполненія операціи требуются слѣдующія **условія**: 1) *подвижность* плода; 2) такое состояніе мягкихъ и твердыхъ частей родового канала, при которыхъ *рожденіе* плода чрезъ естественные родовые пути вообще *возможно*; 3) полное, resp., достаточное для проведенія руки раскрытіе зѣва; 4) точное *знаніе положенія* плода и, наконецъ, 5) нормальная *упругость* и достаточная степень развитія плода (не мертво-гнилые, мацерированные плоды, недоноски и т. п.). Первые два условія—*абсолютныя*. Слѣдовательно, при вколачиваніи плечика, при, такъ называемомъ, запущенномъ поперечномъ положеніи поворотъ исключается. Равнымъ образомъ онъ

непримѣнимъ при абсолютныхъ суженіяхъ таза и т. п., 3-е и 4-е условія допускаютъ нѣкоторыя исключенія. Такъ, поворотъ можетъ быть выполненъ при маломъ раскрытіи зѣва (*Braxton Hicks*), а точное распознаваніе положенія плода, въ крайности, можетъ быть сдѣлано уже во время операціи.

Операція раздѣляется на *три момента*: 1) введеніе руки въ полость матки, 2) отыскиваніе и захватываніе ножки и 3) собственно поворотъ.

1-й моментъ. Здѣсь возникаютъ вопросы: а) въ какое время вводить въ рукавъ руку: *внѣ* схватки, или *во время* схватки? Одни совѣтуютъ вводить во время, другіе—*внѣ* схватки. Хотя это большого значенія не имѣетъ, въ особенности, если операція производится подъ наркозомъ, тѣмъ не менѣе введеніе руки *внѣ* схватки, во всякомъ случаѣ, цѣлесообразнѣе. б) Какъ вводить? Рука складывается конически, пальцы вытягиваются и проводятся черезъ половую щель въ прямомъ размѣрѣ, при чемъ я совѣтую придерживать тѣхъ же правилъ, какія рекомендуются при введеніи цилиндрическаго зеркала, а именно: раскрывъ лѣвой (свободной) рукой половую щель и проникнувъ верхушками пальцевъ *за входъ* въ рукавъ, сильно отдавливаетъ промежность кзади и, открывъ дорогу въ рукавъ, безостановочно проводить въ него руку. Рука, введенная въ рукавъ, располагается такимъ образомъ, чтобы тыльная поверхность ея смотрѣла кзади, или кзади и въ сторону, слѣдовательно, *кисть руки* своимъ поперечнымъ размѣромъ помѣщается въ *поперечною*, или *косомъ* размѣрѣ таза и въ такомъ положеніи достигаетъ до зѣва. Проведеніе руки черезъ зѣвъ совершается а) *безостановочно* и б) *внѣ схватки*. Въ то время когда рука проводится черезъ зѣвъ, другая (рука), лежащая на животѣ роженицы, фиксируетъ матку и придавливаетъ ее навстрѣчу проникающей рукѣ. При проведеніи руки въ полость матки, слѣдуетъ обращать вниманіе на то, чтобы рука вводилась не прямо по задней стѣнкѣ таза, а нѣсколько сбоку мыса, въ области того или другого *synchondrosis sacroiliaca*. Этимъ путемъ возможно устранить препятствіе со стороны мыса, который нерѣдко выдается кпереди (узкій тазъ).

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ операція предпринимается при *цѣлости* плоднаго пузыря, спрашивается: *въ какомъ мѣстѣ* слѣдуетъ *вскрыть* пузырь? На этотъ счетъ мы имѣемъ три

мѣнія: 1) пузырь совѣтуютъ вскрывать не въ зѣвѣ, а въ вышележащемъ отдѣлѣ, приблизительно на мѣстѣ нахождения ножекъ плода (*Deleurye, A. Я. Крассовскій* и друг.); 2) пузырь вскрываютъ въ зѣвѣ (*Levret, Saxtorph* и др.) и 3) цѣлость пузыря вовсе не нарушается до тѣхъ поръ, пока ножка не будетъ захвачена чрезъ оболочки и низведена ко входу въ тазъ.

Этотъ вопросъ я считаю весьма важнымъ. По моему, пузырь безусловно слѣдуетъ разрывать *въ зѣвѣ*. Соображенія, положенныя въ основу этого взгляда, слѣдующія.

1) Безъ дальнихъ объясненій понятно, что разорвать плодный пузырь, при нормальныхъ условіяхъ, въ зѣвѣ легче и удобнѣе, чѣмъ въ вышележащихъ отдѣлахъ. Если же условія сопротивленія со стороны пузыря будутъ измѣнены въ ту или другую сторону, то выгода вскрытія пузыря въ зѣвѣ выступаетъ еще яснѣе. Въ самомъ дѣлѣ, если пузырь будетъ слабъ (слабыя оболочки) и напряженъ, то, проводя руку между нимъ и стѣнкой матки, Вы рискуете разорвать его по дорогѣ; если, наоборотъ, оболочки будутъ слишкомъ крѣпки, то ихъ будетъ труднѣе разорвать вверху, чѣмъ внизу; если такія оболочки, кромѣ того, будутъ вялы (недостаточно напряжены), то разорвать ихъ въ такомъ тѣсномъ пространствѣ, какъ каналъ, проложенный между пузыремъ и стѣнкой матки, будетъ еще труднѣе, ибо и въ зѣвѣ разорвать пузырь пальцемъ бываетъ иногда трудно и приходится прибѣгать къ пособію инструмента и къ вызванію сокращеній матки (съ цѣлью вызвать напряженіе пузыря).

2) При разрывѣ пузыря вверху, Ваша рука должна проникать *между* оболочками и внутренней поверхностью матки. Вслѣдствіе этого: а) *ceteris paribus*. является большая *возможность внесенія заразнаго начала*, такъ какъ рука непосредственно соприкасается съ внутренней поверхностью полости матки, тогда какъ при разрывѣ въ зѣвѣ рука находится не въ полости *матки*, а въ полости *плоднаго яйца*. б) Пробираясь между пузыремъ и стѣнкой матки, Вы *раздражаете нервныя окончанія* на внутренней поверхности полости матки и вызываете рефлекторное сокращеніе матки — обстоятельство, со всѣмъ нежелательное при поворотѣ.

3) Проходя сказаннымъ путемъ къ мѣсту положенія по-

жекъ, Вы можете *встрѣтить* по дорогѣ *мѣсто* прикрѣпленія *плаценты*.

Такимъ образомъ *невыгоды* этого способа *ясны*, а *выгоды* *неясны*. Защитники способа выставляютъ на видъ, что при разрывѣ въ зѣвѣ могутъ выпадать мелкія части и пуповина, вслѣдствіе быстрого излитія водъ въ большомъ количествѣ и уменьшенія емкости полости матки, такъ какъ она, по разрывѣ пузыря, сокращается сильнѣе. Такія опасенія, по моему, совершенно неосновательны.

1) Быстрое и обильное истеченіе водъ наружу едва ли возможно допустить, такъ какъ во влагалищѣ въ это время находится цѣлая кисть руки, которая служить, во всякомъ случаѣ, достаточнымъ тампономъ.

2) Если исключить возможность внезапнаго и въ большомъ количествѣ излитія околоплодной жидкости, то о выпаденіи мелкихъ частей и пуповины не можетъ быть и рѣчи. Въ этихъ условіяхъ, прежде чѣмъ образуется выпаденіе пуповины, должно, вѣдь, быть предлежаніе или прилежаніе пуповины, что, разумѣется, не должно ускользать отъ вниманія при изслѣдованіи и, слѣдовательно, ранѣе должно быть извѣстно. Да кромѣ того, если бы, при разбираемыхъ условіяхъ (достаточное раскрытіе зѣва, цѣлость пузыря), вслѣдъ за разрывомъ пузыря получилось выпаденіе мелкихъ частей или пуповины, развѣ это можетъ считаться сколько нибудь значительнымъ затрудненіемъ или осложненіемъ для выполненія операціи.

и 3) По излитіи водъ, сокращенія матки, дѣйствительно, становятся гораздо сильнѣе, но эти сокращенія наступаютъ не непосредственно, а,—какъ и при нормальныхъ родахъ,—вслѣдъ за разрывомъ пузыря наступаетъ пауза, различная по продолжительности (отъ нѣсколькихъ секундъ до нѣсколькихъ минутъ),—время, во всякомъ случаѣ, достаточное для проведенія руки въ полость матки.

По этому поводу можно бы привести еще нѣсколько соображеній, но и высказаннаго, по моему, достаточно для рѣшенія вопроса въ пользу 2-го способа.

Что касается 3-го способа (*Hueter's*а), то онъ не заслуживаетъ серьезной критики.

2-й моментъ операціи состоитъ въ *отыскиваніи* и *захватываніи* ножки. Войдя рукой въ полость матки, доходятъ до

ножки или, такъ называемымъ, *короткимъ*, или *длиннымъ* путемъ. Первый носить названіе *нѣмецкаго*, второй — *французскаго* пути.

По *нѣмецкому способу*, рука по передней (брюшной) поверхности плода проникаетъ прямо къ предполагаемому мѣсту положенія ножекъ.

По *французскому способу*, рука пробирается къ ножкамъ шагъ за шагомъ. Идя по подлежащему боку (таб. VI рис. 17), операторъ переходитъ четырьмя пальцами по задней поверхности на ягодицы и бедро или бедра. Большой палецъ въ это время помѣщается у пахового сгиба. Спускаясь далѣе по задней поверхности бедра, операторъ переходитъ черезъ подколенную ямку на голень и отсюда доходитъ до ножекъ. Въ то время, когда внутренняя рука пробирается къ ножкамъ, наружная (лежащая на животѣ роженицы) рука старается приблизить тазовой конецъ плода (геср., ножки), дѣйствуя навстрѣчу внутренней рукъ. Это *содѣйствіе наружной руки я считаю весьма цѣннымъ*.

Что касается относительныхъ достоинствъ того и другого способа, то, по моему, *французскій способъ заслуживаетъ безусловнаго предпочтенія*. Этимъ путемъ одинаково вѣрно можно дойти до ножекъ, какъ въ легкихъ, такъ и въ трудныхъ случаяхъ, наприм., необычнаго положенія ножекъ, перекрещиванія ихъ и проч. Подвигаясь методически по туловищу плода, Вы всегда имѣете возможность ориентироваться въ членорасположеніи и *навѣрное захватить то, что требуется*. Дѣйствуя по нѣмецкому способу и не имѣя руководящей нити, Вы должны идти къ предполагаемому мѣсту нахождения ножекъ; при этомъ, стало быть, возможно захватить ручки вмѣсто ножекъ и, кромѣ того, мыслимо безцѣльное блужданіе въ пространствѣ, если ножекъ на ихъ законномъ (предполагаемомъ) мѣстѣ не оказывается, вслѣдствіе особеннаго членорасположенія плода и при отсутствіи ножекъ, не говоря уже о томъ, что, идя по брюшной поверхности плода, можно запутаться въ петляхъ пуповины и гдѣ нибудь придавить ее.

Сказанное можно формулировать такимъ образомъ: *французскій* путь одинаково *удобенъ* (примѣнимъ), какъ въ *легкихъ*, такъ и въ *трудныхъ* случаяхъ; *нѣмецкій* — годится только для *легкихъ*. А такъ какъ кажущійся вначалѣ легкимъ поворотъ можетъ оказаться труднымъ, то, слѣдовательно, во всѣхъ

случаяхъ французскій путь должно предпочитать нѣмецкому.

Способъ *захватыванія* ножки. Захватить ножку совѣтуютъ такимъ образомъ, чтобы указательный и средній пальцы помѣщались выше лодыжекъ, а большой палецъ оставался свободнымъ. Если захватываютъ обѣ ножки, то средній палецъ помѣщается выше внутреннихъ лодыжекъ обѣихъ ножекъ, а указательный и четвертый выше наружныхъ. Такой способъ захватыванія ножки я считаю рѣшительно неудобнымъ и непрактичнымъ: захваченная такимъ образомъ ножка, при первой же попыткѣ низвести ее, *resp.*, потянуть, обыкновенно, выскальзывается и ее приходится ловить вновь. Дѣло въ томъ, что ножка покрыта сыровидной смазкой, рука иногда смазана какимъ либо жирнымъ веществомъ и находится въ жидкой средѣ—всѣ условія для легкаго выскальзыванія. Я совѣтую захватить не *ножку*, а *голень*, и притомъ *полной рукой* (таб. VI рис. 18). Тогда получается достаточная фиксація руки, и низведение дѣлается съ большою легкостью. Этотъ способъ захватыванія еще больше заслуживаетъ предпочтенія, если принять во вниманіе, что при этомъ нѣтъ нужды пробираться непременно къ *ножкамъ*,—которыя иногда лежатъ значительно выше,—а можно вполнѣ удовольствоваться областью *голень*.

При отыскиваніи и захватываніи ножекъ возникаютъ еще два вопроса: а) захватить *обѣ* ножки, или *одну*, и б) если одну, то которую—соответствующую подлежащему боку, или противоположную, *resp.*, *ниже-* или *вышележащую*?

Относительно перваго вопроса въ настоящее время всѣ согласны, что, за исключеніемъ нѣкоторыхъ особенныхъ случаевъ, слѣдуетъ захватывать *одну ножку*. Наблюденія у постели роженицъ показали, что роды при *неполномъ* ногоположеніи даютъ *лучшее* предсказаніе, чѣмъ при *полномъ* ногоположеніи. Да оно и понятно. Ножка плюсъ ягодница гораздо лучше раскрываютъ зѣвъ и *подготавливаютъ* родовые пути, чѣмъ обѣ ножки—объектъ менѣе объемистый. Другими словами—полуягодичное предлежаніе способствуетъ болѣе *легкому прохожденію* черезъ половой каналъ (мягкія части) *послѣдующей* головки, способъ и быстрота рожденія которой при родахъ тазовымъ концомъ имѣютъ чрезвычайно серьезное значеніе, обуславливающее тотъ или иной исходъ какъ для ма-

тери, такъ особенно для плода. Это превосходно было разъяснено еще *Luise Bourgeois* и составляетъ ея крупную заслугу. Итакъ, почти всегда слѣдуетъ захватывать *одну* ножку.

По вопросу в) встрѣчаются различные совѣты ¹⁾, смотря по положенію плода. Такъ, при *переднихъ* видахъ поперечнаго положенія совѣтуютъ брать *нижележащую* ножку, при *заднихъ* видахъ—*вышележащую*. Этотъ послѣдній совѣтъ имѣетъ въ виду обойти одно неблагоприятное обстоятельство, которое будто бы должно возникать при захватываніи нижележащей ножки,—это прохожденіе плода *брюшкомъ*, обращеннымъ *кпереди*, тогда какъ при захватываніи вышележащей ножки, плодъ долженъ повернуться *спинкой* кпереди и въ (ту или другую) сторону.

Рожденіе плода съ обращенной впередъ брюшной поверхностью, безъ сомнѣнія, явленіе нежелательное и значительно ухудшаетъ предсказаніе (для плода). Но *опасеніе* создать такое положеніе при поворотѣ (при заднихъ видахъ поперечнаго положенія) на нижележащую ножку совершенно *неосновательно* и зиждется, повидимому, на недоразумѣніи. Оно построено теоретически, и при томъ невѣрно, а отнюдь не составляетъ вывода изъ клиническихъ наблюденій.

Я утверждаю, что, какъ при захватываніи ниже-, такъ и вышележащей ножки, въ общемъ, способъ рожденія плода будетъ одинаковый, и отношеніе спинки плода къ тазу представитъ только ту разницу, что въ одномъ случаѣ она будетъ обращена *влѣво* и кпереди, а въ другомъ—*вправо* и кпереди. Другими словами, смотря по тому, какую ножку Вы возьмете, плодъ родится или какъ при первомъ, или какъ при второмъ тазовомъ положеніи. Поясимъ примѣромъ. При *первомъ* поперечномъ положеніи *задняго* вида (спинка взадъ, головка влѣво), если поворотъ сдѣланъ на *вышележащую* (правую) ножку,—плодъ долженъ родиться во *второмъ* положеніи (спинкой вправо), а при поворотѣ на *нижележащую* ножку—въ *первомъ* положеніи (спинкой влѣво). Да иначе и быть не можетъ. Какую бы ножку Вы ни захватили, но разъ низвели ее въ тазъ и дѣлали за нее влеченія, то она, какъ нижележащая часть, подобно проводной точкѣ при затылочномъ положеніи,

¹⁾ M. f. Ged. V. XXXI, p. 27. Дебаты въ акушерскомъ обществѣ въ Берлинѣ.

на основаніи общихъ законовъ механизма родовъ, поворачивается *кпереди*; при этомъ, во взятомъ примѣрѣ, ягодицы перемѣщаются *изъ правой* половины таза *въ лѣвую*, и этотъ переходъ совершается, конечно, по *задней* стѣнкѣ таза, а то или другое (I или II) положеніе плода окончательно устанавливается въ *нижележащихъ* отдѣлахъ полового канала. Къ этому слѣдуетъ добавить, что содѣйствовать правильному отношенію туловища плода къ стѣнкамъ таза (спинка впередъ ~~и~~ въ сторону) при дальнѣйшемъ извлеченіи всегда въ Вашей власти. Такимъ образомъ, *это* главное *возраженіе устраняется*. Между тѣмъ, захватываніе вышележащей ножки представляетъ нѣкоторыя неудобства: 1) вышележащую ножку захватить будетъ труднѣе, чѣмъ нижележащую. Такъ, слѣдуя по французскому пути (по подлежащему боку), Вы встрѣтитесь съ нижележащей ножкой и для того, чтобы взять вышележащую ножку, должны непременно обойти нижележащую ножку. 2) При поворотѣ на вышележащую ножку можетъ произойти поворотъ плода вокругъ его продольной оси—безъ того, чтобы возстановилось продольное положеніе. На это обратилъ вниманіе *Fritsch* ¹⁾ и справедливо придаетъ значеніе этому обстоятельству.

Поэтому я категорически совѣтую *всегда захватывать нижележащую* ножку или, выражаясь практически, ту ножку, которая первая попадетъ подъ руку. Если держаться французскаго пути—это, *eo ipso*, и будетъ *нижележащая*.

Число случаевъ, когда поворотъ дѣлается на *обѣ* ножки, должно быть, по моему, ограничено до послѣдней возможности. Сюда никакъ нельзя включать выпаденіе пуповины. Даже при болѣе серьезныхъ обстоятельствахъ, напр. при *pl. praevia*, я всетаки совѣтую поворотъ на *одну* ножку. Основанія для этого изложены будутъ ниже.

3-й моментъ операціи — поворотъ въ тѣсномъ смыслѣ слова (*versio, proprie sic dicta*). Захвативъ указаннымъ образомъ ножку, низводятъ ее ко входу въ тазъ и въ рукавъ. И въ то время, когда одной рукой производятъ влеченіе за ножку, другая рука, лежащая на животѣ роженицы, старается отодвинуть головку кверху и въ сторону, дабы перемѣстить ее ко дну матки (таб. VI рис. 19). Необходимо слѣ-

¹⁾ Arch. f. Gyn. B. IV, p. 883.

дить, чтобы поворотъ совершался на *брюшную* поверхность плода, потому что только въ этомъ направленіи можетъ произойти сгибаніе туловища. Несоблюденіе этого правила было бы, во всякомъ случаѣ, непросчительной *погрѣшностью* противъ искусства. Въ томъ случаѣ, если эти соединенныя усилія привели къ возстановленію продольнаго полуягодичнаго положенія, — *предлежащая часть установилась во входѣ* (ножка въ это время лежитъ уже *внѣ* *половой щели*, по крайней мѣрѣ до колѣна)—операция поворота окончена, и дальнѣйшее теченіе родового акта или можетъ быть предоставлено самому себѣ (силамъ природы), или можетъ быть ускорено извлеченіемъ плода, сообразно потребностямъ и условіямъ даннаго случая.

Хотя на практикѣ, главнымъ образомъ въ интересахъ плода, извлеченіе почти всегда дѣлается *вслѣдъ за поворотомъ* (какъ правило), тѣмъ не менѣе операцию поворота *принципіально* нужно отдѣлять отъ операциі экстракціи, какъ на это указывали еще *Joerg, Deleurye, Lucas Boër* и др.

При поворотѣ на ножки *изъ черепного*, resp., *лицевого*, *положенія* техника операциі не отличается ничѣмъ особеннымъ. Рука, идущая къ ножкамъ, встрѣчая у входа въ тазъ головку, само собою разумѣется, отодвигаетъ ее нѣсколько въ (ту или другую) сторону, дабы проложить свободный путь въ полость матки. *Содѣйствіе наружной руки* и здѣсь столь же *существенно* и *цѣнно*, какъ и въ разобранныхъ раньше случаяхъ. Проникая къ ножкамъ, по моему, и здѣсь выгоднѣе держаться принципа *французскаго* пути — идти къ ножкамъ, пользуясь туловищемъ, какъ проводникомъ, во избѣжаніе могущихъ встрѣтиться затрудненій, напр. неправильнаго членорасположенія, захватыванія ручки вмѣсто ножки и т. п.; кромѣ того, при слѣдованіи по туловищу исключается возможность повернуть плодъ на *спинную* поверхность. Разумѣется, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ножка, такъ сказать, по дорогѣ попадаетъ подъ руку, нѣтъ нужды строго держаться французскаго пути, а захватить попавшуюся ножку вышеуказаннымъ способомъ и низвести ее въ рукавъ. При потягиваніи за ножку, наружная рука отводитъ головку въ сторону и кверху точно такъ же, какъ и при поворотѣ ради поперечнаго положенія. Слѣдуетъ помнить, что какъ, здѣсь, такъ и тамъ, окончательное исправленіе, resp., измѣненіе

положенія (въ полугодичное) и надлежащая установка подлежащей части обыкновенно получается тогда, когда ножка не только низведена въ рукавъ, но извѣстная часть ея лежитъ уже *внѣ* половой щели (таб. VI рис. 20).

Здѣсь, кстати, считаю нужнымъ указать на то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ *не* безразлично—захватить ли *правую* или *лѣвую* ножку. Дѣло въ томъ, что, въ связи съ этимъ при послѣдующемъ извлеченіи, рожденіе произойдетъ или какъ при *первомъ*, или какъ при *второмъ* положеніи. Если для рожденія туловища это безразлично, то для прохожденія головки можетъ иногда имѣть большое значеніе. Поясню примѣромъ. Положимъ, Вы имѣете случай узкаго (плоскаго) таза; воды прошли; головка подвергается дѣйствию ягоняющихъ силъ и конфигурируется по извѣстнымъ законамъ, при чемъ кости, обращенныя къ мысу, сильно уплощаются. При *первомъ* (черепномъ) положеніи это будетъ *лѣвая* половина головки; а потому, чтобы сохранить эти же отношенія головки къ тазу при извлеченіи за ягодичный конецъ, необходимо захватить *правую* ножку и, такимъ образомъ, заставить плодъ рождаться во *второмъ* положеніи. Въ противномъ случаѣ, т. е. при влеченіи за *лѣвую* ножку, плодъ будетъ проходить въ *первомъ* положеніи, при чемъ уплощенная половина головки будетъ обращена къ симфизу, а выпуклая—къ мысу. Эти же соображенія слѣдуетъ имѣть въ виду и при косыхъ тазахъ если желаете провести послѣдующую головку обращенной затылкомъ въ *ту*, а не въ *другую* половину таза.

Относительно выбора руки я и здѣсь, на основаніи вышесказаннаго, отдаю предпочтеніе *правой* рукѣ.

Изложенный способъ поворота на ножки представляетъ собою, такъ называемый, *легкій* поворотъ; но въ практической жизни поворотъ большею частію является далеко не въ такой формѣ. Тѣ условія, которыя благопріятствовали повороту,—или перестали существовать (излитіе водъ), или съ самаго начала были таковы, что операція должна быть причислена къ *труднымъ*.

Условія, затрудняющія производство поворота, могутъ быть весьма многочисленны и разнообразны; мы рассмотримъ только главныя изъ нихъ и по отношенію къ отдѣльнымъ моментамъ.

Затрудненія въ 1-мъ моментѣ операція могутъ быть двоя-

каго рода: при введеніи руки въ *рукавъ* и въ *полость матки*. Затрудненія при введеніи руки въ *рукавъ* могутъ встрѣтяться развѣ весьма рѣдко. Въ самомъ дѣлѣ, довольно трудно представить такое сочетаніе обстоятельствъ, при которыхъ было бы *возможно родоразрѣшеніе* и *невозможно введеніе руки*. Рукавъ, какъ бы онъ узокъ ни казался, если онъ, по нашему мнѣнію, вообще проходимъ для подлежащей части, не можетъ представлять препятствія для проведенія руки. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ проведеніе руки затрудняется присутствіемъ разнаго рода рубцовъ, перемычекъ, поперечныхъ перегородокъ (діафрагма рукава), неповрежденнымъ гименомъ, врожденными аномаліями (недоразвитіе рукава и проч.), дѣло, очевидно, идетъ объ одномъ изъ видовъ *дистоціи*, которая составляетъ препятствіе *не для введенія руки, а для родовъ* вообще и должна быть устранена соотвѣтственнымъ образомъ, безъ отношенія къ имѣющему быть введенію руки.

Въ числѣ препятствій охотно указываютъ на *выпаденіе ручки*.

При выпаденіи ручки, говорятъ, возникаетъ серьезное затрудненіе для проведенія руки. Во избѣжаніе затрудненій совѣтуютъ: 1) погрузить ручку въ *холодную воду* для того, чтобы она ушла на прежнее мѣсто; 2) *вправить ручку* обратно. Первое только наивно, второе—неблагоразумно. Въ самомъ дѣлѣ, стараясь вправить выпавшую ручку, Вы тѣмъ самымъ создаете себѣ затрудненіе, измѣняя пространственныя отношенія въ тазу въ *невыгодную* для поворота сторону. Если ручка съ извѣстнымъ удобствомъ могла помѣщаться раньше въ половомъ каналѣ, то теперь, когда она пробыла въ другомъ положеніи иногда нѣсколько часовъ, нельзя рассчитывать помѣстить ее тамъ съ прежнимъ удобствомъ; слѣдовательно, вводя ее обратно, Вы создаете излишнее затрудненіе. Кромѣ того, я разсуждаю такимъ образомъ: или можно будетъ вправить, или нѣтъ. Если *да*, то значить тамъ столько мѣста, что свободно можно обойтись безъ вправленія, если *нѣтъ*, то и пытаться незачѣмъ. Я, поэтому, категорически *возстаю противъ вправленія*. Относительно попытокъ вправленія не могу не привести изреченія *Deventer'a* изъ его классическаго сочиненія—*Novum lumen Obstetricantium* (1701, р. 171): „*saepius nonnisi tempus perditur brachio immittendo aut retinendo; interdum enim experientia docet, facilius manum penetrare posse brachio propendente, quam eodem rursus immisso*“ etc.

3) Если, говорятъ, нельзя вправить выпавшей ручки, то ее нужно — *отрѣзать* (!!) и, такимъ образомъ, освободить себѣ дорогу. Лучше всего произвести вылуценіе въ плечевомъ суставѣ... Странный, весьма странный совѣтъ, чтобы не сказать болѣе. Въ самомъ дѣлѣ, сдѣлать вылуценіе плеча, работая въ темнотѣ и на извѣстной глубинѣ полового канала,—вещь далеко не столь простая и легкая. Да оно и можетъ быть выполнено (единственно) только подъ защитой руки. Стало быть, Вы должны имѣть возможность дойти рукой до плечевого сустава, *слѣдовательно, ручка, разъ Вы только доходите до плечевого сустава, Вамъ не мѣшаетъ*. Если же при выпаденіи ручки дѣйствительно встрѣчается препятствіе для проведенія руки, то это зависитъ *не отъ ручки, а отъ другихъ причинъ, которыя, конечно, не устранятся съ отрѣзываніемъ ручки*. Это ясно. Одно изъ двухъ: или ручка стоитъ низко,—тогда препятствіе обуславливается *не ручкой, а тѣмъ, что плечевая область такъ глубоко вколотилась въ тазъ, что она затрудняетъ возможность проведенія руки; или ручка стоитъ довольно высоко, плечо помѣщается надъ входомъ,—тогда, согласно сказанному, препятствія съ этой стороны не существуетъ*. Слѣдовательно, удаленіе ручки не облегчаетъ дѣла. Это во-первыхъ. 2) Такъ какъ распознаваніе внутриутробной жизни и смерти плода не можетъ считаться безусловно непогрѣшимымъ, то можетъ случиться, что удаленіе ручки сдѣлано будетъ на *живомъ* плодѣ! Такого рода примѣры въ исторіи акушерства извѣстны ¹⁾ (случай *Helu*). Нечего и говорить, какой капитальной важности должна быть погрѣшность въ этомъ случаѣ. 3) Удаливъ ручку, Вы только создаете себѣ нѣкоторое затрудненіе. Если поворотъ не удастся, — а это чаще всего должно быть, ибо не въ ручкѣ было препятствіе,—то при послѣдующей операциі, напр. декапитациі, выпавшая ручка могла бы ока-

¹⁾ Д-ръ Ф. Ф. Кутлякскій сообщилъ случай, гдѣ при поворотѣ, производство котораго было затруднительно, вслѣдствіе тетаническихъ сокращеній матки, сдѣлано было вылуценіе въ локтевомъ (лѣвомъ) суставѣ. Поворотъ удался. Извлеченный ребенокъ (дѣвочка), котораго, очевидно, считали мертвымъ, былъ брошенъ въ лохань, а когда, по окончаніи родовъ, стали его осматривать, оказалось, артеріальное кровоотеченіе изъ культи. Пришлось перевязать arter. brachial. и наложить повязку. *Дѣвочка осталась въ живыхъ*. Протоколы засѣданій Акушерско-гинекологическаго Общества въ Кіевѣ. Годъ 5-й, т. V, вып. 9—10.

зять Вамъ очень хорошую услугу. 4) Если уже на то пошло, то *лучше*, по моему, прямо *отказаться отъ поворота*, который съ самаго начала обѣщаетъ быть столь труднымъ и неблагоприятнымъ (мертвый плодъ), и кончить роды *эмбриотоміей* которая неизмѣримо менѣе опасна при сколько нибудь выработанной техникѣ и внимательномъ отношеніи къ дѣлу.

Такимъ образомъ, при выпаденіи ручки я совѣтую оставить ее въ покоѣ и оперировать, какъ и безъ выпаденія. Самое большее, что слѣдуетъ сдѣлать, это отвести ручку подъ лонную дугу, дабы она менѣе всего занимала мѣста, и передать для удерживанія помощнику. Я уже раньше указывалъ, что на выпаденіе ручки при поворотѣ, по моему мнѣнію, слѣдуетъ смотрѣть какъ на *благопріятное* обстоятельство, такъ какъ оно даетъ возможность *безошибочно ориентироваться* относительно положенія плода. Кромѣ того, выпавшая раньше ручка, удерживаемая снаружи, *исключаетъ* возможность одного осложненія при извлеченіи, а именно *запрокидыванія* ручки за головку.

Если я остановился на вопросѣ объ отрѣзываніи ручки нѣсколько болѣе, чѣмъ, можетъ быть, слѣдовало бы, то только потому, что время отъ времени приходится читать и видѣть случаи отрѣзыванія ручки и что до сихъ поръ еще въ этомъ отношеніи встрѣчаются разногласія. Такъ, Кіевское Акушерское Общество (1891 г.), въ виду разногласія мнѣній членовъ, постановило даже избрать комиссію для рѣшенія этого вопроса.

Другія препятствія могутъ быть со стороны *зѣва*. Зѣвъ можетъ быть недостаточно раскрытъ. Это, собственно говоря, не *препятствіе*, а *отсутствіе* наличныхъ *условій*, необходимыхъ для поворота. Въ такихъ случаяхъ нужно или держаться выжидательнаго образа дѣйствій, или употребить тѣ или другія мѣры для скорѣйшаго раскрытія зѣва, resp., создать условія, необходимыя при поворотѣ. Эти мѣры могутъ быть или *хирургическія* (кровоавыя и не кровоавыя), или *терапевтическія*, смотря по обстоятельствамъ. Въ главѣ о *hystero-stomatomi* и при родахъ мы рассматривали различные способы дѣйствія и условія примѣненія этихъ мѣръ. Здѣсь я укажу только на то, что если зѣвъ недостаточно открытъ и плодный пузырь цѣлъ, если нѣтъ особыхъ спеціальныхъ показаній къ *немедленному* окончанію родового акта, а дѣло

идеть только о неправильномъ положеніи плода и т. п., то лучше всего воздержаться отъ оперативнаго вмѣшательства, спокойно выжидая надлежащаго раскрытія, геср., подготовки родовыхъ путей, и зная заранѣе, что предстоитъ произвести операцію. Объ этомъ, во избѣжаніе недоразумѣній, я совѣтую поставить въ извѣстность ближайшихъ родственниковъ роженицы (но не саму роженицу) и расъяснить имъ, что время для операціи еще не наступило. Если при тѣхъ же условіяхъ пузырь уже разорвался, то, съ цѣлью скорѣйшаго и *равномернаго* раскрытія (расширенія) зѣва, я, обыкновенно, примѣняю каучуковые баллоны, напр., кольпейринтеръ среднихъ размѣровъ, баллоны *Tarnier'a*, *Champetier de Ribes*. Кольпейринтеръ, геср., метрейринтеръ, въ спавшемся состояніи вводится за зѣвъ, затѣмъ наполняется до опредѣленныхъ предѣловъ жидкостью и, если есть время, оставляется на мѣстѣ. Своимъ присутствіемъ баллонъ вызываетъ сильныя сокращенія матки и въ то же время дѣйствуетъ на окружность зѣва, надавливая на него при сокращеніи матки, геср., повышеніи внутриматочнаго давленія. Съ цѣлью равномернаго и непрерывнаго дѣйствія баллона, можно привѣсить къ отводной трубкѣ извѣстную тяжесть. Такимъ образомъ, баллонъ, такъ сказать, играетъ роль плоднаго пузыря, замѣняя его собою. Кромѣ того, помѣщаясь между *предлежащей частью* и *зѣвомъ* и прикрывая послѣдній съ внутренней стороны, *баллонъ*, если не вполнѣ, то въ извѣстной степени, *устраняетъ излитіе водъ*—обстоятельство немаловажное для операціи поворота. Если бы, далѣе, потребовалось спѣшить съ раскрытіемъ зѣва, то и здѣсь метрейринтеръ можетъ оказать существенную услугу. *Потягивая*, особенно во время схватки, *за отводную трубку*, Вы тѣмъ самымъ *способствуете скорѣйшему раскрытію зѣва*. Послѣ выхожденія метрейринтера при потягиваніи, или послѣ произвольнаго изверженія его, зѣвъ обыкновенно бываетъ достаточно подготовленъ для проведенія руки, геср., нѣсколькихъ пальцевъ въ полость матки.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ *немедленное* опорожненіе матки является необходимымъ, кровавое расширеніе *зѣва* (двустороннее разсѣченіе съ послѣдующимъ зашиваніемъ разрѣзовъ)—не встрѣчаетъ серьезныхъ возраженій.

Если имѣете дѣло съ *судорожнымъ сокращеніемъ* зѣва, то

лучше всего поможет *наркозъ*. Особенно хорошъ смѣшанный наркозъ, а именно: atrop. sulfur. $\frac{1}{6}$ gr. (1 mill.) и morph. muriat. отъ $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{4}$ gr., (0,01—0,015) съ послѣдующимъ хлороформированіемъ.

Затрудненія во 2-мъ моментъ операціи являются при проведеніи руки до ножекъ. Съ цѣлью устранить эти затрудненія предложенъ особый приѣмъ, извѣстный подъ именемъ способа *Levret-Deutsch'a*. Онъ состоитъ въ томъ, что, при поперечномъ положеніи, когда, напр., брюшко плода обращено кзади (передній видъ поперечнаго положенія — по нашей номенклатурѣ), операторъ захватываетъ туловище въ области груди или плеча, располагая руку такимъ образомъ, чтобы четыре пальца легли на передней, а большой — на задней поверхности туловища плода, другими словами, тыльная поверхность руки должна быть обращена кзади. Дальнѣйшее дѣйствіе состоитъ въ томъ, что плодъ приподнимаютъ надъ входомъ въ тазъ и поворачиваютъ туловище плода *вокругъ продольной оси* до тѣхъ поръ, пока спинка не повернется впередъ и кверху, а брюшко будетъ обращено книзу.

Относительно оцѣнки достоинствъ и недостатковъ этого способа нужно замѣтить, что для примѣненія его требуются такая свобода дѣйствій и такая подвижность плода, какія какъ разъ не встрѣчаются въ трудныхъ случаяхъ поворота; а для нихъ-то именно и предложенъ этотъ способъ. Поэтому въ тѣхъ случаяхъ (легкая подвижность плода), *гдѣ онъ можетъ быть выполненъ* — онъ *не нуженъ*, а *гдѣ онъ могъ бы быть нуженъ* (вколачиваніе надлежащей части, запущенныя поперечныя положенія) — онъ *невыполнимъ*. Но этого мало. Настойчивое примѣненіе способа можетъ вести къ печальнымъ результатамъ въ смыслѣ растяженія, resp., *разрыва* нижняго сегмента *матки*. Я изложилъ этотъ способъ только для того, чтобы предостеречь Васъ отъ примѣненія его. Этотъ способъ предложенъ былъ еще *Levret'омъ* (1761 г.), но не вошелъ въ практику. *Deutsch* (изъ Дерпта) въ болѣе близкое къ намъ время повторилъ его и связалъ съ нимъ свое имя.

Разбирая этотъ приѣмъ еще въ 1772 г., *Saxtorph* ¹⁾ превосходно показалъ его несостоятельность. Нельзя вполнѣ не

¹⁾ Theoria de diverso partu etc. Havn. 1772.

согласиться съ его замѣчаніемъ: „licet pro hac praeparatione variae regulae excogitatae sint, quae primo intuitu mechanismum sapiunt, tamen in *machinis* potius, quam in *vivis*, illas esse exercendas jucunde observavi“.

Кромѣ этого, затрудненіе при отыскиваніи и захватываніи ножекъ можетъ зависѣть отъ того, что ножки лежатъ не на обыкновенномъ своемъ мѣстѣ (въ ближайшемъ сосѣдствѣ ягодицъ), а, вслѣдствіе измѣненнаго членорасположенія плода, находятся гдѣ нибудь въ другомъ мѣстѣ, — могутъ лежать очень высоко, у дна; напр., такъ называемое, *situs arguatus*. Кромѣ того, ножки могутъ быть взаимно перекрещены и т. п.

Эти и имъ подобныя затрудненія очень легко устраняются, если держаться тѣхъ правилъ, на которыя я указывалъ, описывая 2-й моментъ операціи, а именно: а) всегда *идти* къ ножкамъ *по французскому пути* и б) не стараться захватить непременно ножку (стопу), а *захватывать* конечность *за голень*. Какъ бы ни были высоко и причудливо расположены ножки плода (перекрещиваніе и пр.), если Вы идете по французскому пути, шагъ за шагомъ подвигаясь по боку, ягодицамъ и бедру, Вы всегда будете въ состояніи ориентироваться относительно подлежащихъ ошупыванію частей и съ увѣренностью и легкостью захватить желаемую ножку, при томъ — именно въ трудныхъ случаяхъ, — непременно *за голень*.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ труднаго достиженія до ножекъ (высокое положеніе ихъ и пр.), не вынимая изъ половыхъ частей введенной уже руки, можно, иногда, съ пользою измѣнить положеніе роженицы, *повернувъ* ее на соответствующій *бокъ*.

При *отыскиваніи* ножекъ могутъ встрѣтиться иногда *непреодолимыя* затрудненія. Это тѣ исключительные случаи, когда приходится имѣть дѣло съ уродствомъ плода, извѣстнымъ подъ именемъ *amelus* и состоящимъ въ отсутствіи ногъ. И въ этомъ случаѣ сказывается преимущество французскаго способа отыскиванія ножекъ. Вмѣсто того, чтобы безплодно блуждать въ пространствѣ, отыскивая *то, чего нѣтъ*, — какъ это должно случиться при нѣмецкомъ способѣ, — слѣдуя французскому пути, Вы вполне точно и скоро имѣете возможность убѣдиться въ означенной аномаліи.

Кромѣ этихъ затрудненій 2-го момента операциі остается указать еще на одно, которое зависитъ отъ сильныхъ *сокращеній* матки. Эти сокращенія двойнѣ неблагоприятны: 1) они мѣшаютъ поступательному движенію руки, 2) они причиняютъ подь-часъ такую сильную боль оперирующей рукѣ, что нужно обладать большою дозою терпѣнія, чтобы не войти въ искушеніе извлечь руку обратно. Сильное сжатіе руки бываетъ, обыкновенно, тогда, когда рука прошла чрезъ сократительное кольцо; тонкостѣнный, пассивно-растягиваемый нижній отрѣзокъ матки не въ состояніи причинить этой неприятности. Для устранения этого неблагоприятнаго явленія лучшимъ средствомъ служить производство операциі подъ наркозомъ. Чѣмъ труднѣе предвидится поворотъ, тѣмъ глубже долженъ быть наркозъ. Въ этомъ случаѣ указанная выше комбинація (atropin—morph.—chlorof.) можетъ оказать очень хорошую услугу. Изъ этого слѣдуетъ, что тотъ, чья рука испытываетъ боль, до извѣстной степени виновать самъ и несетъ, такъ сказать, заслуженное наказаніе.

Какъ бы ни было велико искушеніе при наступленіи боли извлечь руку изъ полости матки, я настоятельно предостерегаю отъ этого, такъ какъ всякое введеніе и выведеніе руки измѣняетъ пространственныя отношенія между плодомъ и маткой, и потому легко можетъ случиться, что вторичное (послѣдующее) введеніе руки можетъ вовсе не удался. Въ этомъ случаѣ лучше всего покориться обстоятельствамъ — терпѣть и ждать, настойчиво удерживая за собою разъ занятую позицію.

Если бы, однако, во время операциі наступила схватка, то, приказавъ помощнику усилить наркозъ, операторъ обращаетъ вниманіе на *расположеніе руки*, ибо и съ этой стороны могутъ возникнуть извѣстнаго рода опасности. Почувствовавъ начинающуюся схватку, нужно расположить свою руку *плашмя*, дабы выровнить естественныя выпуклости на тыльной поверхности ручной кисти, при согнутыхъ пальцахъ, могутъ травмировать матку, хотя и чрезъ яйцевыя оболочки. *Рука должна* оставаться спокойной и *лежать на какой-либо мало ранимой части* плода. И здѣсь, слѣдуя, французскому пути, Вы будете поставлены въ лучшія условія для избѣжанія неприятныхъ послѣдствій отъ прижатія, такъ какъ рука, застигнутая схваткой на пути, будетъ находиться въ

соприкосновеніи съ бокомъ, ягодицею или бедромъ плода, тогда какъ, слѣдуя нѣмецкому пути (идя по передней поверхности плода), легче прижать, напр., область печени, пуповину и т. под.

*Hegar*¹⁾ въ своихъ „Лекціяхъ оперативнаго акушерства“ совѣтуетъ, во избѣжаніе прижагія, держаться рукой *между* плодомъ и стѣнкой матки. Этотъ совѣтъ былъ бы хорошъ, если бы онъ былъ выполнимъ. Въ мало-мальски трудныхъ случаяхъ (которые здѣсь только и могутъ быть приняты въ соображеніе), гдѣ приходится оперировать при болѣе или менѣе давно излившихся водахъ, рука, дѣйствующая въ полости матки, находится въ искусственно образованномъ пространствѣ и, слѣдовательно, держать ее *между*, т. е. на извѣстномъ разстояніи отъ поверхности плода и отъ стѣнки матки, герр., поверхности плодныхъ оболочекъ, безъ соприкосновенія съ тѣмъ и другой, — нѣтъ физической возможности.

Теперь намъ остается рассмотреть тѣ *затрудненія* при поворотѣ, которыя могутъ возникнуть *въ 3-мъ моментъ* операціи. Эти затрудненія выражаются тѣмъ, что, несмотря на то, что ножка захвачена и низведена, собственно *поворотъ*, т. е. восстановление продольнаго положенія плода, *не совершается*. Это въ огромномъ большинствѣ случаевъ, бываетъ при такъ называемыхъ, запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ, когда матка и плодъ находятся въ очень тѣсныхъ отношеніяхъ, — другими словами, подвижность плода очень и очень ограничена. Такое состояніе можетъ обусловливаться различными аномаліями потужной и сократительной дѣятельности, и въ этомъ случаѣ самымъ дѣйствительнымъ средствомъ будетъ *наркозъ*, — всего лучше хлороформный, иногда комбинированный. Если операція, какъ связано выше, предпринята подъ хлороформомъ, то наркозъ теперь долженъ быть значительно усиленъ; при этомъ поворотъ нѣрѣдко дѣлается возможнымъ.

Если, несмотря на это, поворотъ не совершается, то совѣтуютъ *достать* и низвести *вторую* ножку. Это весьма разумный совѣтъ. Въ основаніи его лежатъ два соображенія: 1) при влеченіи за двѣ ножки повернуть туловище легче,

¹⁾ *Шталъ*. «Операт. Акуш.» русскій перев., 69 стр.

чѣмъ за одну ножку, и 2) такъ какъ пространственныя отношенія между плодомъ и маткой представляются очень стѣсненными, то, низводя вторую ножку, Вы тѣмъ самымъ выигрываете немного мѣста и увеличиваете подвижность плода.

При низведеніи второй ножки поступаютъ такимъ образомъ. На низведенную раньше ножку накладывается *петля*. Для этого предлагается обыкновенная (цвѣтная) шелковая тесьма, шириною до 2 саят., съ щеловиднымъ отверстіемъ на одномъ изъ концовъ. Продѣвая свободный конецъ черезъ сказанное отверстіе, получаютъ петлю, которая и накладывается на ножку прямо, непосредственно, если ножка лежитъ *въ* половой щели; если же ножка лежитъ еще *въ* половомъ каналѣ, то петля накладывается помощью *ручной и инструментальнаго способовъ*. Въ первомъ случаѣ, на руку, удерживающую ножку, надѣваютъ петлю, сдвигаютъ ее помощью свободной руки до верхушки пальцевъ введенной руки, и оттуда помощью пальцевъ обѣихъ рукъ—уже на самую ножку; затѣмъ свободный конецъ петли натягиваютъ, и наложеніе петли оканчивается. Или же, если ножка лежитъ очень высоко, то руку совсѣмъ выводятъ изъ полового канала, устраниваютъ петлю, накладываютъ ее на концы 4-хъ пальцевъ и несутъ опять до ножки; здѣсь, помощью главнымъ образомъ большого пальца петлю перемѣщаютъ на ножку и фиксируютъ потягиваніемъ за свободный конецъ.

Для инструментальнаго наложенія петли предложено было много снарядовъ (*van Huevel, Trefurt* и др.), подъ именемъ петлеводовъ (*porte-lac*) и т. п. Нѣкоторые изъ нихъ весьма остроумны, тѣмъ не менѣе я не буду описывать ни этихъ снарядовъ, ни способовъ ихъ примѣненія, такъ какъ, по моему мнѣнію, *они совершенно не нужны*.

Наложивъ петлю и потягивая за нее, стараются низвести вторую ножку. Захватываніе и низведеніе этой послѣдней дѣлается точно такъ же (по тѣмъ же правиламъ), какъ и первой.

Хотя я и описалъ Вамъ способъ употребленія петли, но наложеніе ея при этихъ условіяхъ и вообще употребленіе ея я считаю *излишнимъ*.

По низведеніи 2-й ножки, по большей части удается воз-

становить продольное положеніе, но могутъ быть случаи, что и при этомъ поворотъ не совершается.

Въ различныхъ учебникахъ и руководствахъ говорится, что если и послѣ низведенія 2-й ножки поворотъ не совершается, то остается прибѣгнуть къ такъ называемому *двойному приему* (*der doppelte Handgriff*).

По однимъ авторамъ, приемъ этотъ предложенъ *Smellie*, по другимъ, онъ носитъ имя *Justine Siegemundin* ¹⁾. Онъ состоитъ въ томъ, что, по наложеніи петли на ножку (*resp.*, на ножки), операторъ, сильно *потягивая* одной рукой за тесемку, *другой* рукой входитъ въ полость матки и *приподнимаетъ* предлежащую часть. Это выполняется до тѣхъ поръ, пока не совершится поворотъ. Къ этому приему совѣтуютъ прибѣгать только въ *самыхъ крайнихъ случаяхъ* и если истощены всѣ другія средства (ибо этотъ приемъ можетъ повлечь за собою весьма печальныя послѣдствія).

Спрашивается: что это такое? Серьезное ли это обогащеніе акушерской техники, или нѣтъ? По моему глубокому убѣжденію, это отнюдь *не приобретение* и—вотъ почему. Вдумываясь въ технику способа, Вы можете видѣть, что это—поворотъ *во что бы то ни стало*. Нѣтъ сомнѣнія, что даже въ очень трудныхъ случаяхъ поворотъ при такомъ образѣ дѣйствій можетъ удался, но за то *какою цѣною*—это другой вопросъ.

Поступая сказаннымъ образомъ, Вы рискуете встрѣтиться съ такимъ серьезнѣйшимъ поврежденіемъ родового пути, которое еще въ весьма недавнее время было (почти) безусловно смертельно. Я говорю о *разрывѣ матки*. Легко понять, почему это осложненіе можетъ случиться *именно при этихъ условіяхъ*. Прежде всего, если поворотъ, несмотря на низведеніе обѣихъ ножекъ, не совершается, то ясно, что для этого *нѣтъ* достаточнаго *пространства in cavo*; другими словами,—между плодомъ и маткой существуетъ столь тѣсное отношеніе, что *подвижность* плода почти абсолютно *потеряна*, и если она искусственно можетъ быть (достигнута), то, очевидно, только на счетъ *растяженія стѣнокъ матки*. Между тѣмъ, клиника насъ учитъ, что такое тѣсное отношеніе (между плодомъ и

¹⁾ Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehemutter etc. Coelln a. d. Spree 1690.

маткой) встрѣчается обыкновенно тогда, когда воды давнымъ давно сошли, когда дѣло идетъ о залущенномъ поперечномъ положеніи, когда матка очень долго находилась въ родовой работѣ, когда сократительное кольцо давно рѣзко обозначилось и поднялось далеко кверху, когда, слѣдовательно, нижній сегментъ матки растянуть до послѣдней степени, и когда, можетъ быть, *не одна* уже рука акушера побывала въ полости матки.

Все это такія условія, при которыхъ и безъ всякаго вмѣшательства искусства опасность разрыва весьма велика. Я могъ бы привести цѣлую серію весьма поучительныхъ примѣровъ, гдѣ, при сказанныхъ условіяхъ, разыгрывалась катастрофа въ рукахъ людей, искусство и опытность которыхъ были внѣ всякаго сомнѣнія.

Для меня весьма мало убѣдительно и отнюдь не располагаетъ въ пользу этого приема то, что примѣненіе его, говорятъ, должно быть *осторожное* и не переходить въ насиліе и т. п. Натяжка очевидная; если все дѣло въ легкомъ надавливаніи на плодъ снизу вверхъ,—если этого достаточно для совершенія поворота, то непонятно, почему, при влеченіи за обѣ ножки и при содѣйствіи наружной руки, поворотъ не совершается и продольное положеніе не восстанавливается. Я склоненъ думать, и не безъ основанія, что именно въ такихъ случаяхъ этотъ приемъ не отвѣчаетъ требованіямъ необходимости. Мнѣ думается, что этимъ предписаніемъ, этимъ введеніемъ словъ „осторожно“, „безъ насилія“ и проч., хотятъ только сгладить впечатлѣніе. Для непредубѣжденнаго чловѣка въ этихъ выраженіяхъ сквозить сознаніе опасности, могущей возникнуть отъ примѣненія этого приема.

Считаю настоятельно необходимымъ указать на то, что этотъ приемъ—вообще излишній *отнюдь не долженъ* быть примѣняемъ тамъ, гдѣ онъ рекомендуется, а именно: „въ самыхъ крайнихъ случаяхъ и когда уже истощены всѣ другія средства“. Такіе случаи, по моему мнѣнію, *исключаютъ*, а не показываютъ примѣненіе этого приема. Это тѣ случаи, когда акушеру предоставляется на разрѣшеніе вопросъ: слѣдуетъ ли настаивать на поворотѣ, или предпринять другой видъ акушерской помощи? Своевременное *рѣшеніе* этого вопроса *въ пользу эмбриотоміи* чрезвычайно важно. Оно, кстати, облегчается тѣмъ, что въ такихъ трудныхъ случаяхъ поворота Вы имѣете дѣло съ *мертвыми*

плодомъ, — слѣдовательно забота о его интересахъ исключается. Да и вообще въ запущенныхъ и трудныхъ случаяхъ, при завѣдомо мертвомъ плодѣ, я принципиально совѣтую *предпочитать* рискованному повороту безопасную эмбриотомію.

Если я возставалъ противъ примѣненія двойного приѣма, поскольку онъ выполняется руками, то что сказать о примѣненіи здѣсь инструментовъ подѣ различными названіями— *impellens, reductor, elevator etc.*? А между тѣмъ, несомнѣнно были люди (*Campell*), пользовавшіеся для этой цѣли ложкой обыкновенныхъ щипцовъ, которая вводилась въ подмышечную впадину, и плодъ, такимъ образомъ, приподнимался кверху!

Кромѣ изложеннаго указываютъ еще на нѣкоторыя *условія, затрудняющія* производство поворота.

1) *Выпаденіе пуповины.* Это отнюдь не измѣняетъ техники. Операция производится такъ же, какъ и безъ этого осложненія. Присутствіе выпавшей пуповины требуетъ только большей осторожности и вниманія, дабы не придавить ее гдѣнибудь (на протяженіи родового канала). Если пуповина лежитъ *внѣ* половой щели и принадлежитъ *живому* плоду, то предъ введеніемъ руки, выгодно въправить петли пуповины въ полость рукава.

2) *Предлежаніе дѣтскаго мѣста.* Съ практической точки зрѣнія различаютъ, обыкновенно, три вида предлежанія дѣтскаго мѣста: *боковое, краевое и центральное* (pl. *praevia lateralis, marginalis et centralis*). Въ *первомъ* случаѣ, когда *у зѣва*, гдѣ *нибудь сбоку*, опредѣляется край дѣтскаго мѣста и *самый зѣвъ закрытъ только оболочками*, техника поворота ничѣмъ не отличается отъ вышеизложенной при цѣльномъ пузырьѣ. Впрочемъ, операция поворота въ такихъ случаяхъ *не должна считаться показанной ради одного только предлежанія дѣтскаго мѣста и сопровождающаго его кровотоchenія.* Гораздо проще и цѣлесообразнѣе ограничиться *только* разрывомъ плоднаго пузыря съ цѣлью надежной остановки кровотоchenія *), а дальнѣйшее теченіе родового акта и окончаніе его предоставить силамъ природы.

При *второмъ* видѣ, когда *лоскутъ* дѣтскаго мѣста *закрываетъ собою отверстіе зѣва*, сама же масса дѣтскаго мѣста лежитъ гдѣ *нибудь сбоку*, стараются пальцемъ дойти до периферіи закрывающаго лоскута (что обыкновенно довольно

*) См. операцию разрыва плоднаго пузыря.

легко), дѣлая, въ случаѣ нужды, круговыя движенія пальцемъ, помѣщая его между краемъ зѣва и плацентой. Встрѣтивъ край дѣтскаго мѣста, гезр., дойдя *до оболочекъ*, тутъ же разрываютъ плодный пузырь и проникаютъ въ полость яйца. При этомъ, слѣдовательно, только на незначительномъ пространствѣ нарушается связь плацентнаго лоскута со стѣнкой матки, именно у периферіи зѣва, на сторонѣ, *противоположной* мѣсту прикрѣпленія собственно (массы) дѣтскаго мѣста.

При *центральному* предлежаніи дѣтскаго мѣста поступаютъ двоякимъ образомъ: или, а) проникнувъ до дѣтскаго мѣста, отдѣляютъ его въ ту или другую сторону отъ стѣнокъ матки до тѣхъ поръ, пока не дойдутъ до оболочекъ; затѣмъ, ихъ разрываютъ и проникаютъ въ полость плоднаго яйца. Такимъ образомъ, при этомъ способѣ превращаютъ, прежде всего, *центральное* предлежаніе въ *краевое* и поступаютъ потомъ, какъ указано выше. Или, б) дойдя до плаценты, — прямо, такъ сказать, съ фронта, прокладываютъ себѣ дорогу въ полость плоднаго яйца въ области зѣва, пробивая окно въ ткани дѣтскаго мѣста и вводя черезъ него руку, гезр., пальцы.

Последній изъ этихъ двухъ способовъ, по моему мнѣнію, *лучше*, чѣмъ *первый*. При отдѣленіи плаценты по первому способу, часто можно встрѣтить неудобство, такъ какъ рука легко можетъ запутаться въ ткани дѣтскаго мѣста. Всякій, кому не разъ приходилось отдѣлять дѣтское мѣсто послѣ рожденія плода (*solutio placentae*), легко пойметъ, въ чемъ дѣло. Далѣе, съ точки зрѣнія возможности инфицированія, здѣсь нужно сказать то же, что мы говорили по поводу выбора мѣста для разрыва оболочекъ яйца при поворотѣ (стр. 139—140), съ тою разницею, что здѣсь условія для зараженія еще болѣе благопріятны. Затѣмъ, совершенно *неизвѣстно*, какой величины лоскутъ придется отсепаровать. Вѣдь размѣръ дѣтскаго мѣста въ 20—21 сант. далеко не рѣдкость; слѣдовательно, допустивъ, что отношеніе дѣтскаго мѣста къ зѣву будетъ таково, что *центр* дѣтскаго мѣста придется противъ *центра зѣва* (*centre sur centre*), — до оболочекъ, въ ту или другую сторону (любую), будетъ очень далеко. Кромѣ того, дѣтское мѣсто можетъ быть (что чаще) и не круглой формы, или хотя и можетъ быть рѣчь о *центральному* предлежаніи, но въ строго *математическомъ* смыслѣ оно все-таки будетъ *краевое*. Въ такихъ случаяхъ, дѣйствуя наугадъ и не имѣя никакихъ прочныхъ дан-

ныхъ для того, чтобы произвести отдѣленіе именно въ той, а не другой сторонѣ, очень легко попасть на *большій* лоскутъ и отдѣлить *большую часть* дѣтскаго мѣста.

Между тѣмъ, пробить окно въ ткани дѣтскаго мѣста во все не трудно. Не разъ мнѣ удавалось это съ поразительной легкостью. Да и времени на это требуется, по моему, меньше, чѣмъ на отдѣленіе почти половины дѣтскаго мѣста. Затрудненія если и встрѣтятся, то со стороны оболочекъ яйца. Прорвать ихъ иногда можетъ быть и не легко, но этому не трудно помочь, введя какой нибудь инструментъ, напр., пулевые щипцы и т. п., что мнѣ приходилось совѣтовать и другимъ и дѣлать самому. Что касается извлеченія плода *черезъ пробоину*¹⁾, то оно не можетъ быть очень затруднительнымъ, да если бы оно и замедлилось вслѣдствіе этого, то это было бы только *выгодно для матери*. Вопросъ о сохраненіи жизни плода въ этихъ случаяхъ, впрочемъ, *дѣло второстепенное*. Да здѣсь возможность сохраненія жизни едва ли будетъ въ худшихъ условіяхъ, чѣмъ при отдѣленіи по первому способу. И здѣсь, и тамъ разрывается масса сосудовъ на весьма значительной площади, слѣдовательно,—и здѣсь, и тамъ *опасность для плода* одинаково велика. Кромѣ того, Вы знаете фактъ, что при предлежаніи дѣтскаго мѣста вообще, а при центральномъ въ особенности плодъ рождается мертвымъ (въ огромномъ большинствѣ случаевъ). А что касается матери, то, по моему, при *второмъ* способѣ она потеряетъ крови *меньше*, чѣмъ при *первомъ* (отдѣленіе), хотя бы потому, что Вы не отрываете здѣсь новыхъ участковъ ткани дѣтскаго мѣста отъ соединенія съ маткой, а нарушаете его цѣлость на мѣстѣ, значительно уже отдѣленномъ (область зѣва).

Въ виду ясно поставленной задачи—сдѣлать пробоину въ плацентѣ, *техника* этого приѣма очень *проста*. Я прокладываю себѣ дорогу сверлящими движеніями одного и двухъ пальцевъ, при одновременномъ надавливаніи на дно матки сверху и, какъ сказано, это удавалось легко.

Въ 1895 году *Nijhoff* (изъ Амстердама) описалъ случай

¹⁾ Въ двухъ случаяхъ центральнаго предлежанія дѣтскаго мѣста мы получили своеобразные препараты послѣда: дѣтское мѣсто было съ отверстіемъ въ серединѣ, совершенно цѣльное по окружности, плодныя же оболочки въ видѣ пѣльнаго мѣшка.

центрального предлежанія дѣтскаго мѣста, въ которомъ онъ, приступивъ къ операциі поворота, прорвалъ пальцемъ дѣтское мѣсто и, выйдя на плодовую поверхность его, хотѣлъ вскрыть пузырь, но *anmion* оказался неподатливымъ и только отслаивался отъ *chorion*'а. Въ это время наступила схватка, пузырь сталъ наливаться и какъ бы вдаваться въ отверстіе, сдѣланное въ плацентѣ. Въ виду этого авторъ рѣшилъ не трогать пузырь, рассматривая его какъ внутриматочный тампонъ и рассчитывая на его расширяющее и придавливающее дѣйствіе на внутреннюю поверхность дѣтскаго мѣста, а рукавъ, въ свою очередь, плотно затампонировалъ іодоформной марлей. Кровотеченіе прекратилось; нѣсколько часовъ спустя прошли воды, и дальнѣйшее теченіе родовъ не потребовало оперативнаго вмѣшательства. При осмотрѣ дѣтскаго мѣста, *отверстія* въ немъ не найдено, но почти на всемъ протяженіи поперечнаго (короткаго) размѣра его была *щель*, раздѣлявшая плаценту на двѣ неравныхъ части, соединенныхъ между собою только довольно узкой полосой неразорванной ткани (съ проходящими въ ней крупными сосудами), въ видѣ мостика. Такимъ образомъ, дѣтское мѣсто имѣло видъ подковы. На большемъ участкѣ плаценты прикрѣплялась пуповина.

Основываясь на этомъ случаѣ, авторъ предлагаетъ слѣдующій способъ леченія при *plac. praevia*. Какъ только внутренній зѣвъ становится проходимымъ для одного или 2-хъ пальцевъ, слѣдуетъ прорвать плаценту и, по возможности на большемъ пространствѣ, отслоить *anmion*, не нарушая его цѣлости, затѣмъ вызвать сокращеніе матки (растираніемъ чрезъ покровы живота), чтобы получить напряженіе пузыря и, наконецъ, довольно плотно затампонировать рукавъ іодоформной марлей.

Разбирая этотъ способъ и изучая описаніе случая, послужившаго основаніемъ способа, я прихожу къ заключенію, что *главная суть* способа заключается въ *неполномъ* разрывѣ плодныхъ оболочекъ, т. е. въ *отслойкѣ* *chorion*'а отъ *anmion*'а, при чемъ, послѣ разрыва, матка вмѣстѣ съ прикрѣпленной къ ней плацентой получаетъ возможность передвигаться по поверхности *anmion*'а, тогда какъ раньше этого она, по необходимости, должна была передвигаться по поверхности *chorion*'а, съ которымъ была тѣсно связана въ области дѣтскаго мѣста, т. е. должно было происходить отдѣленіе дѣтскаго мѣста отъ

матки, или вѣрнѣе—матки отъ дѣтскаго мѣста. Само собою понятно, что первоначальное отверстіе, сдѣланное пальцемъ въ плацентѣ при дальнѣйшемъ теченіи родового акта должно увеличиться, и можетъ произойти раздѣленіе плаценты на двѣ части—или полное, или частичное (связь въ видѣ мостика),—какъ и было въ описанномъ случаѣ. Такимъ путемъ остановка кровотеченія объясняется и просто, и вполнѣ согласно съ физиологіей родового акта. При этомъ, наливаніе пузыря и его тампонирующее дѣйствіе, которыя авторъ считаетъ *самымъ существеннымъ* обстоятельствомъ, являются, по меньшей мѣрѣ, *второстепенными*.

Поворотъ при ррас. ргаевіа отличается отъ поворота при другихъ условіяхъ тѣмъ, что здѣсь операція можетъ быть предпринята раньше, чѣмъ въ другихъ случаяхъ. Такъ, уже при открытіи зѣва на 2—2,5 пальца можно приступить къ производству поворота съ увѣренностью, что удастся проникнуть рукой въ полость матки безъ особенныхъ затрудненій. Это обусловливается, конечно, тою степенью податливости и растяжимости, которыми (при предлежаніи дѣтскаго мѣста) обладаютъ нижніе отдѣлы матки, вслѣдствіе особенныхъ условій васкуляризаціи и пр. Я сомнѣваюсь, однако, чтобы въ такихъ случаяхъ дѣло *всегда* обходилось безъ *надрыва* зѣва. Впрочемъ, при этихъ условіяхъ, по мнѣнію моему, часто вовсе *нѣтъ* надобности *входить* *всей* *рукой* въ полость матки, на что я особенно обращаю Ваше вниманіе. Такъ какъ операція предпринимается *при цѣлости* *пузыря*, то, согласно вышесказанному, поворотъ будетъ *легкимъ* съ технической стороны. Вслѣдствіе значительной подвижности плода, геср., легкой перемѣщаемости его, пройдя *пальцемъ*, или *2-мя*, въ полость матки, геср., яйца, *легко* *удается* *отодвинуть* *предлежащую* *часть* въ сторону *и*, *сильно* *надавливая* *снаружи* на ягодичный конецъ, навстрѣчу внутренней рукѣ, безъ особаго труда захватить и низвести ножку. Дальнѣйшія дѣйствія будутъ сообразоваться съ обстоятельствами случая. Что кровотеченіе послѣ разрыва пузыря (стр. 96) и низведенія ножки (геср., вступленія ягодичнаго конца, дѣйствующаго подобно тампону) прекращается,—это можно считать за правило. Совѣтъ—производить *поворотъ* *на* *ножки*, а не на *ножку*, въ видахъ возможно быстраго окончанія родовъ, я считаю излишнимъ. Извлеченіе, въ случаяхъ нужды,

прекрасно можетъ быть сдѣлано и за одну ножку; кромѣ того, какъ Вы сейчасъ увидите, именно при plac. praevia не слѣдуетъ тотчасъ же дѣлать извлеченіе.

Необходимо помнить, что, какъ бы ни было желательно быстрое опорожненіе матки, тѣмъ не менѣе, послѣ того какъ низведена въ полость таза ножка, гесп., ягодицы, и кровотеченіе прекратилось, дальнѣйшее извлеченіе плода должно быть на нѣкоторое время приостановлено. При этихъ условіяхъ роженица зачастую уже потеряла большое количество крови и находится въ состояніи остраго малокровія (глубокой обморокъ, паденіе пульса и т. п.), поэтому быстрое опорожненіе матки, гесп., измѣненіе условій внутрибрюшного давленія (паденіе его) можетъ быть очень опаснымъ и можетъ вызвать такое неблагопріятное перемѣщеніе (въ сосуды брюшной полости) извѣстнаго количества крови, которое можетъ стоить жизни (анемія мозга). Гораздо лучше не торопиться начинать извлеченіе, а разъ дальнѣйшая потеря крови, вслѣдствіе разрыва пузыря и прижатія сосудовъ вступившею въ тазъ частью плода, прекратилась,—обратить все вниманіе на общее состояніе роженицы и самое извлеченіе дѣлать медленно, уравнивая измѣненіе внутрибрюшного давленія надавливаніемъ снаружи (гесп., стягиваніемъ живота бинтомъ).

Въ основныхъ чертахъ акушерская терапия при plac. praev. можетъ быть выражена тремя словами: „разрываютъ пузырь, низводятъ ножку и не торопятся съ извлеченіемъ“.

Мнѣ остается указать еще на одинъ изъ способовъ внутренняго, гесп., наружно-внутренняго поворота, — это поворотъ по Braxton-Hicks'у.

Для производства поворота рука вводится въ рукавъ, но черезъ зѣвъ проникаютъ только однимъ или двумя пальцами. Встрѣтивъ подлежащую часть, напр. плечо или головку, отодвигаютъ ее въ сторону, при первыхъ положеніяхъ—влево, при вторыхъ—вправо, и въ то же время наружной рукой черезъ покровы живота стараются смѣстить ягодицы, гесп., ножки (нижній полюсъ плода) ко входу въ тазъ. Затѣмъ, проникаютъ пальцемъ въ полость матки по направленію къ ножкамъ, захватываютъ пальцемъ за колѣно и низводятъ ножку въ зѣвъ. Отыскиваніе и захватываніе ножки, по Br. Hicks'у, совершается легко, такъ какъ ножки при попереч-

номъ положеніи плода лежать, обыкновенно, на высотѣ длины указательнаго пальца надъ зѣвомъ. Если зѣвъ раскрытъ мало (на одинъ палецъ, напр.) и ножку нельзя провести черезъ зѣвъ, *то ее удерживаютъ* въ захваченномъ положеніи, прижимая нѣсколько къ внутренней поверхности лоннаго соединенія (?).

Необходимыя условія для производства поворота по этому способу: а) цѣлость плоднаго пузыря, гесп., значительная подвижность плода, и б) отсутствіе сильныхъ сокращеній матки.

Выгоды способа, по автору, состоятъ въ томъ, что такимъ образомъ можно совершить поворотъ въ такое время, когда по обыкновеннымъ правиламъ внутренняго (комбинированнаго) поворота сдѣлать этого нельзя, напр. при открытіи зѣва на 1—2 пальца.

При такихъ благоприятныхъ обстоятельствахъ весьма часто *въ полость матки* вся рука и не вводится—отыскиваніе предлежащей части и захватываніе ножки легко выполняется помощію 2—4 пальцевъ.

На мой взглядъ, этотъ способъ не можетъ выдержать конкуренціи съ общепринятымъ способомъ поворота помощію всей руки. Въ самомъ дѣлѣ, если для удачнаго выполненія поворота по этому способу требуется непременно цѣлость плоднаго пузыря или весьма недавнее излитіе водъ, то такіе случаи поворота испоконъ вѣка относятся къ категоріи, такъ называемыхъ, легкихъ поворотовъ,—совершаются, буквально, въ теченіе нѣсколькихъ минутъ и не нуждаются въ усовершенствованіи. Между тѣмъ, для тѣхъ случаевъ, гдѣ воды (болѣе или менѣе) давно сошли, гдѣ подвижность плода ограничена, гдѣ, напр., плечо довольно плотно установилось во входѣ въ тазъ, — тамъ этотъ способъ, какъ легко понять, непримѣнимъ. Правда, способъ *Br. Hicks'a* можетъ быть примѣненъ тогда, когда зѣвъ недостаточно раскрытъ и, слѣдовательно, провести руку въ полость матки еще нельзя. Но слѣдуетъ ли вообще при такихъ условіяхъ предпринимать поворотъ и выгодно ли это для матери и для плода—это еще, по моему, большой вопросъ.

Дѣйствуя такимъ образомъ, Вы непременно должны будете произвести разрывъ плоднаго пузыря въ весьма ранній періодъ родового акта (открытіе зѣва на 1—2 пальца),— у многоорождающихъ, слѣдовательно, при не вполне изглаженной даже влагалищной части.

Нѣтъ нужды входить въ объясненіе того, какія неблагопріятныя послѣдствія могутъ возникать отъ этого. Кромѣ того, для меня непонятенъ собственно *мотивъ* операціи при названныхъ условіяхъ. Другими словами, трудно подыскать надлежащія *показанія* къ ней. Возьмемъ, для примѣра, *поперечное положеніе*. Зѣвъ раскрытъ на 1—2 пальца, плодный пузырь цѣль, родовая работа далеко не въ полномъ разгарѣ. вмѣсто того, чтобы предпринять поворотъ по *Br. Hicks'у*, сопряженный съ разрывомъ пузыря, не проще ли, если не удастся достигъ цѣли наружными приемами, воздержаться отъ всякаго оперативнаго вмѣшательства и спокойно *ожидать* дальнѣйшаго *раскрытія* родовыхъ путей, зная напередъ, что придется прибѣгнуть къ восстановленію продольнаго положенія, когда для этого будутъ наличныя условія со стороны зѣва и т. п. Такой образъ дѣйствій едва ли можетъ встрѣтить серьезныя возраженія по существу. Что поворотъ при такихъ условіяхъ представляетъ собою, какъ сказано, легкую и вполне безопасную операцію—это не требуетъ доказательствъ. Такимъ образомъ, во взятомъ примѣрѣ преимущество отнюдь не на сторонѣ способа *Br. Hicks'a*.

Возьмемъ другой случай: *поперечное положеніе*, зѣвъ открытъ на 1—2 пальца, *воды* недавно сошли.

Въ такомъ случаѣ можно поступать различно: или ограничиться выжиданіемъ, или примѣнить способъ *Br. Hicks'a*, или содѣйствовать скорѣйшему раскрытію зѣва съ тѣмъ, чтобы имѣть возможность произвести классическій поворотъ.

Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ обязанность акушера состоитъ въ томъ, чтобы выяснитъ себѣ, какого образа дѣйствій слѣдуетъ держаться. Если противопоставлять способу *Br. Hicks'a* только выжиданіе, то, конечно, выгоды будутъ на сторонѣ способа, буде онъ можетъ быть выполненъ. Но при данныхъ условіяхъ можно, какъ сказано, содѣйствовать скорѣйшему раскрытію зѣва, имѣя въ виду окончить роды поворотомъ. Такъ какъ все дѣло состоитъ въ маломъ раскрытіи зѣва, и такъ какъ это обстоятельство, не имѣющее значенія само по себѣ, пріобрѣтаетъ его только потому, что оно имѣетъ мѣсто при условіяхъ разрыва пузыря (что при поперечныхъ положеніяхъ представляется неблагопріятнымъ какъ по отношенію къ матери, такъ и къ плоду), то на устраненіе этого и должны были направлены Ваши усилія. Къ счастью, достиг-

нута этого довольно легко. Въ этомъ случаѣ Вы имѣете возможность замѣнить *разорвавшійся* плодный *пузырь*, такъ сказать, *искусственнымъ*, прибѣгая, какъ выше изложено, къ внутриматочному введенію, напр., кольпейринтера, гесп., метрейринтера, и всего лучше съ примѣненіемъ методическаго влеченія (грузъ). Поступая такъ, Вы не только замѣняете функцію пузыря въ отношеніи раскрытія зѣва, но и устраняете возможность дальнѣйшаго излитія околоплодной жидкости — обстоятельство, для цѣлей поворота весьма существенное.

Такимъ образомъ, благодаря этому приспособленію, спустя извѣстное время, Вы имѣете *достаточно* или *вполнѣ раскрытый зѣвъ* и *подвижный* (вслѣдствіе сохраненія околоплодной жидкости) *плодъ*, т. е. условія для, такъ называемаго, *легкаго* поворота.

Такой образъ дѣйствій, по моему, предпочтительнѣе преждевременнаго поворота при мало открытомъ зѣвѣ (а иногда при существованіи шейки), такъ какъ даже въ случаѣ удачнаго выполненія операціи, т. е. образованія неполнаго ногоположенія, дальнѣйшее теченіе родового акта, въ смыслѣ раскрытія зѣва, можетъ быть весьма неблагоприятно и поневолѣ предоставляется на волю сокращеній матки, потому что возможность при дѣйствіи за ножку способствовать *надлежащему* (не насильственному) раскрытію, гесп., скорѣйшему окончанію родовъ, — далеко не въ Вашей власти. Между тѣмъ могутъ очень легко возникнуть различныя случайности (выпаденіе пуповины, постоянное истеченіе околоплодной жидкости и т. п.), для плода отнюдь не безразличныя.

Въ случаяхъ, *не терпящихъ отлагательства* (кровотеченіе, при рлас. ргаевіа и пр.), гдѣ зѣвъ хотя и недостаточно раскрытъ, но края его податливы, гдѣ плодный пузырь цѣль, поворотъ по *Br. Hicks'у* я считаю *показаннымъ* и *вполнѣ целесообразнымъ* какъ при поперечныхъ, такъ и при черепныхъ положеніяхъ.

Откровенно говоря, я не вижу никакой надобности выдѣлять въ особую рубрику способъ *Br. Hicks'a* подъ специальнымъ названіемъ „*комбинированнаго*“ поворота. Я уже указывалъ Вамъ, что *всякій поворотъ*, при которомъ вводится рука въ половой каналъ, *непрѣлмно комбинированный*, т. е. произ-

водится *двуручнымъ* способомъ, а потому и самое названіе— „комбинированный“ поворотъ — слѣдовало бы, во избѣжаніе путаницы въ понятіяхъ, изгнать изъ употребленія.

Въ числѣ преимуществъ своего способа *Br. Hicks* приводить, между прочимъ, слѣдующія соображенія: 1) при дѣйствіи по его способу никогда не можетъ быть разрыва матки; 2) исключается возможность вхожденія воздуха въ матку, и 3) для акушера нѣтъ необходимости *снимать сюртукъ* (?)

Что разрывъ матки при способѣ *Br. Hicks*'а вещь невозможная,—это само собой понятно, такъ какъ это осложненіе можетъ встрѣтиться при, такъ называемыхъ, трудныхъ случаяхъ поворота (запущенное поперечное положеніе), когда способъ *Br. Hicks*'а вовсе *непримѣнимъ*. Относительно вхожденія воздуха въ полость матки, очевидно,—недоразумѣніе. Совершенно непонятно, почему при введеніи *руки* въ полость матки воздухъ *долженъ* войти, а при введеніи 2-хъ *пальцевъ*—*нѣтъ*.

Что касается третьяго преимущества, то я позволилъ себѣ привести его ради курьеза.

Предсказаніе. Прежде всего нужно строго *отдѣлить* понятіе о *поворотѣ* отъ понятія объ операциі *извлеченія*, которая, обыкновенно, слѣдуетъ за поворотомъ.

Вопросъ о предсказаніи слѣдуетъ разсматривать по отношенію къ *матери* и къ *плоду*.

Мнѣнія, высказанныя весьма почтенными авторами, что предсказаніе для *плода* несравненно *хуже*, чѣмъ для *матери*, едва ли можно принимать безъ всякой оговорки. Согласно вышесказанному, операциа поворота въ собственномъ смыслѣ слова (помимо экстракціи), конечно, можетъ быть и не безразлична для плода. По отношенію къ плоду, если только не было допущено какихъ либо погрѣшностей (переломы, прижатіе пуповины и проч.), измѣненіе положенія имѣетъ сравнительно небольшое значеніе (возможность измѣненія условій маточно-плацентарнаго кровообращенія, въ зависимости отъ измѣненія внутриматочнаго давленія и т. п.). Для матери же, даже при тщательномъ производствѣ операции, является нѣкоторая опасность: 1) со стороны возможности инфекціи и 2) поврежденій, наносимыхъ рукой оператора.

Ясное дѣло, что устраненіе этихъ моментовъ будетъ всецѣло зависѣть отъ *условій*, при которыхъ предпринимается

операція. Если раньше роженица *не* была *инфицирована*, и операція производится по безгнилостному способу, то опасность съ одной стороны сводится на 0. Далѣе, если имѣются благопріятныя условія для поворота (цѣлость пузыря, достаточное раскрытіе зѣва и т. п.), то и второй источник опасности почти равняется 0.

Изъ этого слѣдуетъ, что извѣстный исходъ родовъ, оканчиваемыхъ при помощи поворота, зависитъ *не отъ операціи*, какъ таковой, а *отъ тѣхъ условій*, при которыхъ и ради которыхъ она предпринимается. Въ самомъ дѣлѣ, развѣ возможно ставить на *счетъ операціи* неблагоприятные исходы въ такихъ случаяхъ, гдѣ поворотъ дѣлается, напр. при *placenta praevia*, при разрывѣ матки, или при запущенномъ поперечномъ положеніи съ явленіями *endometritidis (septicae) sub partu*?

Если смотрѣть на дѣло съ изложенной точки зрѣнія, то статистическія данныя, которыя, обыкновенно, приводятъ для оцѣнки значенія операціи, по отношенію къ матери и плоду не имѣютъ никакого значенія, по скольку онѣ носятъ общій характеръ. Такъ, наприм., очень охотно ссылаются на статистику, приводимую *Fritsch* емъ, по которой смертность матерей варьируетъ отъ 5,3 до 8%, а дѣтей отъ 39 до 63,3%. Это, конечно, неправильно. Вѣдь если угодно, то можно привести еще болѣе грозную статистику, показывающую % смертности для матерей—19%, а для дѣтей—72%! (*Гугенбергеръ*). Очевидно, что, держась вышеизложеннаго взгляда, по этимъ даннымъ нельзя составить надлежащаго понятія объ операціи и сопряженныхъ съ нею опасностяхъ. При этомъ, во избѣжаніе недоразумѣній, повторяю еще разъ, что извѣстная часть неблагоприятныхъ послѣдствій для матери и для плода, наблюдаемыхъ *послѣ* операціи поворота съ послѣдующимъ извлеченіемъ, должна быть отнесена на долю именно *извлеченія*.

Установить *показанія* къ операціи возможно только съ принципиальной стороны.

Показанія къ повороту на ножки слѣдующія.

1) *Неправильное* (поперечное и косое) *положеніе* зрѣлаго доношеннаго плода. Это показаніе къ повороту вообще, и всего чаще къ повороту на ножки, *безспорно*, такъ какъ возможности произвольнаго окончанія родовъ съ благопріятнымъ исходомъ (при данномъ положеніи) почти не существуетъ.

2) Нѣкоторые случаи *черепныхъ* (головныхъ) положеній, когда подлежащая часть, несмотря на раскрытіе зѣва и излившіяся воды, *не устанавливается* во входѣ и *не обнаруживаетъ* наклонности къ приспособленію, а *окончаніе родовъ* между тѣмъ необходимо. Примѣромъ могутъ служить *лицевыя* положенія. Обращаю Ваше вниманіе на то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ (долихоцефалія), при наличности условій для поворота (подвижность плода), *предсказаніе*, въ особенности для *плода*, будетъ болѣе *выгоднымъ*, чѣмъ, *ceteris paribus*, при другихъ черепныхъ положеніяхъ вообще. Это мнѣніе я основываю на томъ, что *при извлеченіи* или произвольномъ рожденіи послѣдующая головка въ этихъ случаяхъ будетъ проходить чрезъ тазовой каналъ въ фазѣ *сгибанія* (вслѣдствіе анатомическихъ особенностей строенія черепа, выражающихся удлиненіемъ задняго плеча рычага (затылка), которое, обуславливая при *лицевомъ* положеніи фазу *разгибанія*, при *послѣдующей* головкѣ, на тѣхъ же основаніяхъ должно обуславливать фазу *сгибанія*), т. е. при условіяхъ наиболѣе благоприятныхъ для рожденія.

3) *Выпаденіе конечностей* при черепномъ положеніи. Если выпадаетъ одна или обѣ ручки, то онѣ иногда легко могутъ быть вправлены, слѣдовательно, поворотъ наличностью одного выпаденія не обуславливается и можетъ быть примѣняемъ при неудавшихся вправленіяхъ. Если выпадаетъ *одна*, а тѣмъ болѣе *двѣ ножки*, то поворотъ *показанъ*. Потягивая за выпавшую уже ножку и отодвигая соотвѣтственнымъ образомъ головку, выполнить операцію удается легко. Что головка *должна* стоять надъ входомъ, или только самымъ малымъ сегментомъ во входѣ и *обладать подвижностью*—это разумѣется само собою.

Кромѣ того, поворотъ на ножки можетъ быть показанъ и *при самомъ правильномъ* положеніи плода, если почему либо въ интересахъ матери, или плода, или обоихъ вмѣстѣ, можетъ потребоваться *быстрое окончаніе* родовъ, невыполнимое при данномъ положеніи произвольно или помощью другихъ операцій (напр. при высокомъ стояннн головки надъ входомъ и т. п.). Такими показаніями могутъ быть:

4) *Выпаденіе пуповины* при предлежаніи головки, если ее (пуповину) не удастся легко и скоро вправить. Предпринимаемая поворотъ и извлеченіе, Вы зачастую положительно

спасаете плоду жизнь, которой грозила весьма серьезная, почти неминуемая опасность.

5) *Предлежаніе дѣтскаго мѣста.* Съ цѣлью остановки кровотечения (разрывъ пузыря, низведеніе ножки, геср., ягодичнаго конца) и *возможности* окончанія родовъ, по требованію обстоятельствъ, помощью экстракціи, операція поворота безспорно показана.

6) *Разрывъ матки.* Такъ какъ дальнѣйшее теченіе родовъ при этомъ останавливается, то, если плодъ *не ушелъ въ брюшную полость*, поворотъ показанъ. Это всецѣло относится къ такимъ случаямъ, когда плодъ *живой*. Въ случаяхъ смерти плода можетъ возникнуть вопросъ о *прободеніи*, которое, въ виду полной безопасности для матери, заслуживаетъ предпочтенія. Впрочемъ, поворотъ при разрывѣ матки съ технической стороны представляется легко выполнимымъ, благодаря образовавшейся подвижности плода.

7) *Эклампсія.* Это состояніе, подобно предъидущему, *само по себѣ*, по моему, *не можетъ служить показаніемъ къ повороту*. Оно служитъ общимъ показаніемъ къ окончанію родовъ, при чемъ операція поворота будетъ играть роль только промежуточнаго момента, давая возможность быстрого окончанія помощью экстракціи. Въ этомъ смыслѣ, если условія для поворота будутъ подходящими, то поворотъ, съ цѣлью скорѣйшаго опорожненія матки, можетъ считаться показаннымъ.

8) *Съуженіе таза* (плоскіе тазы по преимуществу). Ученіе объ узкомъ тазѣ, какъ показаніе къ повороту, введено въ науку довольно давно. Особенно энергично защищаль это показаніе *Osinder* и его ученикъ *Trefurt*. Впослѣдствіи это ученіе нашло себѣ многочисленныхъ приверженцевъ, въ лицѣ *Ritgen'a*, *Siebold'a*, *Naegele*, *J. Simpson'a* и друг. Послѣдній допускаль поворотъ на ножки при *conjug.*, даже до 2,5 д., т. е. близко къ абсолютной степени съуженія таза. Въ болѣе близкое къ намъ время ученіе о поворотѣ при узкомъ тазѣ съ особенной силой и послѣдовательностью пропагандировали нѣмецкіе ученые и преимущественно *Берлинская* школа съ покойнымъ *Schroeder'омъ* во главѣ. Этотъ вопросъ, собственно говоря, всецѣло относится къ патологіи таза, но и здѣсь, въ курсѣ оперативнаго акушерства, до извѣстной степени его нельзя обойти молчаніемъ.

Это показаніе опирается главнымъ образомъ на объясне-

ніе, данное *Simpson*’омъ, по которому *послѣдующая* головка легче проходить черезъ тазовой каналъ, чѣмъ *предлежащая*. Объясненіе *Simpson*’а состоитъ въ томъ, что головку, въ томъ размѣрѣ ея, которымъ она проходитъ черезъ суженное мѣсто, т. е. въ фронтальномъ разрѣзѣ, проходящемъ въ области большихъ бугровъ темянной кости, можно разсматривать какъ „двойной клинъ“, при чемъ основанія прилегаютъ другъ къ другу, а верхушки смотрятъ въ противоположныя стороны. Одинъ такой клинъ будетъ составлять верхнюю, а другой—нижнюю половину разрѣза головки въ вертикальной плоскости, соответствующей мѣстоположенію *foram. magn. ossifit.* Всматриваясь въ геометрическія очертанія двухъ сказанныхъ фигуръ, нельзя не замѣтить, что онѣ не одинаковы. Боковыя стороны верхняго клина сходятся подъ *тупымъ*, а тѣ же стороны нижняго клина—подъ болѣе *острымъ* угломъ. А такъ какъ сила дѣйствія клина, при прочихъ равныхъ условіяхъ, тѣмъ больше, чѣмъ острѣе уголъ его вершины, то, по *Simpson*’у, черепъ долженъ проходить черезъ тазъ легче при ягодичномъ положеніи, чѣмъ при черепномъ.

Вотъ то теоретическое объясненіе, которое положено въ основу ученія о поворотѣ при узкомъ тазѣ и на которое такъ часто и охотно ссылаются.

Посмотримъ нѣсколько внимательнѣе—дѣйствительно ли это объясненіе приложимо къ данному случаю. Мнѣ думается, что это большой вопросъ.

Прежде всего приложеніе теоріи дѣйствія клина для объясненія болѣе легкаго прохожденія послѣдующей головки, сравнительно съ предлежащей, совершенно неосновательно и идетъ прямо въ разрѣзъ съ основными положеніями, принятыми въ механикѣ. Что сила дѣйствія клина находится въ извѣстномъ (опредѣленномъ) отношеніи съ большимъ или меньшимъ угломъ его верхушки—это, конечно, бесспорно, но при этомъ почему-то забываютъ, что въ механикѣ *клинъ* разсматривается какъ тѣло, которое *не измѣняетъ* своей *формы* и, только какъ таковое, подчиняется въ своемъ дѣйствіи тѣмъ или другимъ законамъ и ихъ выраженіямъ—формуламъ. Изъ этого слѣдуетъ, что перенести понятіе о дѣйствіи клина въ ученіе о способѣ прохожденія головки было бы прямо ошибочно. Въ разбираемомъ нами случаѣ получается явное недоразумѣніе: головка, которую хотя въ из-

вѣстномъ смыслѣ разсматривать какъ клинъ, не только не обладаетъ свойствами клина (неизмѣняемость по формѣ), но, наоборотъ, на этой-то способности головки къ измѣненію формы, въ противоположность клину, и основывается единственная возможность ея прохожденія черезъ постоянно неизмѣняемое препятствіе—черезъ тазъ. Иначе говоря, теорія дѣйствія клина годилась бы для объясненія по разбираемому вопросу, если бы головка представляла собою стойкій объектъ—неспособный деформироваться, а тазъ, наоборотъ, способенъ былъ раздаваться.

Итакъ, не форма головки, представляющая ту или другую геометрическую фигуру, имѣетъ существенное значеніе для объясненія различныхъ способовъ прохожденія подлежащей и послѣдующей головки, а способность ея къ конфигураціи, во-первыхъ—и сила, дѣйствующая на головку, во-вторыхъ. Требуется доказать поэтому, что способность конфигураціи подлежащей и послѣдующей головки, во-первыхъ, неодинакова, а во-вторыхъ, что она наиболѣе *выгодна для послѣдующей*, чѣмъ для подлежащей головки. А это въ настоящее, по крайней мѣрѣ, время *не доказано*. Мыслимо, поэтому, что при вступленіи головки во входъ въ тазъ основаніемъ, черепной сводъ будетъ конфигурироваться хуже, чѣмъ при обратныхъ условіяхъ (различная толщина костей, способность заходить одна за другую и пр.).

Далѣе, условія прохожденія подлежащей и послѣдующей головки со стороны изгоняющей силы не одинаковы. Въ одномъ случаѣ головка подчиняется дѣйствию *vis a tergo*, въ другомъ—она *извлекается* руками акушера. А развѣ ктонибудь и когданибудь доказалъ, что эти двѣ силы одинаковы? Кромѣ этихъ двухъ неизвѣстныхъ, здѣсь есть еще и третье, а именно—время или продолжительность прохожденія черезъ узкое мѣсто. Въ одномъ случаѣ оно измѣняется часами, въ другомъ—минутами, но за то въ одномъ случаѣ сила дѣйствуетъ періодически (схватки), въ другомъ—постоянно. Какое вліяніе оказываетъ разница въ этихъ факторахъ,—остается точно также невыясненнымъ.

Изъ сказаннаго слѣдуетъ (по моему), что вышеприведенная попытка объяснить выгодныя стороны прохожденія послѣдующей головки, въ сравненіи съ подлежащей, при узкомъ тазѣ неудовлетворительна. Между тѣмъ для ученія

о поворотѣ при узкомъ тазѣ это было бы очень важно. Если же принять за исходную точку тѣ или другія цифровыя данныя, то этотъ способъ доказательства весьма эластиченъ и имъ легко воспользоваться въ ту и другую сторону. Что касается меня, то, на основаніи видѣннаго въ практикѣ, какъ собственной, такъ и другихъ, я не могъ убѣдиться наглядно въ выгодахъ поворота при узкомъ тазѣ. Въ клиникѣ покойнаго *Schroeder'a* (который былъ, какъ извѣстно, защитникомъ поворота) мнѣ въ очень короткое время пришлось видѣть, напр., 4 прободенія; всѣ они произведены были на послѣдующей головкѣ *послѣ* предварительнаго поворота. Согласитесь, что не стоило дѣлать поворота для того, чтобы быть вынужденнымъ прободать послѣдующую головку. Для меня довольно странно звучитъ выводъ, къ которому приходитъ, напр., *Шаута*¹⁾, когда говорить, что поворотъ умѣстенъ не только при плоскомъ, но и при общесъуженномъ тазѣ не очень высокихъ степеней, „не ради надежды на сохраненіе жизни плода, но для болѣе легкой постановки показаній къ перфораци и для облегченія и укороченія, въ интересахъ матери, родовой работы, требующей въ противномъ случаѣ еще цѣлыхъ дней“.

При установкѣ показаній слѣдуетъ помнить, что способность аккомодациі головки иногда бываетъ просто изумительна. Сплошь и рядомъ, поэтому, встрѣчаются случаи благополучнаго окончанія родовъ при такихъ суженіяхъ таза, гдѣ, казалось бы, на основаніи теоретическихъ разсужденій, роды должны были быть весьма трудными и, во всякомъ случаѣ, требующими активнаго вмѣшательства съ нашей стороны. Возможность такихъ случаевъ основывается, какъ уже сказано, на аккомодационной способности головки—во-первыхъ, и на энергіи и характерѣ дѣйствія родовыхъ силъ—во-вторыхъ. Ясное дѣло, что прежде, чѣмъ рѣшиться на оперативное вмѣшательство, нужно доказать, что однихъ этихъ естественныхъ средствъ недостаточно для своевременнаго и благополучнаго окончанія родовъ. Нужно, стало быть, убѣдиться въ ихъ несостоятельности, а для этого требуется тщательное наблюденіе въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени и способность и навыкъ оцѣ-

¹⁾ „Очеркъ основъ оперативнаго акушерства“, русскій перев. 1805 г., стр. 160.

нивать, по достоинству, наблюдаемое. Приходится выжидать. А въ это время контракціонное кольцо поднимается все выше и выше, нижній сегментъ матки растягивается все больше и больше, количество околоплодныхъ водъ убавляется и подвижность плода уменьшается. Условія для поворота дѣлаются менѣе благопріятными. Вѣроятно, во избѣжаніе этихъ затрудненій совѣтуютъ поступать много „проще“: какъ только распознано суженіе таза—поворотъ нужно считать показаннымъ и приступитъ къ выполнению его немедленно, не дожидаясь даже полного раскрытія зѣва. При этомъ ни характеръ, ни форма суженія таза не противопоказуютъ операциі и чѣмъ раньше она предпринимается, тѣмъ лучше. Это предложеніе вышло изъ акушерской клиники проф. *A. Gusserow*'а (Берлинъ) ¹⁾. Рекомендуемый въ этомъ смыслѣ поворотъ есть не что иное, какъ профилактическая мѣра для устраненія тѣхъ опасностей, которыя *могутъ* возникнуть при головныхъ предлежаніяхъ. Такъ какъ операцию рекомендуютъ предпринимать по возможности ранѣе, не дожидаясь раскрытія зѣва, излітія водъ и т. п., то очевидно, что она предпринимается только *во имя* узкаго таза, при полномъ невѣдѣніи относительно того, какъ пошли бы роды, будучи предоставлены силамъ природы; и нѣтъ никакого сомнѣнія, что сплошь и рядомъ будутъ случаи, въ которыхъ операциія поворота, ничѣмъ не оправдываемая, слабо мотивированная только опасеніемъ затрудненій, *могущихъ* возникнуть въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ,—опасеній довольно проблематичныхъ, *будетъ* просто-на-просто не только *излишней*, самой по себѣ, но повлечетъ за собой и *другую* операцию (экстракцію), а иногда и *третью* (прободеніе послѣдующей головки). Такимъ образомъ, безъ сколько нибудь достаточныхъ основаній на одной и той же роженицѣ можетъ быть сдѣлано *три* операциі, изъ коихъ одна или двѣ подъ наркозомъ, и притомъ въ разное время. Это легко себѣ представить. Слѣдуя основному принципу,—распознавъ суженіе таза,—не теряя времени дѣлаютъ *поворотъ* (подъ наркозомъ) и, затѣмъ, предоставляютъ теченіе родовъ силамъ природы. Но вотъ вслѣдствіе ранняго разрыва пузыря, поворота плода, resp., измѣненія внутриматочнаго давленія, показываются признаки, угрожающіе жизни плода, и

¹⁾ *Nagel*, Arch. f. Gyn. B. 34, H. 1.

въ его интересахъ является необходимость быстрого окончанія родовъ. Приступаютъ къ *экстракци* при неподготовленныхъ еще родовыхъ путяхъ; операція дѣлается съ трудомъ; встрѣчаются осложненія при освобожденіи головки—операція затягивается, и плодъ умираетъ. Во избѣжаніе поврежденій матери при форсированномъ извлеченіи, *прободаютъ* послѣдующую головку. Невольно возникаетъ вопросъ:—зачѣмъ же была произведена эта серія операций, когда къ тому не было никакихъ настоятельныхъ показаній, кромѣ личнаго произвола оператора? И кто поручится, что, если бы не было нашего вмѣшательства, роженица не родила бы сама, быть можетъ, въ нѣсколько болѣе продолжительный срокъ. Это сомнѣніе не только позволительно, но и законно въ томъ случаѣ, гдѣ дѣло идетъ о многорождающей, прежде рождавшей безъ активнаго вмѣшательства. Наконецъ, если бы, на несчастье, родильница заболѣла и умерла, то кто, въ самомъ дѣлѣ, положила руку на сердце, могъ бы сказать, что въ этомъ печальномъ исходѣ оперативное вмѣшательство совершенно не виновато... Такъ въ правѣ думать не только близкіе умершей, но и самъ врачъ, подававшій пособіе, полагаю, не будетъ свободенъ отъ сомнѣній, а быть можетъ и тяжелыхъ угрызеній совѣсти, не позволяющихъ ему „умыть руки“...

Далѣе, допуская поворотъ при узкомъ тазѣ, необходимо выяснитъ послѣднюю степень суженія, при которой можетъ быть выполненъ (съ успѣхомъ) поворотъ, *resp.*, извлечение. Такими предѣлами считаютъ суженіе въ *conjug.* до 2,5 д., т. е. 6—6,5 сант. Другими словами это абсолютное суженіе таза.

Что это? Увлечение ли, въ силу котораго истина приносится въ жертву принципу, или что другое? Для всякаго ясно, что при срочныхъ родахъ, даже при удачномъ, буде возможно, съ технической стороны поворотъ—разсчитывать на извлеченіе плода *живымъ* нѣтъ никакихъ основаній.

Кромѣ того, этимъ образомъ дѣйствій вводятъ въ оперативное акушерство совершенно ложный принципъ насильственнаго вмѣшательства въ теченіе родового акта. Вы знаете, что теченіе родовъ при узкомъ тазѣ совершается по опредѣленному, той или другой формѣ узкаго таза свойственному, механизму, настолько специфическому съ начала до конца,

что, при внимательномъ отношеніи къ дѣлу, не трудно по одному только механизму распознать характеръ таза и наоборотъ. Я думаю, поэтому, что нарушать эти отношенія и измѣнять ихъ по произволу нѣтъ достаточныхъ основаній. Принципъ насильственнаго вмѣшательства, впрочемъ, не новъ. Нѣчто подобное акушерство уже пережило по отношенію, напр., къ лицевымъ положеніямъ, которыя сами по себѣ, какъ таковыя, считались показаніемъ къ оперативному вмѣшательству. Клиническій опытъ (*Lucas Boër*), однако, скоро показалъ, что оперативное вмѣшательство, основанное на такомъ показаніи, не выдерживаетъ критики, и роды, будучи предоставлены своему естественному теченію, оканчиваются вполне благополучно, иногда только въ сравнительно болѣе длинный срокъ. То же, я увѣренъ, будетъ и въ отношеніи разбираемой операціи.

Высказываясь противъ профилактическаго поворота при узкомъ тазѣ въ вышеуказанномъ смыслѣ, я тѣмъ не менѣе признаю разумность этой операціи при узкомъ тазѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Если дѣло идетъ, на примѣръ, о повторно-родящихъ съ относительнымъ суженіемъ таза, у которыхъ предшествовавшіе срочные роды при черепныхъ положеніяхъ неизмѣнно оканчивались рожденіемъ *мертваго* плода, или даже требовали прободенія, то, при наличности тѣхъ же условій, какъ и при предшествовавшихъ родахъ, можетъ возникнуть мысль:—не измѣнить ли черепное положеніе въ ножное и произвольное родоразрѣшеніе замѣнить оперативнымъ, т. е. экстракціей. Правда, операція при такихъ условіяхъ будетъ носить въ извѣстной мѣрѣ эмпирическій характеръ, но въ основаніи ея будутъ лежать анамнестическія указанія, въ видѣ опыта предшествовавшихъ родовъ. Само собою разумѣется, что, рѣшившись въ принципѣ измѣнить черепное положеніе въ ножное, нѣтъ никакой надобности торопиться съ операціей, наоборотъ, не слѣдуетъ мѣшать естественному ходу родовъ въ теченіе всего перваго періода или, по крайней мѣрѣ, воздержаться отъ вмѣшательства до времени излитія водъ. Азбучная истина, что чѣмъ больше будутъ подготовлены родовые пути передъ началомъ операціи—тѣмъ лучше, тѣмъ операція будетъ легче выполнима—не должна быть забываема, а посему наиболѣе желательно и соотвѣтствуетъ интересамъ матери и плода,

производство поворота въ такое время, когда тутъ же—слѣдомъ—можно приступить къ извлеченію. Это стало быть отнюдь не профилактической поворотъ (авторовъ) въ указанномъ смыслѣ. Не подлежитъ сомнѣнію, что предпринимаемая при указанныхъ условіяхъ операція съ извѣстнымъ правомъ можетъ считаться средствомъ эмпирическимъ, на нее можно смотрѣть какъ на попытку, предпринимаемую для спасенія жизни плода, если невозможность (невѣроятность) рожденія плода въ черепномъ положеніи живымъ считается доказанной, а производство другихъ операцій, обезпечивающихъ (навѣрно) рожденіе плода живымъ—признается почему либо неисполнимымъ. Слѣдовательно, исходъ операціи для плода, въ интересахъ коего она только предпринимается, по меньшей мѣрѣ, нужно считать *задательнымъ*, что и должно быть категорически разъяснено ближайшимъ родственникамъ роженицы.

Въ числѣ показаній слѣдуетъ упомянуть еще о поворотѣ *посль прободенія*. Это предпринимается въ томъ случаѣ, когда, почему либо, по требованію необходимости, нельзя извлечь плодъ за головку, напр. при отсутствіи соотвѣствующихъ инструментовъ и т. п. До введенія въ акушерскую практику краниокласта этотъ видъ поворота примѣнялся нерѣдко.

Что касается **противопоказаній**, то объ нихъ я говорить не буду, ибо это, въ сущности, отсутствіе *условія*, необходимыхъ для производства операціи.

Поворотъ на ягодицы. *Versio in clunes.*

Общія *правила* и *условія* для операціи остаются тѣ же, что и для вышеизложеннаго вида поворота (на ножки).

Войдя рукой въ полость матки, проникають до *ягодицъ*; надавливая ихъ снаружи чрезъ брюшную стѣнку навстрѣчу внутренней рукѣ и приближая ко входу въ тазъ, захватываютъ ихъ такимъ образомъ, чтобы указательный и средній пальцы помѣщались между *ножками*, а большой у тазобедреннаго сустава. Впрочемъ, захватываніе ягодицъ и способъ размѣщенія руки *едва ли слѣдуетъ* ограничивать какой либо регламентаціей. Это должно быть предоставлено на личное усмотрѣніе оператора и совершаться по требованію обстоятельствъ,—какъ окажется удобнымъ. Захвативъ *ягодицы*, низ-

вдвигать ихъ *во входъ* въ тазъ, а въ это время другой рукой, черезъ брюшные покровы, *головка* отводится *ко дну* матки. Низведенныя ягодицы удерживаются въ приданномъ имъ положеніи, для чего стараются вызвать нѣсколько сокращеній матки, фиксирующихъ данное предлежаніе. Совѣтъ, въ случаѣ неудачи поворота рукою, замѣнить руку тупымъ *крючкомъ*, вводимымъ въ вышележащій пахъ, я считаю *вреднымъ*.

Показаніями къ повороту на ягодицы могутъ служить *исключительныя* обстоятельства, при которыхъ поворотъ на ножки *неудобоисполнимъ*, или *невозможенъ*, напр., при а) *черезчуръ* высокомъ положеніи ножекъ (*situs arcuatus*), когда онѣ лежатъ выше сократительнаго кольца, далеко ушедшаго вверхъ, при б) врожденномъ отсутствіи ножекъ — *amelus* — и, пожалуй, в) при условіи разрыва матки, когда только ножки ушли въ брюшную полость, а вся масса плода находится въ нижнемъ отрѣзкѣ матки, и, наконецъ, г) при нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзненныхъ состояній плода, наприм., подобно случаю, описанному проф. *М. И. Горвицемъ* подъ именемъ *dystocia foetalis spastica*, гдѣ нижнія конечности вытянуты въ длину, не могли быть отведены отъ передней поверхности плода, хотя анкилоза въ тазобедренномъ сочлененіи не было, далѣе, д) въ случаѣ врожденнаго анкилоза въ этомъ суставѣ и т. п. Акушерское значеніе этой операціи *неизмѣримо ниже* операціи поворота на ножки.

Поворотъ на головку. *Versio in caput*.

Операція поворота на *головку* была, по историческимъ свидѣтельствамъ, извѣстна гораздо ранѣе и пользовалась большимъ распространеніемъ, чѣмъ операція поворота на ножки; съ теченіемъ времени она, мало-по-малу, была почти совсѣмъ вытѣснена послѣдней, во-первыхъ, потому, что поворотъ на ножки имѣетъ извѣстныя преимущества передъ (внутреннимъ) поворотомъ на головку и, во-вторыхъ, потому, что условія и область его примѣненія гораздо обширнѣе.

Задача операціи, какъ видно изъ названія, состоитъ въ *измѣненіи* даннаго *положенія* — въ *черепное*.

Операція можетъ быть выполнена: а) *наружными* приемами, или б) *наружно-внутренними*.

Наружный поворотъ. Поворотъ наружными приемами про-

изводится и на *головку*, и на *ягодицы*, но такъ какъ въ практикѣ онъ примѣняется почти исключительно въ видѣ поворота на головку, то мы и рассмотримъ его въ этой главѣ, тѣмъ болѣе, что техника операціи для того и другого вида въ общемъ одинакова.

Для производства наружнаго поворота необходимо точное знаніе положенія плода, отсутствіе напряженія, чувствительности живота, легкая доступность для захватыванія частей плода и ихъ подвижность.

Операція (при поперечномъ, resp., косомъ положеніи) состоитъ въ слѣдующемъ. Роженица лежитъ на обыкновенной постели, на спинѣ, съ *приподнятымъ тазомъ* и, въ случаѣ нужды (съ цѣлью уменьшить напряженіе стѣнокъ живота), съ приведенными къ животу бедрами. Операторъ, стоя сбоку, располагаетъ свои руки такимъ образомъ, что одна рука дѣйствуетъ на *головку* (лежащую ближе ко входу въ тазъ), другая—на противоположный конецъ туловища. Затѣмъ, *внѣ схватки*, рука, дѣйствующая на *головку*, старается свести ее ко *ходу* въ тазъ, а *другая рука* въ это время *поднимаетъ ягодицы* снизу вверхъ и отодвигаетъ въ ту сторону, куда была обращена головка. Если во время операціи наступаютъ схватка, то операція пріостанавливается. Такимъ образомъ дѣйствуютъ на противоположные *полюсы* плода до тѣхъ поръ, пока не возобновится продольное положеніе (черепное). Этимъ, однако, еще не исчерпывается задача искусства. Такъ какъ головка, искусственно приведенная ко входу въ тазъ, легко можетъ опять уклониться въ ту или другую сторону, то требуется удержать ее на мѣстѣ. Это достигается обыкновенно тѣмъ, что, удерживая данное положеніе головки, *вызываютъ нѣсколько послѣдовательныхъ сокращеній* матки, устанавливающихъ головку въ тазовомъ входѣ; если это не удастся, то, въ случаѣ нужды, *разрываютъ* плодный *пузырь* и такимъ образомъ фиксируютъ головку.

Вышензложенный способъ поворота, помощью наружныхъ пріемовъ, извѣстенъ подъ именемъ способа *Wigand'a*, хотя, безъ сомнѣнія, онъ употреблялся гораздо раньше.

Нужно замѣтить, впрочемъ, что зачастую однимъ только рациональнымъ измѣненіемъ положенія *роженицы* удается возобновить *черепное* положеніе и удержать его до прочной фиксаціи во входѣ. Это особенно относится къ *косымъ по-*

ложеніямъ плода, когда головка находится въ той или другой fossa iliaca. Въ этихъ случаяхъ роженицу кладутъ на *тотъ* бокъ, куда обращена головка. При этомъ ягодицы, какъ объемистая часть вмѣстѣ съ маточнымъ дномъ передвигаются въ ту же сторону, а головка, при условіяхъ нормальной упругости плода, отходитъ къ срединной линіи, resp., ко входу въ тазъ. Этому помогаютъ еще и тѣмъ, что внизу живота, соотвѣтственно fossa iliaca, подкладываютъ какую либо твердую подушку (валикъ), дабы еще болѣе затруднить головкѣ возможность обратнаго движенія. Много разъ мнѣ приходилось и самому убѣждаться и убѣждать другихъ, что кромѣ исправленія положенія плода рѣзко измѣняется и родовая дѣятельность. Сокращенія матки, до того вялыя и рѣдкія, сплошь и рядомъ становятся правильными, энергичными, и роды иногда оканчиваются удивительно скоро. Роженица должна сохранять *данное положеніе* до тѣхъ поръ, пока головка не установится прочно во входъ въ тазъ;—чему, въ случаѣ достаточнаго раскрытія зѣва, содѣйствуютъ разрывомъ плоднаго пузыря.

По поводу *наружнаго* поворота нельзя не упомянуть о томъ, что этотъ приемъ, главнымъ образомъ, долженъ найти себѣ примѣненіе при наличности сокращеній матки, т. е. *во время родовъ*, а не во время *беременности*, какъ это совѣтовали нѣкоторые, особенно французскіе авторы. Не подлежитъ сомнѣнію, что *повернуть* плодъ во время беременности не только возможно, но и очень *легко*, зато *удержать* его въ данномъ положеніи — *трудно*, несматривая на различныя приспособленія, какъ, напр., ceinture eutocie и т. п.

Тѣмъ не менѣе, такъ какъ возможность измѣненія положенія такимъ путемъ не исключается, слѣдуетъ сдѣлать эту попытку. По мнѣнію такого опытнаго акушера, какъ *H. Fritsch*, слѣдуетъ рекомендовать беременнымъ ношеніе бинта на животѣ съ профилактической цѣлью, дабы предупредить образованіе неправильнаго (resp., поперечнаго) положенія. Для того, чтобы можно было ожидать отъ этой мѣры благоприятныхъ результатовъ, *Fritsch* совѣтуетъ начинать ношеніе бинта *непрерывно* уже съ 5 мѣсяца беременности и при томъ носить дѣйствительно *бинтъ*, достаточно *упругій* и хорошо прилаженный, дабы онъ могъ замѣнить разслабѣвшую брюшную стѣнку (у повторно беременныхъ), а не то, что столь

часто практикуется, т. е. подвязываніе живота какимъ нибудь мягкимъ полотенцемъ, вязанымъ поясомъ и т. п.

Что касается показаній къ наружному повороту на головку, то, по мнѣнію моему, онъ можетъ быть примѣняемъ тамъ, гдѣ, при наличности благопріятныхъ условій для его производства, нѣтъ никакихъ *уклоненій* отъ нормы, *кромя неправильности* даннаго положенія, по устраненіи котораго нѣтъ основанія опасаться за своевременное и правильное окончаніе родовъ. Напр., косое положеніе съ головкой, лежащей ближе ко входу въ тазъ, и т. п.

Показанія, устанавливаемыя для этой операціи нѣкоторыми авторами, напр. *Негар'*омъ ¹⁾, кажутся весьма своеобразными. Такъ, въ названномъ руководствѣ показаніе подъ № 3 гласитъ слѣдующее: „Ясно выраженное ягодичное положеніе, если есть основаніе въ отдѣльномъ случаѣ предпочесть роды въ черепномъ положеніи, напр. у перворождающей съ неподатливыми мягкими частями, гдѣ можно (?) ожидать, что произвольное рожденіе послѣдующей головки затянется слишкомъ надолго и ручное извлеченіе можетъ быть произведено только при условіи разрыва промежности“. Едва ли нужно доказывать всю шаткость и неустойчивость этихъ и имъ подобныхъ показаній.

Предсказаніе при поворотѣ на головку наружными приѣмами, конечно, вполне *благопріятно* для матери и плода, если только, въ силу этого, не исключается возможность, въ случаѣ нужды, быстро окончить роды помощью какихъ либо другихъ операцій.

Во всякомъ случаѣ при неправильныхъ положеніяхъ плода исправленіе положенія (наружный поворотъ) является самымъ простымъ и естественнымъ пособіемъ; *съ него и слѣдуетъ начинать*. Если бы эти попытки не дали желаемыхъ результатовъ, тогда можно перейти къ другимъ способамъ. Слѣдуетъ твердо помнить, что и при наружномъ поворотѣ, при всей видимой простотѣ его производства — техника имѣетъ большое значеніе, и потому, я лишній разъ напоминаю Вамъ — старайтесь развивать въ себѣ технику *наружнаго* изслѣдованія беременныхъ и роженицъ. Умѣнье ориен-

¹⁾ „Оперативное акушерство“. Составлено *Шталемъ*. Русскій перев. 1892 г., стр. 60.

тироваться въ данномъ акушерскомъ случаѣ помощью только наружнаго изслѣдованія крайне важно. Тотъ кто сумѣетъ составить себѣ ясное и отчетливое представленіе о положеніи плода и проч., безъ сомнѣнія, будетъ въ состояніи этимъ же путемъ выполнить и операцію поворота безъ особыхъ затрудненій. Въ случаѣ же неудачи не слѣдуетъ непременно настаивать на выполненіи операціи именно наружными приѣмами, дабы не измѣнить къ худшему условія, необходимыя (благопріятныя) для поворота вообще (возможность преждевременнаго излитія водъ и т. п.).

Для поворота на головку, кромѣ *наружнаго* способа, существуютъ способы *внутренняго* и *наружно-внутренняго* поворота. По моему, лучше вовсе не придерживаться этого послѣдняго подраздѣленія, потому что на практикѣ его нельзя строго провести, какъ это указано уже въ главѣ о поворотѣ на ножки.

Общія *условія*, необходимыя для производства (внутренняго, геср., наружно-внутренняго) поворота на головку, суть слѣдующія:

- 1) полное, геср., достаточное открытіе зѣва;
- 2) цѣлость плоднаго пузыря, или недавнее излитіе водъ— во всякомъ случаѣ легкая и значительная подвижность плода;
- 3) правильная сократительная дѣятельность матки и увѣренность въ томъ, что создаваемое черепное положеніе имѣетъ шансы быть устойчивымъ;
- 4) отсутствіе препятствія со стороны таза;
- 5) отсутствіе обстоятельствъ, требующихъ быстраго окончанія родового акта, напр. кровотеченія, выпаденія пуповины и т. д.

и 6) плодъ долженъ быть *живой*, такъ какъ его сохраненіе составляетъ конечную цѣль операціи.

Способы поворота предложено нѣсколько.

1) *Способъ Нохл'я*. Въ рукавъ вводится рука, *разноименная положенію головки*, указательный и средній пальцы вводятся въ зѣвъ и упираются въ подлежащую часть—плечо. Далѣе, плечо немного приподнимается и отодвигается въ сторону, противоположную головкѣ; въ это же время рука, дѣйствующая снаружи на головку, старается соответственными манипуляціями свести ее ко входу въ тазъ. Разумѣется само собою, что все это дѣлается *внѣ* схватокъ.

По восстановленіи черепного положенія, его стараются удержать до прочной фиксаціи, дѣйствуя или снаружи, или разрывая плодный пузырь.

2) *Способъ С. Brauns'a*. Здѣсь дѣйствіе введенной внутрь (*разноименной*) руки распредѣляется такимъ образомъ, что большой палецъ дѣйствуетъ на плечо, а остальными пальцами стараются охватить головку и такимъ образомъ ее низводятъ во входъ въ тазъ, при совмѣстномъ дѣйствіи другой руки снаружи.

3) *Способъ Busch'a*. Въ рукавъ вводится рука, *разноименная* съ той стороной, въ которой находится головка, проводится въ полость матки и располагается на головкѣ такимъ образомъ, что четыре пальца охватываютъ головку, а большой палецъ, на всякій случай (выпаденія пуповины, ручки и проч.), остается свободнымъ. Вскрывъ оболочки, головку низводятъ ко входу въ тазъ и удерживаютъ ее здѣсь до тѣхъ поръ, пока вызванныя растираніемъ живота схватки не фиксируютъ ее достаточно прочно.

4) *Способъ d'Outrepoint'a*. Въ рукавъ вводится рука, *одноименная* съ той стороной, гдѣ лежитъ головка. Дойдя до предлежащей части, рука располагается такимъ образомъ, что четыре пальца охватываютъ часть плода, обращенную кзади, а большой палецъ помѣщается на поверхности плода, обращенной впередъ; дальнѣйшее дѣйствіе состоитъ въ томъ, что плодъ стараются приподнять вверхъ и отодвигаютъ въ сторону ягодицъ, а въ это время другая рука снаружи направляетъ головку ко входу въ тазъ. Фиксація головки и окончательная ея установка достигается, какъ и въ предыдущемъ способѣ, лучше всего, разрывомъ *пузыря, цѣлости* котораго стараются *сохранить*¹⁾ во время операціи, которая производится *внѣ* схватокъ.

Сюда же относится предложеніе *Flamand'a* и, впослѣдствіи *Ritgen'a*—производитъ поворотъ на головку, *дѣйствуя* на *ягодицы*, или же *бедра* плода. Для этого входятъ *всей* рукой въ полость матки и, дойдя до указанныхъ частей, отодвигаютъ ихъ въ противоположную сторону, съ цѣлью заставить такимъ образомъ головку опуститься во входъ въ тазъ.

¹⁾ По моему мнѣнію, это возможно развѣ только въ исключительныхъ случаяхъ.

Въ числѣ изложенныхъ способовъ это самый *несостоятельный*. Во-первыхъ, трудно представить, почему, дойдя до ягодицъ, или даже до бедеръ, нужно стараться возстановить черепное положеніе, а не сдѣлать поворотъ на ножки, который при данныхъ условіяхъ относится, очевидно, къ категоріи легкихъ. Во-вторыхъ, въ самомъ способѣ операциіи есть нѣчто не вполне понятное. Въ самомъ дѣлѣ, если рука оператора отодвигаетъ ягодицу ко дну матки, то какимъ образомъ можно создать продольное положеніе, т. е. установить головку во входѣ, который въ это время долженъ быть занятъ предплечьемъ оператора?

Сравнительныя достоинства другихъ способовъ приблизительно одинаковы. Ближайшая *цѣль*—возстановленіе продольнаго положенія—*достигается* довольно *удовлетворительно*. Но акушерское значеніе поворота на головку, имѣя теоретически вѣрную постановку, не можетъ почти никогда выдержать конкуренціи съ поворотомъ на ножки. Во-первыхъ, потому, что область примѣненія *поворота на головку* суживается значительно такими исключительно благоприятными условіями (цѣлость пузыря, полное или почти полное раскрытіе зѣва, отсутствіе суженія таза и т. п.), которыя въ практической жизни встрѣчаются рѣдко и при которыхъ—не нужно этого забывать—производство *поворота на ножки* всегда будетъ носить характеръ *легкой и быстрой* операциіи. Во-вторыхъ, возстановляя черепное положеніе, Вы, такъ сказать, всецѣло отдаетесь въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ на произволъ судьбы, между тѣмъ очень легко могутъ возникнуть показанія для болѣе быстро окончанія родового акта. При поворотѣ же на ножку—это обстоятельство всегда въ Вашихъ рукахъ. На этихъ и многихъ другихъ основаніяхъ я думаю, что поворотъ на *головку* всегда *будетъ* имѣть *меньшее примѣненіе*, чѣмъ поворотъ на *ножки*.

Предсказаніе при поворотѣ на головку можетъ считаться вполне *благоприятнымъ* какъ для матери, такъ и для плода. Въ общемъ это вѣрно. Но, высказываясь въ такомъ смыслѣ, дѣлаютъ, обыкновенно, большую ошибку, сравнивая это предсказаніе съ предсказаніемъ при поворотѣ на ножки, при чемъ принимаютъ во вниманіе трудные случаи, требующіе глубокаго введенія руки въ полость матки, продолжительныхъ манипуляцій и т. д.—другими словами—оцѣнка обоихъ мето-

довъ берется не *ceteris paribus*, какъ бы слѣдовало, а при совершенно произвольныхъ условіяхъ. Между тѣмъ, если взять для сравненія поворотъ на головку и поворотъ на ножки *при одинаковыхъ* условіяхъ, то,—что бы ни говорили,—*преимущество* всегда будетъ на сторонѣ поворота на *ножки* и, притомъ, самымъ очевиднымъ образомъ.

1) Количество времени, потребное для поворота на ножки, въ этомъ случаѣ будетъ ничуть не болѣе,—если не менѣе,—чѣмъ для поворота на головку.

2) Болѣе глубокое введеніе (весьма относительное, впрочемъ) руки при поворотѣ на ножки, хотя и можетъ потребоваться, но значеніе этого обстоятельства (опасеніе инфекціи?) несомнѣнно будетъ меньше, чѣмъ болѣе глубокое введеніе руки при поворотѣ на головку. Дѣло въ томъ, что вслѣдъ за поворотомъ на ножки Вы имѣете полную возможность быстро окончить роды и, въ случаѣ нужды, дезинфицировать *largæ manû* родовые пути, послѣ же поворота на головку этого сдѣлать по произволу нельзя и приходится ждать окончанія родовъ силами природы, т. е. становиться въ зависимость отъ обстоятельствъ. Каковы бы ни были эти обстоятельства, *продолжительность родового акта* во всякомъ случаѣ будетъ *больше*, чѣмъ при поворотѣ на *ножки* съ послѣдующимъ *извлеченіемъ*.

3) Сокращеніе продолжительности родового акта при условіи безопасности для матери и плода, безъ сомнѣнія, составляетъ весьма цѣнную сторону операціи.

Наконецъ, 4)—изъ условій, необходимыхъ для поворота на головку, ясно, что показанія для этого пособія искусства могутъ встрѣчаться сравнительно рѣдко и прежде всего всѣ мало-мальски трудные случаи неправильныхъ положеній должны быть исключены.

Извлеченіе плода.

EXTRACTIO FOETUS.

Подъ этимъ именемъ разумѣется *цѣлая серія* акушерскихъ операцій, какъ ручныхъ, такъ и инструментальныхъ. Тѣмъ не менѣе, слово „*extractio*“ составляетъ общеупотребительный терминъ для обозначенія *извлеченія* плода черезъ естественныя родовыя пути *за тазовой конецъ*. Такъ какъ эта операція почти исключительно производится помощью однихъ *ручныхъ* приѣмовъ, то она и носитъ названіе „*extractio manualis*“. Предлежанія тазовымъ концомъ могутъ быть—или *ягодичныя* или *ножныя*; эти послѣднія—*полныя*, или *неполныя*, поэтому и извлеченіе можетъ быть—за *ягодицы*, за *ножки* и за *ножку*.

Нѣтъ никакого сомнѣнія, что операція извлеченія практиковалась въ самыя раннія эпохи акушерства, такъ какъ нельзя допустить, чтобы подающій пособіе, видя извѣстное затрудненіе при ягодичныхъ родахъ, напр. задержаніе плечъ, головки и т. п., оставался только равнодушнымъ зрителемъ и не принималъ никакого активнаго участія. Можно даже утверждать, что операція извлеченія производилась гораздо чаще, чѣмъ теперь, потому что мнѣніе древнихъ о ягодичныхъ родахъ было далеко не лестное. Считаая только черепные роды правильными и смотря на положеніе тазовымъ концомъ, какъ на патологическое, акушеръ долженъ былъ вмѣшиваться въ теченіе родовъ. Отголоски стариннаго ученія можно видѣть еще въ не столь отдаленное время, когда предлежаніе тазовымъ концомъ, само по себѣ, служило уже показаніемъ къ оперативному окончанію родовъ, то есть къ операціи экстракціи.

Условія, необходимыя для производства операціи: 1) совершенное, геср., достаточное, раскрытіе зѣва и 2) отсутствіе препятствій со стороны (какъ твердыхъ, такъ и мягкихъ) родовыхъ путей.

Это—условія, при которыхъ производство операціи наиболѣе *благопріятно*. Безъ сомнѣнія, однако, могутъ быть случаи, гдѣ, въ силу необходимости, придется прибѣгать къ операціи при другихъ обстоятельствахъ, такъ что вышеизложенныя условія *не абсолютныя*, другими словами,—нарушеніе или отсутствіе ихъ не исключаетъ еще возможности выполнить операцію, правда, иногда въ ущербъ благопріятному исходу.

Операція производится лучше всего *на поперечной кровати*. Выгоды устройства такой кровати Вы уже знаете; здѣсь онѣ особенно рѣзко выступаютъ, такъ какъ въ различные моменты операціи могутъ возникнуть извѣстныя затрудненія которыя на продольной кровати преодолѣваются съ трудомъ (неудобство производить тракціи внизъ и пр.).

Положеніе роженицы—какъ при поворотѣ, на поперечной кровати; соотвѣтственно данному положенію должно быть, конечно, и надлежащее число помощниковъ.

Вопросъ о *хлороформированіи* при экстракціи обыкновенно рѣшаются отрицательно. По моему, во всѣхъ случаяхъ, гдѣ это удобноисполнимо, операція должна производиться *подъ наркозомъ*,—во-первыхъ, ради гуманитарныхъ цѣлей, а во-вторыхъ, потому, что оператору обезпечивается гораздо большая свобода дѣйствій, чѣмъ безъ наркоза, если, напр., для освобожденія ручекъ или головки понадобится ввести въ тазъ всю руку и проч.

Возраженіе, что при наркозѣ Вы лишаете себя содѣйствія со стороны роженицы въ формѣ произвольнаго натуживанія—не существенно, съ одной стороны потому, что дѣйствіе брюшного пресса можно возмѣстить цѣлесообразнымъ давленіемъ снаружи, а съ другой и потому, что наркозъ не требуется доводить до глубочайшей степени, слѣдовательно какъ сокращенія матки, такъ и рефлекторныя сокращенія брюшного пресса при этомъ не исключаются вполне.

Для того, чтобы быть во всеоружіи при операціи, совѣтуютъ приготовить щипцы, тупой крючокъ, петлю и пр., которые могутъ понадобится при извлеченіи. По моему мнѣнію,

какъ-разъ этихъ инструментовъ *не слѣдуетъ* имѣть подѣ руками, дабы не быть введеннымъ въ искушеніе примѣнить ихъ; операція потому и носитъ названіе „*extractio manualis*“, что она сначала до конца выполняется помощью однихъ *ручныхъ* пріемовъ. Невыгоды инструментальнаго пособія (на живыхъ) мы разберемъ ниже. Тамъ, гдѣ предвидится возможность неудачи при ручномъ извлеченіи (пространственное несоотвѣтствіе) послѣдующей головки, полезно имѣть про запасъ перфораторъ и краниокласть.

Операція извлеченія дѣлится различными авторами или на 3, или на 4 момента. По моему, дѣленіе на 4 момента болѣе выгодно, особенно для начинающихъ. Дѣленіе на 3 момента слѣдующее: 1-й моментъ — отъ начала операцій до извлеченія *плечъ*, 2-й — *освобожденіе ручекъ* и 3-й — *освобожденіе головки*. При дѣленіи на 4 момента, — между 1-мъ и 2-мъ вводится промежуточный: 1-й моментъ — извлеченіе туловища до *пунка*, 2-й моментъ — извлеченіе туловища до *плечъ* (угла лопатокъ), 3-й и 4-й соотвѣтствуютъ 2-му и 3-му моментамъ въ предыдущемъ дѣленіи. Дѣленіемъ на 4 момента имѣютъ въ виду точнѣе обозначить то время, когда слѣдуетъ приступить къ 3-му моменту — *освобожденію ручекъ*. Какъ увидимъ ниже, своевременный переходъ отъ одного момента къ другому очень важенъ.

Для изученія отдѣльныхъ моментовъ операціи возьмемъ извлеченіе за обѣ ножки.

1-й моментъ — извлеченіе до *пунка*. Здѣсь могутъ быть различныя обстоятельства: или ножки лежатъ высоко — въ полости *матки*, или въ *рукавъ*, или уже *внѣ* родовыхъ путей. Въ первомъ и второмъ случаяхъ входятъ рукой въ половой каналъ, захватываютъ ножки такимъ образомъ, чтобы ихъ было удобно держать, и выводятъ наружу. О способѣ захватыванія я уже говорилъ при поворотѣ на обѣ ножки. Если ножки лежатъ *внѣ* половыхъ путей, или онѣ выведены рукой оператора, то ихъ захватываютъ теперь не одной, а обѣими руками, соименными ножкамъ, при чемъ руки располагаются такимъ образомъ, что *четыре пальца* охватываютъ *переднюю* поверхность голени; а *большіе пальцы* лежатъ на *задней* поверхности, располагаясь по длинѣ конечности (не перекрещивая ее, во избѣжаніе перелома). Если ножки плохо удерживаются, — выскальзываютъ изъ рукъ, — то ихъ удерживаютъ

через полотенце или пеленку. Крѣпко захвативъ ножки, приступаютъ къ *тракціямъ* ¹⁾. Тракціи дѣлаютъ *внизъ*—въ первой позиціи, при чемъ ихъ совѣтуютъ дѣлать *во время потугъ*. Если нѣтъ надобности сколько нибудь торопиться, можно слѣдовать этому совѣту, но затягивать безъ нужды операцію, выжидая потугъ, которыя, естественно, въ большинствѣ случаевъ будутъ слабы и рѣдки,—едва ли цѣлесообразно; въ этихъ случаяхъ полезно примѣнить давленіе на головку плода сверху чрезъ брюшные покровы.

При тракціяхъ нужно обращать вниманіе, чтобы точка приложенія силы не слишкомъ далеко отстояла отъ половой щели, другими словами,—по мѣрѣ рожденія ножекъ, ихъ нужно *захватывать* какъ можно *ближе* къ половой щели. Вслѣдъ за прорѣзываніемъ ножекъ показываются ягодичцы; въ это время руки размѣщаютъ такимъ образомъ, что большіе пальцы располагались *по бокамъ крестца* и параллельно ему, а остальные пальцы—*по наружной поверхности тазовыхъ костей и въ паховыхъ сгибахъ* (таб. VII, рис. 23).

Характеръ и направленіе тракцій (внизъ и на себя—подъ острымъ угломъ къ горизонту) *не измѣняются*. Такимъ образомъ выводится нижній конецъ туловища до появленія пупочнаго кольца изъ половой щели.

Этотъ (первый) моментъ операціи существенно отличается отъ послѣдующихъ тѣмъ, что *тракціи* въ это время *дѣлаются медленно*, и чѣмъ медленнѣе и постепеннѣе совершается поступательное движеніе плода по родовому пути, тѣмъ лучше, тѣмъ выгоднѣе какъ для плода, такъ и для матери, ибо это способствуетъ болѣе полному, не форсированному растяженію (подготовленію) родовыхъ путей и, такимъ образомъ, остается менѣе затрудненій на пути прохожденія вышележащихъ, *resp.*, болѣе важныхъ, отдѣловъ плода (туловища и головки). Медленность влеченія въ этомъ моментѣ оправдывается тѣмъ, что до появленія пупочнаго кольца наружу плоду *не угрожаетъ*, обыкновенно, *опасность*, тогда какъ *послѣ* прорѣзыванія пупочнаго кольца эта *опасность становится* весьма *серьезной*. Съ одной стороны это обусловливается тѣмъ, что теперь *пуповина* можетъ быть гдѣ нибудь *прижата* и плодъ

¹⁾ Опредѣленіе и подраздѣленіе тракцій см. ниже, въ главѣ объ операціи наложенія щипцовъ.

можетъ сдѣлать *вдохательное* движеніе, а съ другой стороны тѣмъ, что, такъ какъ *половина туловища* лежитъ уже *внѣ* родовой щели.—полость матки значительно опорожнилась и сократилась. Вслѣдствіе этого площадь прикрѣпленія дѣтскаго мѣста уменьшается, на извѣстномъ пространствѣ можетъ произойти преждевременное отдѣленіе его; условія маточно-послѣдоваго кровообращенія и газообмѣна существенно измѣняются и затрудняются,—т. е. *плоду грозитъ опасность асфиксіи.*

Кромѣ сказаннаго, въ этомъ же моментѣ операціи слѣдуетъ обратить вниманіе на *способъ прохода туловища*. Туловище должно идти—лучше всего—въ *косомъ* размѣрѣ таза, при чемъ къ симфизѣ должна быть обращена *спинная* поверхность плода. Недосмотръ въ этомъ отношеніи можетъ повлечь за собою серьезное затрудненіе при *прохожденіи* черезъ тазъ *головки* (задній видъ) и можетъ стоить жизни плоду. Цѣлесообразнымъ направленіемъ влеченій и своевременно поворачивая прорѣзывающіяся части въ (ту или другую) соотвѣтственную сторону, удастся довольно легко устранить это уклоненіе со стороны туловища и создать правильный механизмъ прорѣзыванія.

2-й моментъ начинается съ появленія пупочнаго кольца и оканчивается прорѣзываніемъ нижняго угла лопатокъ. Это наиболѣе легкій моментъ, и если я выдѣлилъ его при дѣленіи на 4 момента, то имѣлъ въ виду только обратить Ваше вниманіе на то, что третій моментъ операціи (см. ниже) отнюдь не долженъ наступать раньше, какъ по окончаніи втораго момента, другими словами,—*къ освобожденію ручекъ не слѣдуетъ приступать прежде появленія нижняго угла лопатокъ.* Это обстоятельство очень важно и игнорированіе его часто влечетъ за собою затрудненія, которыя были бы невозможны при соблюденіи сказаннаго правила.

Расположеніе рукъ во *2-мъ моментѣ* операціи остается точно такимъ же, какъ и въ концѣ 1-го момента. Несмотря на то, что туловище (спинка впередъ и въ сторону) прорѣзывается все болѣе и болѣе, захватывать его по возможности ближе къ половой щели нельзя, во избѣжаніе поврежденій, главнымъ образомъ, брюшныхъ органовъ плода (печени, кишекъ и пр.). Большіе пальцы можно подвинуть по *задней* поверхности и выше, располагая ихъ параллельно позвоноч-

ному столбу, но остальные пальцы все-таки должны лежать на тазовых костяхъ. Направленіе тракцій—нѣсколько болѣе *горизонтальное*.

Переходя ко второму моменту операціи, нужно, говорятъ, обратить вниманіе на *состояніе пуповины*, которая можетъ затруднить дальнѣйшее свободное движеніе плода. Здѣсь, обыкновенно, предусматриваютъ двѣ возможности: или пуповина натянута, или проходитъ между ножками (плодъ сидитъ, какъ выражаются, верхомъ на пуповинѣ). Въ томъ и другомъ случаѣ получаются затрудненія. Если пуповина натянута, то совѣтуютъ захватить ее двумя пальцами и, *не сжимая*, постараться ослабить, потягивая за плацентарный конецъ. Если же ослабить пуповину нельзя, то слѣдуетъ ее перерѣзать, съ предварительной перевязкой, или безъ оной.

Этотъ совѣтъ я считаю нераціональнымъ. Въ самомъ дѣлѣ, если для уменьшенія напряженія пуповины достаточно *легкаго* потягиванія, то этого не нужно—пуповина, очевидно, не служитъ препятствіемъ; если же нужно ослабить *туго* натянутую пуповину, то сдѣлать это, „не сжимая“ пуповины, невозможно. А изъ физиологіи внутреутробнаго плода Вы знаете, что всякое сжатіе пуповины быстро вызываетъ дыхательное движеніе, слѣдовательно Вы оказываете этимъ очень плохую услугу плоду, не говоря уже о томъ, что, поступаая сказаннымъ образомъ, можно встрѣтиться съ такимъ случаемъ, гдѣ пуповина,—представляясь натянутой,—проходя кверху, будетъ обвита вокругъ шеи плода. Легко понять, какой долженъ получиться эффектъ при желаніи ослабить натянутую пуповину. Въ этомъ случаѣ Вы, въ буквальномъ смыслѣ, будете *затягивать* плоду *петлю на шею*.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ, по моему, проще всего, не предпринимая ничего относительно пуповины, стараться *быстро окончить* извлеченіе. Оно, вѣдь, и не при такой спѣшности,—съ расчетомъ на жизнь плода,—должно быть окончено въ теченіе нѣсколькихъ минутъ, а при надобности можетъ быть ускорено еще болѣе.

Что касается положенія плода *верхомъ на пуповинѣ*, то это прежде всего не должно пройти незамѣченнымъ, когда ягодицы лежатъ еще въ тазу, не говоря уже о томъ, когда ягодицы показываются наружу. Въ это время очень леко сдвинуть пуповину черезъ ту или другую ягодицу, смотря по

обстоятельствамъ; и только при извлеченіи за *обѣ ножки* придется перевести петлю черезъ ножку, предварительно сложенную наиболѣе цѣлесообразно.

Относительно перерѣзыванія пуповины трудно теоретически что либо возразить. Если пуповина дѣйствительно составляетъ препятствіе, то устраненіе его, хотя бы и перерѣзываніемъ, должно имѣть мѣсто. Только не слѣдуетъ оставлять неперевязаннымъ плодовой конецъ пуповины. На перевязку (хотя бы предварительную), гесп., наложеніе зажима, потратится, навѣрно, не больше нѣсколькихъ секундъ, а между тѣмъ этимъ плодъ обезпечивается отъ потери крови, которая въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ быть и роковой. Совѣтъ—замѣнить съ предупредительною цѣлью (отъ кровотечения) перевязку придавливаніемъ пуповины пальцемъ къ той или другой тазовой кости (плода), по моему, непрактиченъ и, если хотите, неисполнимъ. Дѣло въ томъ, что при послѣдующихъ моментахъ операціи,—особенно при освобожденіи головки,—потребуется участіе обѣихъ рукъ, при чемъ расположеніе ихъ будетъ совсѣмъ неподходящимъ для сдавливанія обрѣзка пуповины, которая такимъ образомъ должна быть предоставлена (на произволъ) самой себѣ.

Исходная точка, на основаніи которой совѣтуютъ перерѣзывать пуповину, по преимуществу лежитъ въ опасеніи, что пуповина, будучи *укорочена*, можетъ представить препятствіе для дальнѣйшаго извлеченія—во-первыхъ, и можетъ повести за собою рановременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста—во-вторыхъ, и т. п. По этому поводу не могу не замѣтить, что разбираемое осложненіе со стороны пуповины (значительное укороченіе) если и можетъ встрѣтиться, то лишь *очень рѣдко*, по крайней мѣрѣ мнѣ не разъ приходилось видѣть пуповину длиною въ 18—20 сант., при чемъ рожденіе совершалось безпрепятственно.

Уже къ концу 1-го момента, а въ особенности въ теченіе 2-го и послѣдующихъ моментовъ операціи *очень важно—слѣдить за высотой состоянія маточнаго дна и заботиться о томъ, чтобы по мѣрѣ извлеченія туловища первоначальныя отношенія между головкой и маточнымъ дномъ не были нарушены*, въ противномъ случаѣ членорасположеніе плода, гесп., ручекъ и головки, можетъ измѣниться въ невыгодномъ смыслѣ для благоприятнаго рожденія означенныхъ частей.

Такъ, подбородокъ можетъ отойти отъ груди, ручки могутъ быть запрокинуты за головку и т. н., особенно, если влечение дѣлается *внѣ* схватокъ. Эти неблагоприятныя обстоятельства *очень легко устраняются* цѣлесообразнымъ *надавленіемъ* черезъ брюшныя покровы на *дно матки*, что всего лучше поручить помощнику, resp., акушеркѣ.

3-й моментъ составляетъ, въ сущности, непосредственное продолженіе 2-го момента и состоитъ въ *извлеченіи ручекъ* (мы уже указывали, что со 2-го момента операція должна производиться, по возможности, быстро, если хотятъ извлечь плодъ живымъ). Крайне важно приступить къ третьему моменту *своевременно*. Нужно твердо помнить, что къ освобожденію ручекъ нельзя приступать ранѣе, чѣмъ нижніе углы лопатокъ будутъ *внѣ* половой щели. Только съ появленіемъ лопатокъ извлеченіе ручекъ при правильномъ, то есть ненарушенномъ членорасположеніи, въ большинствѣ случаевъ производится очень легко. Такъ какъ въ это время туловище своимъ поперечнымъ размѣромъ проходитъ соотвѣтственно прямому, или одному изъ косыхъ размѣровъ таза, то, очевидно, одна ручка будетъ лежать *кзади*, другая *кпереди*. Первою *всегда должна быть* освобождаема *кзади лежащая ручка*. Это рекомендуется дѣлать такимъ образомъ, что родившіяся части плода помѣщаются на предплечьи одной руки оператора, а два пальца (указательный и средній, а при нуждѣ—и пол-руки) другой руки, соотвѣтствующей освобождаемой ручкѣ, вводятся въ рукавъ со стороны спинной поверхности плода. Считаю нужнымъ замѣтить, что указанный способъ держанія плода на предплечьи я считаю *неудобнымъ*. Я совѣтую поступать нѣсколько иначе: захвативъ цѣлой рукой (какъ удобнѣе) ножки плода, сильно поднимать за нихъ туловище кверху и отводить его нѣсколько въ сторону, противоположную направленію спинки; при этомъ ножки будутъ отведены въ направленіи того или другого паха матери (таб. VIII, рис. 24). Этотъ маневръ, по нашимъ наблюденіямъ, очень практиченъ и всегда легко выполнимъ, если къ нему приступлено своевременно (то есть послѣ рожденія нижнихъ угловъ лопатокъ), и если плодъ обладаетъ извѣстной степенью упругости (не мертво-гнилой). При такомъ приподнятіи и отведеніи туловища опускается плечевая область, лежащая кзади, и ручка, подле-

жащая освобожденію, нерѣдко рождается почти произвольно. Даже при условіяхъ неблагопріятнаго, геср., нарушеннаго расположенія ручекъ (напр. по бокамъ головки и пр.), этимъ путемъ чрезвычайно облегчается доступъ къ ручкѣ, вслѣдствіе ея пониженія. На фантомѣ каждому очень легко убѣдиться въ справедливости сказаннаго, и я настойчиво рекомендую этотъ приѣмъ.

Войдя двумя пальцами (геср., полурукой) въ рукавъ, проникаютъ по плечу до локтевого сгиба и, надавливая на него книзу и въ сторону, выводятъ ручку изъ половой щели такимъ образомъ, чтобы предплечье и кисть скользили по передней поверхности груди; при этомъ наружу *первымъ* показывается *локоть*, а затѣмъ предплечье и кисть. Такой способъ освобожденія ручки одинаково примѣнимъ какъ въ легкихъ, такъ и въ трудныхъ случаяхъ, особенно въ послѣднихъ. Никогда нельзя себѣ позволить освобождать ручку, *не дойдя* пальцемъ до локтевого сгиба, во избѣжаніе *перелома*, который такъ легко можетъ случиться при несоблюденіи этого правила.

Вслѣдъ за освобожденіемъ кзади лежавшей ручки, другая очень часто выпадаетъ сама при незначительномъ поворотѣ туловища, или безъ него. Если бы этого не случилось, то освобожденіе второй ручки дѣлается точно такимъ же образомъ, какъ и первой. Необходимо помнить, что и эту ручку слѣдуетъ освобождать со стороны промежности. Для этого операторъ захватываетъ туловище съ родившейся уже ручкой двумя руками въ области грудной клѣтки (таб. VIII, рис. 25) и поворачиваетъ его въ *косой* размѣръ, противоположный тому, въ которомъ оно находится, вслѣдствіе чего спинка смотритъ теперь въ противоположную сторону, и ручка, лежавшая кпереди у симфизы, обращается въ крестцовую впадину. Если при этомъ ручка не освободилась произвольно, то ее освобождаютъ точно такъ же, какъ и первую, приподнявши туловище кверху и отводя его соответственнымъ образомъ въ сторону.

Если вся операція съ самаго начала ведена правильно, если въ *первомъ* моментѣ извлеченіе дѣлалось *медленно*, если къ освобожденію ручекъ приступлено *во-время*, если слѣдили надлежащимъ образомъ за *высотой* стоянія *матки*, геср., производили цѣлесообразное надавливаніе чрезъ брюшныя

покровы, если нѣтъ болѣе или менѣе значительныхъ пространственныхъ несоотвѣтствій, то выполнение 3-го момента операціи совершается очень легко. При противоположныхъ условіяхъ въ этомъ моментѣ могутъ возникать **затрудненія**, иногда значительныя. Изъ этого слѣдуетъ, что часто въ этихъ затрудненіяхъ вина должна лежать на самомъ операторѣ, не постаравшемся обезпечить себѣ успѣхъ. Эти затрудненія состоятъ въ неправильномъ, resp., *нарушенномъ расположеніи, ручекъ* плода относительно туловища и головки.

Такъ, 1) ручки могутъ быть вытянуты и лежать по сторонамъ головки; 2) могутъ быть закинута за затылокъ и даже перекрещены въ такомъ положеніи и проч. Въ этихъ случаяхъ затрудненіе можетъ быть двоякаго рода: или по освобожденіи одной (задней ручки) другая не освобождается; или затрудненія встрѣчаются и при освобожденіи *первой* ручки.

Если удалось освободить первую ручку, то для успѣшнаго освобожденія второй ручки необходимо перевести ее въ крестцовую впадину. Для этого *туловище* съ родившейся ручкою захватываютъ, какъ сказано выше, за верхній отдѣлъ груди и *поворачиваютъ* вокругъ продольной оси. Такимъ образомъ обыкновенно удается перемѣстить туловище и неосвобожденную еще ручку въ соотвѣтственный размѣръ таза и кзади. Совѣтъ—пользоваться, въ случаѣ затрудненія, освобожденной уже ручкой, какъ точкой приложенія силы, и, дѣйствуя за нее, стараться повернуть туловище, я считаю непрактичнымъ, если онъ производится самимъ операторомъ, а тѣмъ болѣе, если это поручается помощнику. Если, захвативъ обѣими руками за верхній отдѣлъ грудной клѣтки и плечо съ родившейся ручкой, не удастся повернуть туловище, то на поворотъ его при дѣйствіи за ручку рассчитывать нечего. Если бы перемѣстить туловище, resp., ручку, не удалось, то, не теряя времени, вводятъ въ тазъ со стороны спинки плода 2—4 пальца и, при одновременномъ поворачиваніи туловища, стараются повернуть (сдвинуть) плечико вмѣстѣ съ ручкой въ крестцовую впадину.

Затрудненіе при освобожденіи *вытянутыхъ*, или *запрокинутыхъ* за головку *ручекъ* возникаетъ вслѣдствіе того, что ручки лежатъ очень *высоко*, такъ что до локтевого сгиба добраться очень трудно. Въ такихъ случаяхъ, очевидно, къ

освобожденію ручекъ приступлено *несвоевременно* (ранѣе появленія нижнихъ угловъ лопатокъ). Для облегченія можно сдѣлать сильную тракцію книзу (при одновременномъ надавливаніи на головку черезъ брюшные покровы) и затѣмъ приподнять и отвести туловище въ сторону, какъ сказано выше. Такимъ образомъ, нерѣдко удается смѣстить (понижить) ручки и сдѣлать локтевой сгибъ доступнымъ для пальца. Въ случаѣ нужды, слѣдуетъ ввести не 2 пальца, а *пол-руки* (и даже всю руку), что значительно облегчаетъ операцию. Если бы препятствіе состояло въ томъ, что ручки лежатъ въ неблагопріятномъ размѣрѣ таза, напр., располагаясь по бокамъ головки, онѣ помѣстились въ *прямомъ* размѣрѣ входа, то введенной полурукой нужно постараться *смѣстить* заднюю (или переднюю) *ручку* въ *косой* размѣръ, что при условіяхъ, исключаяющихъ ущемленіе (отсутствіе сьуженія таза и пр.), удается довольно легко.

При *запрокидываніи* ручекъ за затылокъ точно также нужно ввести въ тазъ пол-руки или всю руку, добраться до *локтевого сгиба* и, надавливая сзади напередъ, вывести ручки изъ даннаго положенія, перемѣстивъ ихъ на переднюю поверхность плода.

Если бы, однако, послѣ извѣстныхъ попытокъ, освобожденіе ручки, или ручекъ, не удалось, то непременно настаивать на этомъ не слѣдуетъ. Можно попытаться приступитъ прямо къ послѣднему моменту операциі, т. е. къ извлеченію головки вмѣстѣ съ ручкой или ручками. Это можетъ иногда привести къ цѣли.

Нужно, впрочемъ, замѣтить, что, при затянувшемся освобожденіи ручекъ и затѣмъ головки, расчетъ на извлеченіе плода *живымъ* весьма слабъ. Не нужно дѣлать себѣ иллюзій на этотъ счетъ, и потому въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ затрудненія особенно велики, забота объ интересахъ плода должна уступить мѣсто заботѣ объ интересахъ матери, для которой часто *выгоднѣе не настаивать* непременно на немедленномъ извлеченіи помощью *ручного* приема.

Вопросъ о томъ, можно ли при затруднительномъ освобожденіи ручекъ рѣшиться, — какъ на послѣднее средство, — на *переломъ* ручки, во всякомъ случаѣ долженъ быть рѣшенъ *отрицательно*. Не говоря уже о томъ, что этотъ совѣтъ отзывается грубостью, чтобъ не сказать болѣе, онъ въ прин-

ципъ несостоятеленъ. Если можно освободить ручку, переломивъ ее, то всегда можно освободить ее и безъ перелома, держась указанныхъ правилъ и сообразуясь съ обстоятельствами дѣла. Трудно понять, въ самомъ дѣлѣ, почему ручка, сломанная, напр., въ нижней трети плеча, гдѣ, очевидно, и будетъ точка приложенія силы, должна освободиться легче, чѣмъ та, гдѣ точкой приложенія силы будетъ локтевой сгибъ. При соблюденіи же указанныхъ правилъ и при пониманіи механизма родовъ, достать до локтевого сгиба будетъ всегда возможно тамъ, гдѣ извлеченіе плода *живымъ* вообще возможно. Переломъ и безъ того встрѣчается достаточно часто, чтобы нужно было еще сознательно рекомендовать его. По моему, переломъ есть слѣдствіе торопливости и недостаточно сознательнаго отношенія къ дѣлу и оцѣнки данныхъ обстоятельствъ, и служить, конечно, плохой рекомендаціей для акушера.

Разумѣется, все это относится къ извлеченію *живого* плода.

Кромѣ изложенныхъ, затрудненія могутъ возникнуть при неправильномъ положеніи туловища, напр. при *заднихъ видахъ* ягодичнаго положенія, когда *брюшная поверхность* обращена къ *симфизу*. Изъ предыдущаго понятно, что такое положеніе можетъ быть только при отсутствіи акушерской помощи, или при неправильной подачѣ ея. Въ этихъ случаяхъ для освобожденія ручекъ слѣдуетъ *поставить туловище въ* надлежащій *размѣръ*, — *прямой* или *косой*, согласно требованію нормальнаго механизма, руководясь, между прочимъ, тѣмъ, въ какую сторону поворотъ туловища (при потягиваніи) легче. Съ повертываніемъ туловища, дальнѣйшія затрудненія обыкновенно устраняются.

4-й моментъ — извлеченіе послѣдующей головки. Механизмъ рожденія послѣдующей головки при произвольныхъ родахъ, какъ Вы знаете, состоитъ въ томъ, что головка, находясь въ фазѣ сгибанія, опускается черезъ входъ таза въ поперечномъ или одномъ изъ косыхъ размѣровъ, въ нижней части полости и выходъ устанавливается своимъ стрѣловиднымъ размѣромъ, большею частью соотвѣтственно прямому размѣру таза, и прорѣзываніе черезъ половую щель происходитъ такимъ образомъ, что въ вершину лонной дуги упирается область, лежащая пониже *protuberantia occipitalis externa*, образуя здѣсь неподвижную точку, черезъ которую

проходить ось вращенія головки. По промежности при этомъ выкатываются—подбородокъ, лицо, лобъ, темя и затѣмъ выходитъ изъ-подъ лоннаго соединенія затылокъ. *Чѣмъ полнѣе бываетъ сгибаніе (flexio), тѣмъ меньшимъ размѣромъ головка проходитъ черезъ тазъ и мягкія части.*

При извлеченіи головки оперативнымъ путемъ, задача искусства и должна состоять въ томъ, чтобы создать условія, вполне отвѣчающія тѣмъ, которыя встрѣчаются при естественномъ рожденіи послѣдующей головки, или, по крайней мѣрѣ, близко къ нимъ подходящія.

Способовъ освобожденія послѣдующей головки—довольно много (по Winckel'ю—21). Опишу нѣкоторые.

Задача всѣхъ способовъ распадается на двѣ части: надлежащее устанавливаніе головки и извлеченіе.

1) *Способъ W. Smellie.* Онъ состоитъ въ томъ, что пальцы (2 и 4) одной руки вводятъ въ тазъ со стороны крестцовой впадины, проводятъ до личика, располагая указательный и средній пальцы *по бокамъ носа*,—на foss. canina (таб. VIII, рис. 26). Укрѣпивъ здѣсь два пальца, помощью ихъ стараются произвести *сгибаніе* головки, низдавливая личико къ выходу таза; въ то же время пальцы *другой* руки проводятъ въ тазъ со стороны *лоннаго* соединенія и надавливаютъ ими на *затылокъ* кверху и кзади такимъ образомъ, *чтобы* еще болѣе *усилить сгибаніе*, которое создается помощью пальцевъ, дѣйствующихъ на личико. Полезно помогать *наружнымъ* (черезъ покровы живота) *давленіемъ на головку*, которое поручается помощнику. На это обратили вниманіе еще *Celsus* и позднѣе *Rugh*¹⁾. По моему, иногда надавливать нужно *не на маточное дно*, а сейчасъ *надъ симфизой*,—черезъ нижній отрѣзокъ, подобно тому, какъ это дѣлается при удаленіи послѣда по *Schroeder'у*, ибо головка въ этихъ случаяхъ можетъ уже выйти изъ полога мускула и лежитъ ниже кольца сокращенія. Теперь, слегка опустивъ туловище книзу и поднимая его, затѣмъ, кверху, почти подъ прямымъ угломъ къ горизонту, стараются вывести головку изъ родовыхъ путей, подражая естественному механизму.

Два слова—о *положеніи туловища*. Такъ какъ при из-

¹⁾ Treatise of Midwifery etc. London. 1754, p. 53 и 54. См. *Wigand*, Beiträge zur theoret. u. praktisch. Geburtshülfe etc. H. 2, p. 118. 1800. Hamb.

влеченіи головки обѣ руки оператора заняты, то туловище не должно служить помѣхой. Всего лучше помѣстить его такимъ образомъ, чтобы оно длинникомъ своимъ лежало на предплечьи той руки, которая вводится въ тазъ со стороны крестцовой впадины, при чемъ ножки плода перебрасываютъ по обѣ стороны предплечья, и плодъ, такимъ образомъ, сидитъ какъ бы верхомъ на рукѣ оператора и нисколько не стѣсняетъ свободы его дѣйствій (Таб. VIII, рис. 26).

Способъ *Smellie*, какъ основанный на подражаніи естественному механизму, заслуживаетъ полнаго вниманія. Къ сожалѣнію, онъ выполнимъ только при благопріятныхъ условіяхъ какъ со стороны матери (извѣстное состояніе мягкихъ частей, отсутствіе пространственныхъ несоотвѣтствій, наличность изгоняющей дѣятельности), такъ и со стороны плода (благопріятное положеніе головки и т. п.). Главный недостатокъ его состоитъ въ томъ, что при указанномъ способѣ захватыванія головки нельзя развить достаточной силы, которая иногда должна быть значительной.

Тѣмъ не менѣе этотъ способъ представляется вполне цѣлесообразнымъ для выполнения 1-й половины лежащей на немъ задачи (создать и удержать благопріятное положеніе головки). Если, слѣдовательно, придерживаясь этого способа въ существенныхъ чертахъ, найти возможность примѣнить, по требованію необходимости, болшую силу влеченія, чѣмъ та, которую допускаетъ описанное расположеніе рукъ, то этотъ способъ удовлетворялъ бы всѣмъ требованіямъ, которыя могутъ быть предъявлены въ этомъ направленіи.

2) Такимъ способомъ является комбинація способа *Smellie* съ влеченіемъ за плечики. При этомъ, 2-мъ способѣ, такъ же, какъ и при 1-мъ, размѣщеніе плода и пальцевъ руки, введенныхъ въ крестцовую впадину, остается то же самое. Я совѣтую вводить въ тазъ лѣвую руку, какъ болѣе слабую, ибо задача, предъявляемая къ ней (сгибаніе головки и удерживаніе ея въ этомъ состояніи), въ отношеніи затраты силы,—значительно легче, чѣмъ для другой руки. Правая рука располагается такимъ образомъ, что указательный и средний пальцы въ согнутомъ состояніи размѣщаются со спинной поверхности по сторонамъ шеи на плечевомъ поясѣ (таб. VIII, рис. 26). При этомъ я считаю нужнымъ предостеречь отъ

энергичнаго надавливанія на ключицы, которыя легко сломать. Затѣмъ, дальнѣйшая забота извлеченія лежитъ на *правой* рукѣ, которая, владѣя надежной точкой приложенія силы, можетъ развить эту послѣднюю въ весьма значительномъ количествѣ. Механизмъ прорѣзыванія и способъ выведенія головки (поднятiе туловища въ сказанномъ направленiи) и пр. остаются тѣ же самыя.

Примѣняя постоянно этотъ способъ, я нахожу выгоднымъ, прежде чѣмъ начать влеченiе за плечики, правой рукой сначала *произвести*, согласно указанiямъ *Smellie*, давленiе на *затылокъ* въ извѣстномъ направленiи; это обыкновенно облегчаетъ производство сгибанiя. Самое же извлеченiе всегда соединяю съ одновременнымъ надавливанiемъ на головку (въ опредѣленномъ направленiи) сверху чрезъ брюшныя покровы, которое поручается помощнику.

Названiе этого способа *Smellie-Veit* овскимъ не вполне справедливо, такъ какъ идея соединить дѣйствиe руки на лицо съ влеченiемъ за плечики не связана съ именемъ *G. Veit'a* (1863 г.), а существовала гораздо раньше (*Mauriceau*, 1668 г., *Paul Portal*, 1685 г., *Levret*, 1747 г. и др.); да она, мнѣ кажется, и не могла не возникнуть у всякаго сколько нибудь сообразительнаго акушера въ тѣхъ трудныхъ случаяхъ, гдѣ требовалось развить болѣе или менѣе значительную силу.

3) *Французскiй способъ* (*François Mauriceau* и друг.) отличается отъ предыдущаго тѣмъ, что здѣсь вводятъ указательный палецъ въ ротъ плода и стараются, дѣйствуя на нижнюю челюсть, сначала усилить, герп., создать пригибанiе подбородка къ груди, затѣмъ, удерживая головку въ этомъ состоянiи и размѣстивъ пальцы другой руки виллообразно на *плечахъ* плода, производятъ влеченiе сначала нѣсколько книзу, затѣмъ вверхъ, какъ и въ предыдущемъ способѣ.

Отличiе этого способа отъ предыдущаго состоитъ, слѣдовательно, въ томъ, что *сгибанiе* и *фиксация* головки въ данномъ положенiи достигается дѣйствиемъ на *нижнюю*, а не на *верхнюю* челюсть. Въ этомъ, по моему, состоитъ скорѣе *недостатокъ*, чѣмъ достоинство способа. Дѣйствуя введеннымъ въ ротъ пальцемъ на нижнюю челюсть, безъ сомнѣнiя, легче произвести флексию головки и удержать ее въ этомъ

состояніи, но за то при этомъ возможенъ—при нѣкоторыхъ усиліяхъ и, можетъ быть, особенныхъ условіяхъ состоянія костей—какъ переломъ, такъ и вывихъ нижней челюсти,— обстоятельство, которое не разъ встрѣчалось въ практикѣ.

При размѣщеніи пальцевъ по бокамъ носа на скуловыхъ костяхъ, правда, получается менѣе удобная, но зато болѣе *безопасная* точка приложенія силы; а такъ какъ при правильномъ пониманіи задачъ, лежащихъ на лѣвой (вводимой въ тазъ) рукѣ, требуется примѣненіе незначительнаго количества силы, то захватываніе по *Smellie* заслуживаетъ *предпочтенія*. Что касается возраженія, что при этомъ приходится помѣщать пальцы на относительно вышележащихъ точкахъ лица, до которыхъ достигать сравнительно труднѣе, то оно само собою падаетъ: стоитъ, вѣдь, немного выше подвинуть палецъ по лицу, хотя бы настолько, насколько онъ входитъ (крючкообразно) въ ротъ, чтобы съ успѣхомъ дойти до *fossa canina*.

Кромѣ того, въ нѣкоторыхъ затруднительныхъ случаяхъ для цѣлей сгибанія дѣйствовать на *верхнюю* челюсть будетъ *выгоднѣе*, чѣмъ на нижнюю (палецъ въ ротъ). Такъ, при известной степени фиксаціи черепа, въ первомъ случаѣ Вы дѣйствуете черезъ верхнюю челюсть *на всю массу головки*, во второмъ—только *на имѣющую самостоятельную и значительную подвижность нижнюю челюсть*, влеченіе за которую можетъ и не передаваться головкѣ, а ограничиваться только смѣщеніемъ челюсти и ея отведеніемъ, насколько позволить раскрытіе рта.

Нѣкоторое видоизмѣненіе предыдущаго способа, состоящее въ томъ, что въ ротъ вводятъ *два* пальца и располагаютъ ихъ на зубныхъ отросткахъ нижней челюсти, я не описываю подъ особымъ названіемъ *способа*.

4) *Пражскій способъ* состоитъ въ томъ, что одной рукой захватываютъ ножки, а указательный и средній пальцы другой руки размѣщаются, какъ и въ предыдущемъ способѣ, вилообразно по сторонамъ шеи на плечахъ со спинной поверхности плода. Производя влеченіе обѣими руками внизъ, низводятъ головку къ выходу таза. Это *первый* моментъ операціи. Затѣмъ, дѣйствуя также двумя руками (за плечи и ножки), быстро приподнимаютъ туловище плода вверхъ и направляютъ его къ животу матери—это *второй* моментъ опе-

раціи. Идея способа состоитъ въ томъ, что головка низводится по тазовому каналу (1-й моментъ), затѣмъ она выводится наружу (2-й моментъ).

Что касается оцѣнки этого способа въ ряду другихъ, то этотъ послѣдній стоитъ *неизмѣримо ниже* ихъ.

Въ самомъ началѣ изложенія операціи извлеченія Вы уже видѣли, что въ основѣ ея долженъ лежать принципъ подражанія естественному механизму. А въ этомъ способѣ этотъ принципъ какъ разъ является нарушеннымъ, такъ какъ весьма существенное условіе благоприятнаго рожденія послѣдующей головки, именно ея надлежащее сгибаніе, здѣсь если и не всегда отсутствуетъ, то всегда предоставляется на произволь судьбы или, лучше сказать, на волю обстоятельствъ. А обстоятельства эти весьма часто могутъ быть таковы, что при *п्राжскомъ* способѣ головка должна будетъ прорѣзаться не только не въ фазѣ *сгибанія*, а, наоборотъ, въ фазѣ *разгибанія*, что какъ для матери, такъ и для плода весьма невыгодно (обширныя поврежденія мягкихъ частей родового канала и т. п.). Это можетъ быть, напр., при малорастяжимыхъ мягкихъ частяхъ (у перворождающихъ, особенно немолодыхъ, и т. п.). Не подлежитъ сомнѣнію, конечно, что иногда и такимъ способомъ можно съ благоприятнымъ исходомъ окончить операцію, но это только доказываетъ, что многое можно дѣлать безнаказанно. Разумѣется, это будетъ тогда, когда имѣются всѣ благоприятныя условія для извлеченія. При условіяхъ же, затрудняющихъ извлеченіе, напр. при отклоненіи подбородка отъ груди, при неправильномъ положеніи головки относительно таза и т. п.,—эти состоянія, по понятнымъ причинамъ, только усиливаются, а отнюдь не исправляются, какъ въ предыдущихъ способахъ. Уже этихъ разсужденій достаточно, чтобы показать несостоятельность этого способа. Я не говорю о тѣхъ серьезныхъ поврежденіяхъ, которыя наблюдались не разъ въ практикѣ—разрывъ позвоночнаго столба и т. п. Ихъ, конечно, могутъ относить не къ недостаткамъ способа, а къ его выполненію.

Если я привелъ здѣсь описаніе этого способа, то сдѣлалъ это съ цѣлью *предостеречь* отъ его примѣненія тѣхъ изъ Васъ, кто, можетъ быть, былъ бы подкупленъ въ пользу его авторитетомъ *Kiwisch'a*, *Scanzoni* и др., ставившихъ его выше всѣхъ другихъ способовъ. Да кромѣ того и потому,

что этотъ способъ все еще излагается въ спеціальныхъ руководствахъ.

5) Способъ *Vigand'a* ¹⁾ (1800 г.). Указательный (или указательный и средний) палецъ лѣвой руки вводятъ въ ротъ и, дѣйствуя на нижнюю челюсть, производятъ сгибаніе головки. Правой рукой снаружи чрезъ брюшные покровы *надавливаютъ* на головку со стороны затылка въ сторону лба, стараясь усилить состояніе сгибанія. Затѣмъ одновременно, при потягиваніи за челюсть лѣвой рукой (снутри), правой рукой *производятъ давленіе* на головку сверху внизъ (снаружи чрезъ брюшные покровы) и, такимъ образомъ, оканчиваютъ извлеченіе. Влеченіе за нижнюю челюсть служить не столько для поступательнаго движенія головки, сколько для направленія этого движенія и пригибанія подбородка къ груди; сила же прилагается чрезъ брюшные покровы на головку, которая какъ бы выдавливается (снаружи и сверху). Такимъ образомъ, дѣйствіе наружной руки замѣняетъ, геср., восполняетъ недостаточную дѣятельность изгоняющихъ силъ.

Этотъ способъ, по мнѣнію *A. Martin'a* (1886 г.), *E. Vinckel'я* (1888 г.) и др. ²⁾, оказывается весьма дѣйствительнымъ даже въ трудныхъ случаяхъ. Съ своей стороны замѣчу, что *наружному давленію* на головку я *придаю* весьма большое значеніе и совѣтую пользоваться имъ и при другихъ способахъ освобожденія головки.

Собственно говоря, въ каждомъ случаѣ освобожденія послѣдующей головки я широко пользуюсь наружнымъ давленіемъ, которое выполняется или лично, или чрезъ помощника, геср., помощницу, которымъ *заранѣе* нужно растолковать, что отъ нихъ требуется. Если я дѣйствую самъ, то выполняю это правой рукой, при чемъ надавливаніе производится во все время извлеченія, или надавливаніе чередуется съ влеченіемъ правой рукой за плечики. При этомъ нужно обращать вниманіе и на направленіе надавливанія: оно должно быть не только сверху внизъ, но и спереди назадъ—подъ мысь—въ направленіи крестцовой впадины. Что надавливаніе снаружи

¹⁾ 1. с.

²⁾ Называть этотъ способъ *именами указанныхъ авторовъ*, какъ это дѣлаютъ нѣкоторые, по моему, — неправильно.

весьма значительно облегчаетъ извлеченіе, въ этомъ Вы можете убѣдиться на первомъ же случаѣ. Къ сожалѣнію, оно не всегда примѣнимо, по крайней мѣрѣ въ желаемой степени. Напряженіе стѣнокъ живота, значительное ожиреніе ихъ и пр. понижаютъ тонкость ощущеній, которая однакожь существенно необходима. Въ виду столь непосредственнаго соприкосновенія рукъ оператора съ *покровами живота*, эти послѣдніе должны быть предварительно такъ же тщательно *обеззаражены*, какъ половыя части роженицы и руки самого оператора. Я обращаю Ваше вниманіе на это потому, что мнѣ слишкомъ часто приходилось видѣть, что люди, воспитанные въ правилахъ асептики и антисептики, упускали изъ виду это (важное) обстоятельство.

Чтобы покончить съ техникой извлеченія, мнѣ остается указать Вамъ на тѣ *затрудненія*, которыя могутъ возникать при выполненіи 4-го момента операціи. Извлеченіе головки можетъ быть затруднено: 1) *нарушеннымъ членорасположеніемъ*, 2) *нарушеніемъ механизма*, 3) *несообразностью между головкой и тазомъ* и 4) *состояніемъ зва*.

Если головка не находится въ состояніи сгибанія, если подбородокъ отошелъ отъ груди, то, прежде чѣмъ приступить къ извлеченію, слѣдуетъ *исправить* положеніе головки. Это отлично удается обыкновенно помощью *Smellie* и *Mauriceau-Levet* овскаго способовъ. Помѣстивъ пальцы согласно указаніямъ этихъ авторовъ, стараются произвести надлежащее сгибаніе головки. Если верхній сегментъ головки ясно ощупывается наружной рукой, то надавливаніемъ сверху чрезъ брюшные покровы полезно содѣйствовать сгибанію головки.

Если головка вступила уже въ *полость* таза, но не совершила надлежащаго поворота, такъ что *подбородокъ* смотреть или *въ одну изъ сторонъ*, или обращенъ *къ лонному соединенію* (задній видъ), то въ этомъ случаѣ поступаютъ такимъ образомъ, что пальцами введенной руки достигаютъ до личика и, избирая, согласно разновидностямъ способовъ, ту или другую точку для приложенія силы, стараются повернуть лицо въ крестцовую впадину. Это зачастую легко *удается*, особенно если къ этому *присоединить* одновременно несильное *влеченіе* за туловище. Головка, *находясь въ фазѣ сгибанія* и опускаясь при тракціи ниже по тазовому каналу, уже по законамъ естественнаго механизма, должна поворачиваться подбород-

комъ кзади, а при дѣйствии на лицо это совершается еще легче. Если бы поворотъ не совершился, то можно попробовать поступить такимъ образомъ, что одна рука будетъ дѣйствовать на лицо (щеку), другая (съ противоположной стороны)—на затылокъ, и такимъ образомъ заставить головку повернуться вокругъ вертикальной оси. При положеніи подбородка, напр., влѣво, правая рука будетъ производить надавливаніе на правую щеку, дѣйствуя спереди назадъ и отчасти сверху внизъ, а лѣвая на затылокъ—въ противоположномъ направленіи.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣло идетъ о *заднихъ видахъ* (головка въ полости таза), когда, слѣдовательно, *подбородокъ* обращенъ къ *лонному соединенію*, поступаютъ двоякимъ образомъ:

или, а) если можно достать до той или другой части лица (подбородокъ, ротъ, скуловые кости), то, подражая естественному механизму, стараются произвести сгибаніе головки, которая, понижаясь, можетъ родиться въ этомъ положеніи. Для этого при тракціи туловище плода *опускаютъ* книзу, и изъ-подъ лоннаго соединенія показываются подбородокъ, лицо, лобъ и остальная часть головки (таб. IX, рис. 27). Если это не удастся, то, удерживая произведенное состояніе сгибанія, быстро *поднимаютъ* туловище (вышеизложеннымъ способомъ) кверху въ томъ же направленіи, какъ и при переднихъ видахъ. Въ этомъ случаѣ освобожденіе головки идетъ обратнымъ (чѣмъ при переднихъ видахъ) порядкомъ: *неподвижная* точка и ось вращенія головки приходятся или *на переноски*, или на *скуловыхъ* костяхъ; первымъ выходитъ (изъ-за промежности) затылокъ, затѣмъ черепъ и лицо.

Или, б) если *подбородокъ* очень далеко отошелъ отъ груди, гср., стоитъ у *верхняго* края лоннаго соединенія, и возстановить состояніе сгибанія невозможно, — стараются провести головку черезъ тазъ въ фазѣ *разгибанія*. Для этого поступаютъ такимъ образомъ, что двумя пальцами производятъ давленіе на подбородокъ снизу вверхъ, чтобы *усилить* состояніе *разгибанія*, при чемъ подбородокъ уходитъ иногда за верхній край лоннаго соединенія. Въ такомъ положеніи головка проходитъ черезъ тазъ сравнительно меньшими размѣрами. Въ это время пальцами другой руки, на которой лежитъ туловище, захватываютъ сзади за плечики и поднимаютъ плодъ сильно кверху (таб. IX, рис. 28). Механизмъ прорѣзыванія

головки въ этомъ случаѣ въ общемъ будетъ точно такой же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, только *неподвижная* точка, лежащая у нижняго края лоннаго соединенія, здѣсь придется на передней поверхности шеи.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда приходится извлекать головку, стоящую *во входъ*, или еще *надъ входомъ* въ тазъ, всегда нужно сообразоваться съ механизмомъ вступленія послѣдующей головки въ тазъ. Нужно помнить, что головка вступаетъ *во входъ* въ тазъ или въ *поперечномъ* размѣрѣ, или въ одномъ изъ *косыхъ* и, только пройдя входъ, *въ полости* поворачивается въ *прямой* размѣрѣ, обращаясь подбородкомъ *кзади*. Для того, чтобы искусственно провести головку черезъ всю длину тазоваго канала, пальцами введенной руки слѣдуетъ поставить головку длинникомъ въ поперечный размѣръ входа, произвести сгибаніе и, удерживая его (сгибаніе), влеченіемъ за туловище (плечики) низводить головку въ полость таза. И *здѣсь*, какъ и вообще при освобожденіи головки, *весьма полезно* производить *цѣлесообразное надавливаніе* на головку (передній ея отдѣлъ) *сверху*, черезъ нижній отрѣзокъ матки, т. е., содѣйствовать сгибанію и поступательному движенію головки (вступленію въ полость таза). Если удалось низвести головку *въ полость*, то, согласно вышесказанному, нужно позаботиться о *поворотѣ* ея подбородкомъ *кзади*. Такой способъ обращенія съ головкой особенно строго долженъ быть выдерживаемъ при существованіи пространственныхъ несоотвѣтствій (между головкой и тазомъ), напр. *при узкихъ*, resp., *плоскихъ тазакъ*. Въ такихъ случаяхъ *Trefurt* (ученикъ *Osiander'a*) и позже *E. Martin* (отецъ) особенно указывали на возможность провести головку черезъ суженное мѣсто *меньшимъ* діаметромъ (*bitemporal'нымъ*), искусственно *смѣщая затылокъ* въ соотвѣтственную половину таза. Съ своей стороны и я считаю это очень важнымъ. За какую часть плода производить влеченіе, то есть за плечики ли виллообразно расположенными пальцами, или за ножки (захвативъ ихъ рукою) съ цѣлью болѣе равномернаго распредѣленія силы на весь позвоночникъ, а не на шейные только позвонки (*Hueter*),—сказать не легко. Думается мнѣ однако, что это существенно важнаго значенія не имѣеть.

Затрудненія со стороны *зтва* могутъ встрѣтиться, если при мало растянутомъ нижнемъ сегментѣ матки, при не-

вполнѣ открытомъ зѣвѣ, извлеченіе производится нѣсколько форсированно. По извлеченіи изъ матки верхнихъ отдѣловъ туловища, толстые края зѣва переходятъ на менѣе объемистую шейку плода и спадаются, а можетъ быть и судорожно сокращаются; головка, лежащая по *ту* сторону зѣва, задерживается. Это вдвойнѣ невыгодно. Во-первыхъ, потому, что при дальнѣйшемъ влеченіи за туловище, если это явленіе своевременно не распознано, легко можетъ нарушиться правильное отношеніе головки къ туловищу (сгибаніе), а во-вторыхъ, это препятствіе затягиваетъ продолжительность операціи. Рукой, введенной въ тазъ для освобожденія головки, это осложненіе легко распознается. Для устраненія его необходимо провести между краемъ зѣва и головкой 2—4 пальца, сдѣлать сгибаніе (по *Smellie*) и извлекать по общимъ правиламъ. Въ одномъ случаѣ, гдѣ, дѣйствуя на верхнюю челюсть, не удалось освободить головку, я провелъ пальцы выше и, надавливая на черепъ (лобныя кости) сверху внизъ, при одновременномъ потягиваніи за плечики, извлекъ головку довольно легко. Еще разъ считаю нужнымъ напомнить Вамъ, что если есть возможность дѣйствовать на головку *сверху*, надавливая снаружи *черезъ брюшныя покровы*, гср., черезъ нижній сегментъ матки,—всегда слѣдуетъ пользоваться этимъ.

Какъ бы ни были сами по себѣ удовлетворительны различные способы извлеченія послѣдующей головки, они иногда всетаки не ведутъ къ цѣли. Въ такихъ случаяхъ совѣтуютъ прибѣгать къ *наложенію щипцовъ*. Описаніе способовъ этой операціи и ея значеніе будетъ изложено ниже, въ главѣ о наложеніи щипцовъ. Здѣсь же обращаю Ваше вниманіе на то, что если при встрѣченныяхъ затрудненіяхъ на освобожденіе головки затрачено много *времени* и усилій, то вѣроятность извлеченія плода *живымъ* становится (почти) равной нулю. Поэтому, въ такихъ случаяхъ, гдѣ надежда на сохраненіе жизни плода потеряна, въ интересахъ матери нужно своевременно подумать объ операціяхъ, уменьшающихъ объемъ плода.

Извлеченіе за одну ножку. Какъ при естественныхъ родахъ, такъ особенно послѣ поворота, извлеченіе часто приходится дѣлать не за *обѣ*, а за *одну* какую либо ножку. Оно совершается слѣдующимъ образомъ.

Ножку выводятъ изъ рукава и, захвативъ (за голень), дѣлаютъ тракціи книзу. По мѣрѣ выхожденія ножки (нижней

копечности) наружу, влекущая рука (руки) передвигается ближе къ половой щели. Ножка, гдѣ бы она первоначально ни лежала, поворачивается (при влеченіи) кпереди; вслѣдствіе этого одно положеніе плода, какъ это было уже разъяснено при операціи поворота, переходитъ въ другое. Если влеченіе производится, наприм., за *правую* ножку и раньше она лежала *кзади*, то туловище плода въ дальнѣйшемъ движеніи принимаетъ положеніе, какъ при *второмъ* ягодичномъ, и наоборотъ. Влеченіе за ножку книзу, затѣмъ книзу и горизонтально (подъ острымъ угломъ), продолжается до тѣхъ поръ, пока не опустится глубоко вторая ягодица. Тогда указательный палецъ одноименной руки сзади и снаружи вводится *въ паховой сгибъ*, и влеченіе производится теперь обѣими руками. По мѣрѣ напиранія ягодицы на промежность, влеченіе производится въ болѣе горизонтальномъ направленіи и нѣсколько вверхъ (таб. VII, рис. 22). Что касается второй ножки, идущей согнутою, то, по рожденіи ягодицъ и при подниманіи ихъ кверху, она обыкновенно выскальзываетъ изъ половой щели. *Отнюдь не слѣдуетъ* прилагать какихъ либо заботъ о ея освобожденіи, такъ какъ при этомъ легко можно произвести то или другое поврежденіе ея, и всего чаще (лучше)—переломъ.

Извлеченіе за одну ножку, собственно говоря, не труднѣе извлеченія за обѣ ножки, какъ это полагали, и потому не только можетъ быть допущено, но и *прямо желательнo*, въ виду тѣхъ выгодъ для плода, которыя изложены при разсмотрѣннн вопроса о поворотѣ на одну ножку (стр. 143 и слѣд.).

Извлеченіе за ягодицы. Extractio foetus clunibus praeviis.

Смотря потому, въ какомъ отдѣлѣ таза находятся ягодицы, образъ дѣйствій оператора будетъ нѣсколько различный. Ягодицы могутъ стоять или высоко *надъ входомъ*, или *во входъ*, или же болѣе или менѣе глубоко *въ полости*. Точкой приложенія влекущей силы во всѣхъ этихъ случаяхъ служатъ, конечно, *паховыя области*—или обѣ, если это возможно или одна. Возьмемъ, для примѣра, *высокое* стояніе ягодицъ, которыя обыкновенно лежатъ или въ поперечномъ размѣрѣ таза, или въ одномъ изъ косыхъ. Для того, чтобы присту-

пить къ извлеченію, требуется захватить *пахъ*. Спрашивается: какой? Одни авторы совѣтуютъ захватить тотъ, который лежитъ ближе къ симфизѣ—*передній*, другіе, наоборотъ—*задній*. Первые основываются на томъ, что передній пахъ лежитъ нѣсколько ниже, слѣдовательно, болѣе доступенъ (впрочемъ, при высокомъ стояніи ягодицъ—задняя ягодица можетъ быть и ниже передней). Вторые, наоборотъ, исходятъ изъ соображенія, что задній пахъ легче достать, потому что со стороны крестцовой впадины больше свободнаго пространства, позволяющаго болѣе высокое введеніе руки и болѣе удобное ея положеніе. Кто правъ?

На это, мнѣ кажется, отвѣтить можно очень просто. Если доступны оба паха, захватите тотъ, который *удобнѣе* и легче можно достать. Что касается выбора руки, то слѣдуетъ выбирать ту, которая представляется болѣе подходящей. Въ большинствѣ это будетъ рука, соответствующая захватываемому паху; *иногда*, впрочемъ, *лѣвая* рука можетъ оказаться удобнѣе для захватыванія *праваго* паха и наоборотъ. Наприм., при *заднемъ* видѣ *второго* ягодичнаго положенія *правый* пахъ, лежащій въ правой половинѣ ближе кпереди, удобнѣе захватить *лѣвой* рукой, а *задній-лѣвый*, наоборотъ—*правой*, имѣя въ виду подойти къ паху сзади и снаружи. Тѣхъ же указаній, по отношенію къ захватыванію того или другаго паха, слѣдуетъ держаться и при *стояннн* ягодицъ *въ полости*. При этомъ, если ягодицы опустились настолько низко, что можно захватить оба паха, то къ этому прибѣгаютъ весьма охотно, такъ какъ это значительно облегчаетъ влеченіе.

Захватываніе должно производить крючкообразно согнутымъ указательнымъ пальцемъ, подходя къ паху снаружи и сзади и помѣщая палецъ *въ паховомъ сгибѣ*. На это послѣднее обстоятельство слѣдуетъ обратить самое *серьезное вниманіе*, и уклоненіе отъ этого правила можетъ имѣть весьма печальныя послѣдствія. Только тогда примѣненіе известной силы при извлеченіи безопасно для плода, если влекущая сила прикладывается *къ тазу* (палецъ строго въ паховомъ сгибѣ), а не *къ бедру* (положеніе пальца не соответствуетъ сгибу, приходится нѣсколько кпереди). Въ этомъ послѣднемъ случаѣ очень легко происходятъ *переломы* бедра, механизмъ которыхъ вполне понятенъ.

Помѣстивъ палецъ надлежащимъ образомъ, приступаютъ къ *тракціямъ*. Тракціи производятся съ значительной *силой* и въ направленіи *книзу*. Если есть на-лицо потужная дѣятельность, то тракціи дѣлаютъ *во время схватокъ*, если ихъ нѣтъ или онѣ слабы, я совѣтую соединить тракцію съ энергичнымъ *надавливаніемъ* на маточное дно (*геср.*, на головку). Этотъ приѣмъ я примѣнялъ всегда съ большою пользою.

Послѣ нѣсколькихъ сильныхъ тракцій дѣлаютъ паузу, при чемъ, особенно при трудныхъ извлеченіяхъ, совсѣмъ *вынимаютъ* изъ рукава *руку*, съ цѣлью дать ей отдыхъ, такъ какъ палецъ, находясь въ принужденномъ положеніи, очень скоро устааетъ и для дальнѣйшей дѣятельности оказывается непригоднымъ. Ради этихъ же цѣлей *пальцы* рукъ иногда приходится *мнять*. Тракціи однимъ пальцемъ продолжаютъ до тѣхъ поръ, пока ягодицы не понизятся и оба паха не сдѣлаются доступными для захватыванія; тогда извлеченіе совершается помощью обѣихъ рукъ (таб. VII, рис. 21). Уже въ это время нужно обращать вниманіе на отношеніе спинки плода къ тазу и смотрѣть за тѣмъ, чтобы спинка была обращена въ сторону и нѣсколько кпереди, т. е. чтобы поперечный размѣръ ягодиць (и туловища) совпадалъ съ косымъ (или прямымъ) размѣромъ таза. Въ случаяхъ затруднительнаго выведенія ягодиць чрезъ половое кольцо (неподатливость мягкихъ частей и пр.) можно примѣнять *качательныя* тракціи (сверху внизъ, *геср.*, спереди назадъ),—это несомнѣнно облегчаетъ извлеченіе. При прорѣзываніи ягодицы приподнимаютъ кпереди, при этомъ боковое сгибаніе плода значительно увеличивается. По рожденіи ягодиць упругая половая щель первородящихъ замѣтно поднимаетъ родившіяся части къ лобковой дугѣ, и ягодицы (а за ними часто и спинка) явственно поворачиваются кпереди, и поперечный размѣръ ягодиць почти совпадаетъ съ поперечнымъ размѣромъ выхода. Здѣсь такъ же, какъ и при извлеченіи за одну ножку, не слѣдуетъ *дѣлать* никакихъ *попытокъ* къ выведенію *ножекъ*; достаточно приподнять прорѣзавшіяся ягодицы нѣсколько кверху и слегка потягивать,—тогда ножки выпадаютъ со стороны промежности сами собой, безъ затрудненій.

Извлеченіе *за ягодицы*, какъ въ отношеніи техники, такъ и затрачиваемой силы, значительно *труднѣе*, чѣмъ извлеченіе за *ножки*, или за *ножку*. Въ виду этого я считаю *весьма*

практичнымъ совѣтъ,—имѣя дѣло съ предлежаніемъ ягодицъ, при условіи *высокаго* (подвижного) *стоянія* ихъ (resр., надъ входомъ, или во входѣ), вмѣсто того, чтобы предпринимать извлеченіе за *ягодицы*, буде есть возможность проникнуть рукою до ножки, *свести* эту послѣднюю въ *рукавъ*, т. е. превратить *ягодичное* предлежаніе въ *полуягодичное* съ *пониженіемъ* ножки. Для устраненія недоразумѣній, считаю нужнымъ обратить Ваше *особенное* вниманіе на то, что если плодный пузырь цѣль, то *рвать* его, безъ надлежащихъ показаній, только для того, *чтобы низвести ножку*, ни въ какомъ случаѣ *не слѣдуетъ*. Имѣя въ своемъ распоряженіи ножку, акушеръ можетъ приступить къ окончанію родовъ по первому требованію обстоятельствъ. Что такое измѣненное положеніе въ связи съ послѣдующимъ извлеченіемъ само по себѣ не служитъ въ ущербъ плоду,—это разумѣется само собою и доказано какъ теоретически, такъ и безчисленными наблюденіями у постели роженицъ самыми выдающимися наблюдателями. Для того чтобы понять сущность этого приема, нужно оцѣнить надлежащимъ образомъ его значеніе. Это вовсе не первый актъ, за которымъ неизбѣжно должна слѣдовать экстракція. Это не что иное, какъ разумная, такъ сказать, профилактическая мѣра, которая, будучи безвредной для матери и для плода, даетъ всѣ шансы для сравнительно болѣе легкаго и безопаснаго извлеченія, буде таковое понадобится въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ. Возраженіе противниковъ, что это низведеніе сопряжено съ серьезными опасностями для матери и плода, такъ какъ при этомъ легко могутъ произойти переломы конечности и даже разрывъ матки (sic!)—не могутъ подорвать кредита этого приема. Всѣ эти воображаемыя опасности могли бы встрѣтиться только тогда, если бы низведеніе ножки производилось при ягодицахъ, вступившихъ уже въ *полость* таза, для чего ихъ пришлось бы поднять кверху, вывести за *lineam innominatam* и, затѣмъ, достать во что бы то ни стало ножку. Такой образъ дѣйствій, конечно, не можетъ найти достаточныхъ оправданій, да онъ едва ли кому и можетъ придти въ голову. Совѣтъ ¹⁾—прибѣгать къ этому приему, хотя бы въ видѣ попытки, при ягодицахъ, стоящихъ уже въ *полости* таза при маломъ объемѣ ихъ и при широ-

¹⁾ См. Шнигелъбергъ, „Учеб. акушерства“, § 798, русскій перев. 1879 г.

комъ тазѣ, я считаю излишнимъ, такъ какъ данныя условія устраняють и сами по себѣ *исключаютъ трудность* извлеченія.

Несмотря на то, что операція извлеченія есть операція чисто *ручная* (*extractio manualis*), въ нѣкоторыхъ затруднительныхъ случаяхъ и при ней примѣняются различныя инструментальныя пособія. Сюда относятся: извлеченіе помощью *тупого крючка*, или крючковъ, извлеченіе помощью различнаго рода *петель* и, наконецъ, помощью *щипцовъ*, какъ обыкновенныхъ *головныхъ*, такъ и особенныхъ—*ягодичныхъ*.

Наложеніе крючка совершается такимъ образомъ, что крючокъ плашмя вводится подъ руководствомъ руки въ тазъ и, подъ руководствомъ же пальца, дойдя до пахового сгиба снаружи, помѣщается въ немъ такимъ образомъ, что *носики* крючка проходитъ *между бедеръ* плода и долженъ свободно прощупываться по внутренней поверхности соотвѣтственнаго бедра. Дальнѣйшее дѣйствіе состоитъ въ извлеченіи за рукоятку крючка. Крючокъ обыкновенно накладываютъ на *передній* пахъ, а если это затруднительно, то стараются захватить задній. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно захватить *оба* паха, накладываютъ, по изложеннымъ правиламъ, *два* крючка. Вотъ техника. Назначеніе крючка состоитъ въ томъ, чтобы замѣнить палецъ; въ этомъ, говорятъ, и заключается безспорная выгода инструмента.

Не подлежитъ сомнѣнію, что извлеченіе помощью крючка выполняется легче, сравнительно съ извлеченіемъ пальцемъ, такъ какъ при дѣйствіи пальцемъ *нельзя* развить столь значительной силы, какъ при употребленіи крючка. Это совершенно вѣрно, но видѣтъ въ этомъ преимущество крючка предъ пальцемъ, по моему мнѣнію, крайне ошибочно. *Это* скорѣе *недостатокъ*, и при томъ очень крупный. Тѣмъ-то именно и дорого извлеченіе пальцемъ, что при немъ нельзя развить большой силы. Вѣдь если бы дѣло шло только о количествѣ силы, то легко можно было бы достигъ этого и безъ крючка. Стоитъ только ввести въ паховой сгибъ вмѣсто одного—*два пальца* и, соотвѣтственно этому, сила будетъ больше. Но этого-то какъ разъ и нужно избѣгать въ интересахъ плода. Я категорически настаиваю на томъ, чтобы извлеченіе производилось только *однимъ* пальцемъ, какъ бы это затруднительно ни казалось. Правда, это болѣе хлопот-

ливо, требуетъ больше терпѣнія, приходится, какъ сказано, не разъ мѣнять пальцы, но зато здѣсь сила не переходитъ въ *насиліе* и нѣтъ мѣста тѣмъ серьезнымъ *опасностямъ*, которыя возникаютъ при употребленіи крючка. Во-первыхъ, при самомъ наложеніи крючка плоду грозитъ опасность поврежденій (напр. дѣтородныхъ частей и т. п.). Во-вторыхъ, какъ бы ни былъ—первоначально—хорошо наложенъ крючокъ, разъ онъ не находится подъ постояннымъ контролемъ пальцевъ, Вы не можете поручиться за его расположеніе, особенно послѣ нѣсколькихъ тракцій, между которыми, конечно, должны быть паузы, въ теченіе которыхъ крючокъ, не притягиваемый книзу, можетъ не удержаться на прежнемъ мѣстѣ. А стоитъ только, чтобы инструментъ немного сдвинулся съ своего первичнаго мѣста, напр., по направленію къ бедру,—и опасность перелома бедра почти неизбежна. Примѣровъ различныхъ, весьма серьезныхъ, поврежденій при употребленіи крючка можно привести множество (напр., вывихи, разрывъ связокъ, протираніе пахового сгиба до сосудовъ, продыравленіе покрововъ на брюшной стѣнкѣ и т. п.).

Исходя изъ вышеизложенныхъ соображеній, я не допускаю употребленія крючка ни въ какомъ случаѣ *на живомъ плодѣ*. Съ мертвымъ, разумѣется, можно не церемониться.

Все сказанное относится еще съ большимъ правомъ къ употребленію *двухъ* крючковъ.

Въ виду опасностей, связанныхъ съ употребленіемъ крючковъ, является предложеніе замѣнить ихъ обыкновенной акушерской *петлей*, герр., шелковой *тесью*. Петля скатывается на-подобіе бинта и подъ руководствомъ пальцевъ проводится снаружи къ паху; далѣе, пальцами стараются пропихнуть ее по направленію къ внутренней поверхности бедра и затѣмъ, вытягивая конецъ тесьмы, охватываютъ паховую область петлей. Для большаго удобства вытягиванія петли, совѣтуютъ прикрѣпить на концѣ ея пуговицу (!) или кольцо. Убѣдившись въ правильности наложенія и расправивъ петлю (чтобъ она лежала плашмя, а не свернутою, или на ребро), производятъ влеченіе. Нѣкоторые совѣтуютъ накладывать петлю не руками, а помощью инструментовъ, напоминающихъ *Беллоковскую* трубочку ¹⁾.

¹⁾ *Poppel* M. f. Geb. XXXII. Въ новѣйшее время *Bunge*. Centrbl. f. Gyn. 1885 г.

Стремленіе замѣнить крючокъ петлей (laqueus) совершенно неосновательно. Какъ здѣсь, такъ и тамъ, влеченіе ввѣряется *слѣдующему* орудію, слѣдовательно, и опасности, возникающія изъ этого, одинаковы. Петлей также хорошо можно сдѣлать переломъ бедра, поранить (протереть) мягкія части въ области наложенія петли и пр., какъ и крючкомъ. Акушерская казуистика достаточно богата подобными сообщеніями. Съ технической стороны употребленіе крючка даже выгоднѣе, потому что наложеніе его совершается легче.

Сознавая недостатки этихъ способовъ, старались устранить ихъ различными видоизмѣненіями. Сюда относится, напр., предложеніе *Giffard'a*, повторенное *Königsberg'омъ*¹⁾. Согласно этому предложенію, петля накладывается такимъ образомъ, что она охватываетъ заднюю поверхность крестца, идетъ по бокамъ таза, и концы петли висятъ между бедрами по внутренней поверхности. Сила влеченія, такимъ образомъ, распространяется на большее число точекъ, и дѣйствию петли подвергаются несравненно менѣе легко ранимыя части, чѣмъ пахъ, бедро и проч.

Нечего и говорить, что для того, чтобы можно было наложить тѣмъ сказаннымъ образомъ, требуется такая свобода дѣйствій рукою, что едва ли тутъ можетъ быть рѣчь о затрудненіяхъ вообще; въ этомъ случаѣ извлеченіе гораздо проще можетъ быть окончено ручнымъ способомъ, если ягодицы стоятъ въ полости таза и со всѣхъ сторонъ легко доступны для пальцевъ; если же онѣ стоятъ высоко, — надъ входомъ въ тазъ (геср., подвижно), то, согласно вышесказанному, *гораздо практичнѣе и разумнѣе свести ножку и тѣмъ сразу поставить извлеченіе въ болѣе благоприятныя условія.*

Теперь два слова о *щипцахъ*. Головные щипцы примѣнялись къ извлеченію ягодицъ на основаніи известной ошибки *Leveit'a*, который, принявши ягодицы за головку, наложилъ на нихъ щипцы съ благоприятнымъ исходомъ²⁾, и вслѣдъ затѣмъ предложилъ употребленіе щипцовъ при ягодичномъ положеніи во избѣжаніе разрыва промежности. Не говоря уже о своеобразности только что изложеннаго

1) Berlin, klin. Woch. 27. 1877.

2) L'art des accouchem. 2 édit. § 620.

основанія для употребленія щипцовъ, одного взгляда на инструментъ и фигуру ягодицъ достаточно, чтобы понять всю непригодность щипцовъ для данной цѣли. Упоминаю объ этомъ потому, что еще сравнительно недавно высказывались въ пользу употребленія головныхъ щипцовъ при ягодичномъ положеніи ¹⁾).

Такъ называемые *ягодичные щипцы* (Steisszange), предложенные Steideler, позже—Gergens'омъ, представляютъ собою два тупыхъ крючка, обращенныхъ верхушками другъ къ другу, нѣсколько изогнутыхъ по плоскости и перекрещивающихся по срединѣ рукоятокъ, соединенныхъ замкомъ. Разбирать достоинство инструмента не стоитъ. Это тѣ же два крючка, о которыхъ мы говорили раньше, только еще похуже, такъ какъ они соединены друга съ другомъ. Для меня не совсѣмъ понятно, какъ можно пользоваться этими щипцами при высокомъ стояніи ягодицъ (во входѣ и верхнемъ отдѣлѣ полости), когда ручное извлеченіе представляется наиболѣе труднымъ. Такъ какъ обѣ половинки щипцовъ соединены въ замковой части, то, очевидно, для примѣненія ихъ требуются совершенно одинаковыя условія. Поэтому, наложеніе ихъ мыслимо только въ томъ случаѣ, если ягодицы стоятъ *на одной высотѣ и въ одной плоскости*. При отсутствіи этого условія правильное наложеніе одной половины (герсп., крючка) исключаетъ возможность правильнаго наложенія другого крючка. А такъ какъ соотвѣтственное стояніе ягодицъ *на одномъ уровнѣ* встрѣчается въ такой моментъ родового акта, когда извлеченіе можетъ быть легко сдѣлано руками, то прибѣгать къ какимъ либо щипцамъ нѣтъ надобности.

Показанія къ операциі извлеченія. Прежде всего необходимо уяснить себѣ, что ни *тазовыя*, ни *ножныя положенія*, полныя и неполныя, *сами по себѣ*, какъ таковыя, *не служатъ показаніемъ* къ извлеченію. Будучи положеніями правильными, они должны быть предоставлены естественному теченію, и показанія къ врачебному вмѣшательству могутъ наступить тогда, когда или правильное теченіе естественнаго механизма серьезно нарушается, или возникаютъ та-

¹⁾ Naake. Arch. f. Gyn. B. XI. N. 3. Проф. И. П. Лазаревичъ. „Курсъ акушерства“. 2 изд. 1892 г. Reynold (Boston) и др. Centrbl. f. Gyn. 1893. № 2 p. 36.

кія обстоятельства, которыя заставляють и самымъ нормальнымъ образомъ протекающіе роды окончить въ возможно непродолжительномъ времени, напр., въ виду возникновенія для матери, или плода, опасностей весьма различнаго свойства (кровотеченіе, замедленіе прорѣзыванія верхняго отдѣла туловища и головки и проч.).

Стремленіе, resp., необходимость въ интересахъ плода содѣйствовать скорѣйшему рожденію верхнихъ отдѣловъ туловища и головки при правильно протекающихъ ягодичныхъ родахъ чаще всего будетъ служить основаніемъ къ оперативному вмѣшательству въ смыслѣ искусственнаго извлеченія этихъ частей плода, или только (въ смыслѣ) содѣйствія произвольному, но болѣе быстрому, рожденію ихъ.

Въ общихъ чертахъ показаніями къ извлеченію будутъ: а) *обстоятельства, угрожающія жизни плода* (выпаденіе, resp., прижатіе пуповины, недостаточность родовой дѣятельности и т. п.), и б) *обстоятельства, угрожающія жизни или здоровью матери* (чрезмѣрная продолжительность родовъ, явленія со стороны общаго состоянія, повышеніе t^o и проч.).

Что касается *предсказанія*, то для *матери* оно несравненно *благопріятнѣе*, чѣмъ для плода.

Для матери предсказаніе развѣ немногимъ хуже, чѣмъ при обыкновенныхъ родахъ (съ тазовымъ предлежаніемъ). Сама по себѣ операція не представляетъ серьезныхъ опасностей, за исключеніемъ только тѣхъ случаевъ, когда она предпринимается, въ силу необходимости, въ такое время, когда родовые пути (зѣвъ и пр.) *недостаточно* еще *подготовлены*. Если нѣкоторыя поврежденія входа въ рукавъ и наружныхъ половыхъ частей (разрывы промежности и пр.) и встрѣчаются, повидимому, чаще при операціи экстракціи, то это вполне оправдывается обыкновенно заботами объ извлеченіи плода *живымъ*, заставляющими нерѣдко торопиться и проводить головку черезъ половую щель болѣе быстро, чѣмъ это было бы желательно въ интересахъ сохраненія цѣлости промежности и т. п.

Для *плода* предсказаніе гораздо *серьезнѣе*, какъ потому, что онъ очень легко можетъ умереть, вслѣдствіе асфиксіи при нѣсколько затянувшемся извлеченіи, такъ и въ силу возможности различныхъ травматическихъ поврежденій.

Вы уже знаете, что *время*, въ теченіе котораго операція

извлеченія должна быть окончена, ограничивается всего нѣсколькими *минутами*. Если со второго момента операциі до полнаго ея окончанія проходитъ болѣе 12—15 минутъ, то опытъ показываетъ, что плодъ рождается обыкновенно мертвымъ и попытки къ его оживленію остаются безплодными. Но и независимо отъ времени, смерть плода при извлеченіи можетъ послѣдовать другимъ путемъ, напр. отъ прижатія пуповины (не руками оператора, конечно), вслѣдствіе чего плодъ дѣлаетъ дыхательныя движенія; а такъ какъ онъ находится въ неподходящей для этой функціи средѣ, то въ легкія попадаетъ околоплодная жидкость и проч.

Поврежденія, встрѣчаемыя, на плодѣ послѣ извлеченія, весьма различны по мѣсту и по характеру. Такъ, легко возникаютъ *переломы* разныхъ трубчатыхъ костей (плеча, бедра, ключицы и пр.), разединеніе діафиза отъ эпифизовъ; *разрывы* и *ушибы* мягкихъ частей и разрывъ мышцъ съ кровоизліяніемъ, напр. *m. sterno-cleido-mastoidei*, вслѣдствіе давленія пальцевъ, дѣйствующихъ на плечи, результатомъ чего иногда можетъ остаться *torticollis*; *ушибы* и *прижатія нервныхъ стволовъ* съ послѣдующимъ *развитіемъ параличей* (парезовъ); *ушибы* и *размятія печени*, при неправильномъ захватываніи туловища; *поврежденіе нижней челюсти* и *мягкихъ частей полости рта*; поврежденія на протяженіи *позвоночнаго столба*, всего чаще приходящіяся на шейные позвонки. Эти поврежденія иногда могутъ оставаться незамѣченными, такъ какъ они не сопровождаются обыкновенно нарушеніемъ цѣлости общихъ крововъ; и, наконецъ, *отрывы головки* отъ туловища (!), случающіеся не только на мацерированномъ, но, какъ и мнѣ пришлось видѣть однажды, на свѣжемъ, хотя и мертвомъ плодѣ.

Операція наложенія щипцовъ.

APPLICATIO FORCIPIS.

Изобрѣтеніе акушерскихъ щипцовъ относится къ концу XVII в., но окончательное введеніе ихъ въ акушерскую практику совершилось въ первой половинѣ XVIII в.

Если посмотрѣть на щипцы, особенно въ формѣ ихъ первообраза (щипцы *Palfyn'a*), то нельзя не замѣтить той простоты устройства, которою они отличаются, и нельзя не удивляться, что изобрѣтеніе такого инструмента составляетъ достояніе относительно недавняго времени. Въ самомъ дѣлѣ, не можетъ не показаться страннымъ, что всесозидающій гений человѣка такъ долго останавливался передъ разрѣшеніемъ этой задачи. Это обстоятельство можно, однако, себѣ объяснить, если припомнить тѣ условія, при которыхъ совершалось развитіе врачебной науки вообще и акушерской въ особенности.

Какъ извѣстно, въ доброе старое время акушерство всецѣло находилось въ рукахъ людей, не только ничего общаго съ наукой не имѣвшихъ, но зачастую бывшихъ положительными невѣждами. Нигдѣ и ничему неучившіяся бабки, цирюльники, пастухи и пр.—вотъ та акушерская сила, къ которой приходилось прибѣгать за помощью.

Такой порядокъ вещей былъ настолько общераспространенъ и установился настолько прочно, что даже въ концѣ XVI вѣка высшая государственная власть находила нужнымъ положить этому конецъ помощью законодательныхъ мѣръ. Существуетъ весьма интересный указъ *Людвига*, герцога *Виртембергскаго*, изданный въ 1580 г., которымъ, подъ страхомъ наказанія, категорически запрещалось пастухамъ и скотни-

камъ заниматься акушерской практикой у женщинъ, а этимъ послѣднимъ предписывалось обращаться къ помощи повивальныхъ бабокъ.

Я полагаю, что если бы врачи (раньше) были призываемы къ родамъ, то щипцы давнымъ-давно были бы изобрѣтены. Трудно допустить, въ самомъ дѣлѣ, чтобы у человѣка, который видитъ родовой актъ, видитъ, какъ въ періодъ прорѣзыванія головки роженица мучается и выбивается изъ силъ, видеть, какъ головка то показывается, то опять прячется, будучи не въ состояніи преодолѣть сопротивленіе со стороны вульварнаго кольца,—чтобы у этого человѣка не возникла мысль: „о, если бы я могъ удлинить свои руки, если бы я могъ захватить головку, вывести ее изъ родовыхъ путей и прекратить мученія роженицы!“ Если бы хотя однажды мелькнула такая мысль въ головѣ акушера—щипцы давно были бы изобрѣтены.

Изобрѣтателями щипцовъ считается одно англійское семейство *Chamberlen*’овъ. Члены этой семьи занимались акушерской практикой и, пользуясь щипцами (въ довольно совершенной формѣ, какъ оказалось впоследствии), держали это изобрѣтеніе въ большомъ секретѣ. Одинъ изъ членовъ семьи *Hugh Chamberlen* рѣшился обнародовать этотъ секретъ, но не иначе, какъ продавъ его за большія деньги (10,000 талеровъ). Съ этой цѣлью онъ отправился въ Парижъ, гдѣ въ то время жилъ и дѣйствовалъ извѣстный представитель французскаго акушерства—*Mauriceau*, къ которому пріѣзжій и обратился. *Mauriceau* какъ разъ въ это время (19 авг. 1670 г.) велъ роды (въ *Hôtel Dieu*) у 37-лѣтней перворожающей съ абсолютно узкимъ тазомъ: роды тянулись уже нѣсколько дней. *Mauriceau* видѣлъ единственный исходъ въ кесарскомъ сѣченіи, и вотъ на этомъ-то случаѣ онъ предложилъ англичанину показать свое искусство. Тотъ прежде всего выразилъ удивленіе, что такой искусный акушеръ, какъ *Mauriceau*, не можетъ ничего сдѣлать, и обѣщавъ кончить роды въ нѣсколько минутъ (*innerhalb einer halben Viertelstunde*). Выславъ изъ комнаты свидѣтелей и закрывшись одѣяломъ, онъ смѣло приступилъ къ операціи и былъ жестоко наказанъ за самоувѣренность. Почти *три часа* длилась операція (!), но безъ успѣха. *Chamberlen*, наконецъ, измучился и вынужденъ былъ сознаться въ безсиліи своего секрета. Роженица вскорѣ умерла, и при

кесарскомъ сѣченіи на мертвой *Mauriceau* констатироваль во многихъ мѣстахъ разрывы и размозженія ткани въ нижнемъ отрѣзкѣ матки, какъ результатъ многочасовой попытки англичанина наложить инструментъ. Разумѣется, послѣ этого секретъ не былъ купленъ и продолжалъ оставаться собственностью *Chamberlen'овъ*. Лѣтъ 20 спустя, тотъ же *Hugh Chamberlen*, вынужденный оставить родину, явился въ Амстердамъ, и здѣсь ему удалось-таки (въ 1693 г.) продать свой секретъ *Heinrich'у von Roonhuysen'у*, съ которымъ нѣсколько позже вошли въ компанію его сынъ (*Rooger*), нѣкій хирургъ *Cornelius Boekelman* и извѣстный анатомъ *Fridrich Ruysch*. Эта К^о, безъ всякаго стѣсненія, сдѣлала изъ этого предметъ наживы и при томъ въ самой возмутительной, по безнравственности, формѣ. Пользуясь тѣмъ, что, на основаніи дѣйствовавшихъ правилъ объ экзаменахъ, никто не могъ получить права акушерской практики, не доказавъ, что онъ владѣетъ этимъ секретомъ, эти господа продавали за большія деньги секретъ экзаменующимся. Но, не довольствуясь этимъ, они даже въ самой торговлѣ оказались людьми безчестными. Когда *Jacobus de Visscher* и *Hugo van de Poll*, купившіе секретъ, обнародовали его, то оказалось, что они, подобно другимъ, были обмануты самымъ наглымъ образомъ: имъ продали не *весь* инструментъ, а только *одну ложку* его.

Вся эта недостойная исторія купли-продажи не могла не казаться возмутительной. Вслѣдствіе алчности, и безсовѣстности нѣсколькихъ отдѣльныхъ лицъ, дѣйствительно благородное изобрѣтеніе не могло сдѣлаться общимъ достояніемъ, и *van Swieten* въ своихъ „Комментаріяхъ къ афоризмамъ *Boerhaave*“ былъ въ правѣ воскликнуть: „*quantam ergo cladem intulerunt humano generi, qui arcanum hoc texerunt!*“ (Tom. IV Art. 1316).

Хотя сущность новаго способа подачи акушерской помощи и не была извѣстна, но слухъ о томъ, что такой способъ существуетъ и даетъ удивительные результаты, скоро распространился въ средѣ тогдашняго медицинскаго міра, многіе представители котораго старались постигнуть тайну этого способа, высказывая различныя предположенія и догадки, подчасъ весьма наивныя. Такъ, напр., *Johann von Hoorn* думалъ, что открылъ секретъ *Chamberlen'a* и что этотъ способъ есть не что иное, какъ отдавливаніе промежности, гесп., тазового

дна кзади, облегчающее прорѣзываніе головки. Въ этомъ направленіи гораздо болѣе плодотворными оказались труды *Palfyn'a*. *Johan Palfyn*, анатомъ и хирургъ въ Гентѣ (во Фландріи), изобрѣлъ инструментъ, состоявшій изъ двухъ желѣзныхъ ложекъ, которыя накладывались по бокамъ головки. Ложки имѣли искривленіе (*идея головной кривизны*), рукоятки не перекрещивались и не имѣли замка. Пріѣхавъ въ Парижъ для печатанія своего сочиненія по анатоміи, *Palfyn* привезъ съ собою и новый инструментъ, который въ 1723 г. представилъ Парижской медицинской академіи. Такимъ образомъ, 1723 г., по всей справедливости, долженъ считаться годомъ изобрѣтенія (обнародованія) акушерскихъ щипцовъ, а инструментъ *Palfyn'a* ихъ родоначальникомъ. Правда, щипцы *Palfyn'a* были неуклюжи ¹⁾ и примитивны, но не въ этомъ дѣло; важно то, что дана была идея щипцовъ, а дальнѣйшее развитіе и усовершенствованіе этой идеи пошло впередъ столь быстрыми шагами, что едва ли на долю какого либо другого инструмента выпадало столько различныхъ видоизмѣненій, какъ на долю щипцовъ. Достаточно указать на то, что въ настоящее время можно насчитать до *трехъ сотъ* различныхъ видоизмѣненій щипцовъ.

Первоначально щипцы были прямые, но въ 1751 г. *Levret* придалъ имъ тазовую кривизну, и въ этомъ видѣ щипцы сохраняются и до сихъ поръ. Имена *A. Levret*, *W. Smellie*, *J. Baudelocque*, *Röderer*, *Stein*, senior et junior, *Brünnighausen*, *Fr. B. Osiander*, *Boër* и мн. др. навсегда останутся памятными въ исторіи щипцовъ.

Въ Россіи щипцы въ первый разъ были наложены въ 1765 г. 9 іюня въ Москвѣ *І. Ф. Эразмусомъ*, проф. Московскаго университета; щипцами *Levret'a* извлечена (на 5 день послѣ излитія водъ) живая доношенная дѣвочка ²⁾.

¹⁾ Инструментъ *Palfyn'a* описывался подъ различными названіями: manus ferreae *Palfyniana*; *Levret* въ 1747 г. называлъ его Le tire-tête, или Les tenettes de *Palfyn*. *Heister* — *Palfyniana* ferramenta; въ Англии онъ назывался The steel-hooks of *Palfyn* и extractor. Въ Германіи — *Palfyn's* Naken, или Kopfzieher. Первый, кто употребилъ выраженіе „щипцы“ (forceps anglicana, Zange) и ввелъ этотъ терминъ въ обращеніе, былъ *Philipp Adolph Böhmer*, проф. медицины и анатоміи въ Halle (1747 г.). Въ Россіи въ прежнее, и даже сравнительно недавнее, время щипцы назывались „родовспомогательныя клещи“.

²⁾ *А. Я. Крацковскій*. „Оперативное акушерство“ 1885 г., стр. 476.

Описание инструмента. Акушерскіе щипцы представляютъ складной инструментъ, состоящій изъ двухъ вѣтвей. Одна вѣтвь щипцовъ называется *лѣвою*, или *мужскою*, другая *правою*, или *женскою*; такое раздѣленіе обусловливается тѣмъ, что при употребленіи инструмента одна вѣтвь (лѣвая) захватывается *лѣвою* рукою и вводится въ *лѣвую* половину таза, другая (правая) захватывается *правою* рукою и вводится въ *правую* половину таза. Каждая вѣтвь раздѣляется на три части: *верхнюю*, помѣщающуюся во время операціи въ половомъ каналѣ.—*среднюю* и *нижнюю*, лежащія внѣ половыхъ частей. Верхняя часть называется *ложкою* (cochlear), средняя—*замковой частью* (pars juncturae) и нижняя—*рукояткою* (manubrium). Ложка состоитъ изъ пластинки шириною до 5 сант. и толщиною до 0,5 сант., имѣетъ овальное отверстіе,—*окошко*—окаймленное, такъ называемымъ, *ребромъ* (верхнимъ и нижнимъ)—при положеніи инструмента въ горизонтальной плоскости); верхній конецъ ложки закругленъ и называется *верхушкою* ложки. Отъ этой расширенной (окончатой) части ложка по направленію къ замку суживается.

Замковая часть въ щипцахъ устраивается различно. Въ настоящее время по устройству замка можно различать три типа щипцовъ: *французскіе*, *нѣмецкіе* и *англійскіе* (Таб. I, рис. 1 и 2). Въ щипцахъ *французскаго* типа замокъ устраивается такимъ образомъ, что на *лѣвой* (мужской) вѣтви инструмента помѣщается *шпенекъ* со шляпкой, или оливой, а на *правою* (женской), на соотвѣтственномъ мѣстѣ, имѣется *отверстіе*, въ которое входитъ шпенекъ и поворачивается вокругъ своей оси такимъ образомъ, что пересѣкается подъ прямымъ угломъ съ длинникомъ отверстія на правой ложкѣ. Или — какъ устраивается большинство современныхъ французскихъ щипцовъ — на *лѣвой* ложкѣ имѣется отверстіе съ винтовымъ нарѣзомъ, въ которое можетъ быть ввинчиваемъ на большую или меньшую глубину шпенекъ. На правой — въ соотвѣтственномъ мѣстѣ имѣется вырѣзка, въ которую входитъ стержень шпенька. Неподвижное соединеніе достигается тѣмъ, что шпенекъ ввинчивается насколько возможно и, такимъ образомъ, придавливаетъ одну вѣтвь къ другой.

Замокъ *нѣмецкихъ* щипцовъ представляетъ собою видоизмѣненіе французскаго. Онъ устроенъ такимъ образомъ, что на лѣвой вѣтви помѣщается неподвижно штифтикъ съ пу-

говкой (*Brüninghausen*), или пуговка замѣнена пластинкой (*Busch*); на правой вѣтви имѣется соотвѣтственная вырѣзка, въ которую при замыканіи щипцовъ входитъ штифтикъ лѣвой вѣтви.

Замокъ *англійскій* состоитъ изъ одинаковыхъ углубленій на той и другой вѣтви, рассчитанныхъ такъ, что при смыканіи инструмента одна вѣтвь (правая) входитъ своимъ углубленіемъ въ лѣвую, а эта, въ свою очередь, охватываетъ углубленіе правой.

Изъ всѣхъ этихъ разновидностей замка, по моему, самымъ выгоднымъ слѣдуетъ считать *англійскій* замокъ. Дѣло въ томъ, что онъ допускаетъ извѣстную *подвижность* ложекъ послѣ замыканія инструмента, чего нѣтъ въ другихъ замкахъ. Это обстоятельство выгодно потому, что оно не требуетъ непремѣннаго размѣщенія ложекъ въ *одной плоскости*, но допускаетъ замыканіе инструмента и при положеніи ложекъ въ разныхъ плоскостяхъ. Если при такомъ устройствѣ замка уничтожить (какъ это сдѣлали мы) на правой вѣтви *пластинку*, приходящуюся при замыканіи *сзади лѣвой* вѣтви, и уничтожить, такимъ образомъ, углубленіе на правой ложкѣ, оставляя только соотвѣтственное утонченіе въ мѣстѣ перекрещиванія вѣтвей, — то этимъ достигается еще большая подвижность замковой части, и смыканіе инструмента, въ случаѣ расположенія вѣтвей не въ одной плоскости, происходитъ еще легче, безъ всякаго ущерба для прочности фиксаціи.

Рукоятки въ настоящее время дѣлаются сплошь металлическими (дутыми), въ видахъ возможно строгой дезинфекціи. Онѣ имѣютъ *параллельное* другъ къ другу *направленіе* и при смыканіи инструмента тѣсно прилегаютъ одна къ другой своими внутренними сторонами, представляющими плоскую поверхность. По наружному краю рукоятки имѣютъ нѣсколько *выемокъ* для болѣе удобнаго захватыванія ихъ рукою. Вверху, у замковой части, рукоятки снабжены небольшими *боковыми крючками* (*Busch*), которые оказываютъ хорошую услугу при замыканіи, давая возможность дѣйствовать на нихъ, какъ на рычаги.

Ложки щипцовъ *искривлены* по двумъ направленіямъ: по *плоскости* и по *ребру*, вслѣдствіе чего, когда инструментъ сложенъ, то внутреннія поверхности ложекъ отстоятъ одна

отъ другой на неодинаковомъ разстояніи на всемъ протяженіи. Между ними получается пространство, въ которомъ должна помѣщаться головка. Это искривленіе ложекъ (по плоскости) называется *головной кривизной*; она измѣряется разстояніемъ наиболѣе удаленныхъ точекъ внутреннихъ поверхностей ложекъ одной отъ другой при замкнутомъ состояніи щипцовъ и равняется 8—8,5 сант. (въ англійскихъ щипцахъ), смотря по тому, между какими ребрами измѣряется разстояніе; между верхними оно меньше, чѣмъ между нижними, приблизительно на 0,5 сант. Искривленіе ложекъ въ этомъ направленіи рассчитано такъ, что верхушки ложекъ при смыканіи щипцовъ не соприкасаются между собою, а отстоятъ другъ отъ друга на 2 сант. Такъ какъ головная кривизна устраивается сообразно величинѣ поперечнаго размѣра головки доношеннаго плода (которая=8—9 сант.), поэтому весьма важно, чтобы размѣры этой кривизны не превышали вышеуказанныхъ; въ противномъ случаѣ, щипцы будутъ плохо удерживаться на головкѣ и могутъ соскользнуть при тракціяхъ. Искривленіе по ребру дѣлается такимъ образомъ, что *выпуклость* приходится на *верхнее*, а *выпуклость* на *нижнее* ребро ложки. Эта *кривизна* называется *тазовой*; она измѣряется перпендикуляромъ, опущеннымъ отъ верхушки ложки, при положеніи инструмента въ горизонтальной плоскости, и равняется 7—7,5 сант. Назначеніе и смыслъ тазовой кривизны легко объясняются анатомическимъ строеніемъ полового канала, проводная ось котораго въ различныхъ отдѣлахъ имѣетъ неодинаковое направленіе.

При выборѣ щипцовъ слѣдуетъ обращать вниманіе на *качество стали* и ея *закалку*. Щипцы не должны быть упруги, по крайней мѣрѣ, настолько, чтобы, по замыканіи, при сильномъ влеченіи они не соскальзывали съ захваченнаго предмета. Размѣры должны быть не очень значительны, равно какъ и не очень малы. Этому требованію вполнѣ удовлетворяютъ щипцы англійской школы *J. Simpson'a*. Длина ихъ около 35 сант., при чемъ эта величина распредѣляется такимъ образомъ, что отъ верхушки до замка 20—21 сант. и отъ замка до конца рукоятки 14—15 сант. Головная кривизна—указанныхъ размѣровъ; тазовая, по моему, можетъ быть и *меньше*: 7—7,5 сант.

Если будете выбирать щипцы *Simpson'a*, обратите вниманіе

на вырѣзку, находящуюся тотчасъ надъ замковой частью и образуемую расхожденіемъ узкихъ частей ложекъ (таб. I, рис. 1). Эта вырѣзка должна быть такова, чтобъ въ ней съ удобствомъ могъ помѣститься *средній* палець. Наконецъ, вѣсъ щипцовъ не долженъ быть болѣе 1,25 фунта. Въ видахъ болѣе легкаго содержанія инструмента въ безукоризненной чистотѣ, его выгодно покрывать никелемъ.

На ряду съ общеупотребительнымъ типомъ щипцовъ, перекрещивающихся въ замковой части и имѣющихъ тазовую кривизну, существуютъ щипцы *безъ перекрещиванія* обѣихъ половинокъ и *безъ тазовой кривизны*. Таковы, напр., щипцы проф. *И. П. Лазаревича* (таб. I, рис. 5). Замокъ состоитъ изъ вырѣзки (окна), помѣщенной на лѣвой ложкѣ, и шпенька—на правой. Шпенекъ, будучи закругленъ, легко входитъ въ вырѣзку. Въ отличіе отъ другихъ щипцовъ, шпенекъ и вырѣзка находятся на внутреннихъ, прилегающихъ другъ къ другу, поверхностяхъ рукоятки. Щипцы проф. *И. П. Лазаревича* не разъ подвергались видоизмѣненіямъ. Будучи устроены первоначально въ 1865 г., они въ теченіе 25 лѣтъ прошли различныя фазы развитія. Первые щипцы—образца 1865 г.—были не перекрещивающіеся, но съ *тазовой* кривизной; въ щипцахъ образца 1879 г. уничтожена была тазовая кривизна; въ щипцахъ образца 1887 г. (см. рисунокъ) и 1891 г. сущность измѣненій касалась устройства *замковой* части.

Основное *отличіе* этого типа щипцовъ отъ общеупотребительныхъ сводится на отсутствіе *тазовой* кривизны (прямые щипцы) и уничтоженіе *перекреста* въ замковой части (параллельные щипцы). Что касается *цѣлесообразности* устройства и сравнительныхъ *достоинствъ* щипцовъ этого типа и общеупотребительныхъ, то, по мнѣнію моему, это вопросы еще нерѣшенные. Хотя щипцы проф. *И. П. Лазаревича* до сихъ поръ еще не нашли себѣ такого широкаго распространенія, какого они, можетъ быть, заслуживаютъ; хотя ихъ далеко нельзя считать *идеаломъ* щипцовъ, какъ того хочетъ авторъ, тѣмъ не менѣе я утверждаю, что *принципы*, положенныя въ основаніе какъ первоначальнаго устройства щипцовъ, такъ и послѣдующихъ ихъ измѣненій,—*заслуживаютъ серьезнаго вниманія* и безпристрастнаго разбора и *изученія*. Относящіеся сюда вопросы изложены и подробно разобраны съ точки зрѣнія автора въ

его сочиненіи ¹⁾, которое я и *рекомендую* Вашему вниманію. Что же касается практическаго примѣненія этихъ щипцовъ, то я надѣюсь, что въ теченіе нашего курса я буду имѣть возможность демонстрировать Вамъ способъ употребленія инструмента какъ на фантомѣ, такъ и на живыхъ.

Назначеніе и дѣйствіе щипцовъ. Такъ какъ подлежащая головка сама по себѣ и по пространственнымъ отношеніямъ къ тазу представляетъ весьма *неудобный* объектъ для того, чтобы можно было къ ней приложить *непосредственно* ручную *силу*, то назначеніе щипцовъ состоитъ въ томъ, чтобы создать условія, при которыхъ это приложеніе силы было бы возможно *не* непосредственно, а чрезъ *посредство инструмента*, одна часть котораго (ложки) фиксируется на головкѣ, захватывая ее опредѣленнымъ образомъ, а другая (рукоятки) выстоитъ изъ половыхъ путей наружу и можетъ служить точкой приложенія внѣшней силы.

Въ виду сказаннаго, дѣйствіе щипцовъ вполне понятно. Если прежде придавали значеніе *сжимающему* дѣйствію щипцовъ, въ силу котораго головка уменьшалась будто бы въ объемѣ и, слѣдовательно, легче проходила черезъ тазъ, то это было основано на недоразумѣніи, или, лучше сказать, на неправильномъ толкованіи нѣкоторыхъ явленій, замѣчавшихся иногда при наложеніи щипцовъ. Дѣло въ томъ, что въ началѣ операци рукоятки иногда расходятся на болѣе или менѣе значительное разстояніе, между тѣмъ, въ дальнѣйшемъ теченіи операци онѣ все болѣе и болѣе сближаются и, наконецъ, приходятъ въ соприкосновеніе между собою. Это и объясняли (*Stein, sen.*) тѣмъ, что головка во время операци, претерпѣвая сжатіе, уменьшается въ объемѣ. Въ настоящее время мы очень хорошо знаемъ, что это обусловливается отнюдь не сжатіемъ головки, а тѣмъ, что первоначально она захвачена была не въ надлежащей окружности и при дальнѣйшихъ тракціяхъ повернулась въ щипцахъ такимъ образомъ, что умѣстилась соотвѣтственнымъ размѣромъ въ головной кривизнѣ, вслѣдствіе чего рукоятки, разумѣется, должны были сблизиться. Нельзя, конечно, утверждать, что щипцы вовсе не оказываютъ сжимающаго дѣйствія на головку; оно несомнѣнно существуетъ—только какъ *ничто неизбежное*, но ничуть не необ-

¹⁾ „Курсъ акушерства“, 2-е изданіе. Спб. 1892. Т. II.

ходимое, и *не въ этомъ* состоитъ полезное дѣйствіе щипцовъ и ихъ значеніе.

Что касается *динамическаго* дѣйствія щипцовъ, выражающагося усиленіемъ сократительной дѣятельности, вслѣдствіе введенія инструмента въ половой каналъ, о чемъ очень много толковали, то я упоминаю о немъ больше ради историческаго интереса, такъ какъ существеннаго практическаго значенія это не имѣеть.

Вскорѣ послѣ изобрѣтенія инструмента операція наложенія щипцовъ имѣла гораздо большее распространеніе, чѣмъ теперь. Въ прежнее время считали возможнымъ оканчивать щипцами роды не только при всевозможныхъ видахъ предложенія *головнымъ* концомъ, но примѣняли ихъ даже при *ягодичныхъ* положеніяхъ. Нынѣ область примѣненія щипцовъ значительно сдузилась, благодаря болѣе правильному пониманію сущности дѣйствія щипцовъ, которые, къ тому же, рассматриваются какъ инструментъ, *безвредный* для матери и (менѣе безвредный) для плода.

Для операціи наложенія щипцовъ требуется наличность нѣкоторыхъ *условій*. Обыкновенно ихъ насчитываютъ нѣсколько:

- 1) Маточный *звѣз* долженъ быть совершенно *открытъ*;
- 2) Околоплодные *воды* должны *отойти* и головка должна быть *обнажена*, *resp.*, свободна отъ яичевыхъ оболочекъ. Это требуется во избѣжаніе возможности захватить между головкой и ложками щипцовъ оболочки и такимъ образомъ, потягивая за нихъ, содѣйствовать, быть можетъ, отдѣленію дѣтскаго мѣста;
- 3) Размѣры *таза* должны быть *не слишкомъ узки*. За норму въ этомъ отношеніи принимается величина $\text{conjug.} = 8$ сант.;
- 4) Головка должна быть *нормальной* по *величинѣ* и степени *плотности*, *resp.*, способности сопротивленія. Уклоненіе въ ту или другую сторону можетъ повести къ соскальзыванію щипцовъ, вслѣдствіе ненадлежащей фиксаціи ложекъ инструмента.
- 5) Отношеніе головки къ тазу должно быть таково, чтобы *стрѣловидный* шовъ соотвѣтствовалъ (почти) *прямому* размѣру таза или по крайней мѣрѣ одному изъ *косыхъ* — *zangenrecht* нѣмецкихъ акушеровъ. Эти условія требуются для **типичнаго** наложенія щипцовъ.

Изъ всѣхъ условій, по моему, самое существенное, это — послѣднее, именно стояніе головки zangenrecht. Оно важно не потому только, что даетъ возможность примѣнить щипцы наиболѣе благоприятнымъ образомъ, а именно, въ поперечномъ размѣрѣ таза, и захватить головку въ поперечномъ же размѣрѣ, — оно важно еще и потому, что, такъ сказать, совмѣщаетъ въ себѣ и почти всѣ другія условія. Это легко понять. Изъ изученія нормальнаго механизма родовъ Вы знаете, что стояніе головки zangenrecht (въ прямомъ размѣрѣ таза) встрѣчается тогда, когда головка находится уже въ узкой части полости таза, или въ выходѣ, слѣдовательно, въ такое время, когда родовой актъ находится въ полномъ ходу и когда конфигурація головки уже вполнѣ, или почти, закончена.

Изъ этого слѣдуетъ, что 1) плодный пузырь, eo ipso, долженъ уже разорваться (исключенія, хотя и крайне рѣдко, возможны); 2) зѣвъ долженъ быть давно раскрытъ, ибо поступательное движеніе головки и конфигурація ея совершаются главнымъ образомъ во II періодѣ родовъ, т. е. по окончаніи раскрытія матки. Само собою разумѣется, что подъ раскрытіемъ зѣва нельзя подразумѣвать непремѣнно такое состояніе, когда губы его не ощупываются. Это встрѣчается далеко не всегда. Да оно и не нужно. Напротивъ, губы зѣва часто могутъ быть ощупываемы, что, по понятной причинѣ, не только не можетъ составлять противуусловія для примѣненія щипцовъ, а наоборотъ, именно присутствіе долго неизглаживающейся губы (всего чаще передней, которая при этомъ нерѣдко ущемляется, обыкновенно, отекаетъ и составляетъ извѣстную дистоцію) служитъ показаніемъ къ окончанію родовъ щипцами. Словомъ, если головка установилась zangenrecht, то въ огромномъ большинствѣ случаевъ открытіе зѣва, eo ipso, должно быть настолько велико, что онъ не можетъ служить препятствіемъ для производства операціи. Да и, вообще говоря, не вполнѣ совершившееся изглаживаніе зѣва не составляетъ серьезныхъ затрудненій ни при наложеніи щипцовъ, ни при извлеченіи головки, если послѣдняя установилась надлежащимъ образомъ. Намъ не разъ приходилось начинать операцію при податливомъ зѣвѣ въ 3—4 пальца и оканчивать ее совершенно благополучно. Слѣдуетъ помнить однако, что зѣвъ въ такихъ случаяхъ иногда не *раскрывается*, а просто-напросто *разрывается*, какъ это наблю-

дается нерѣдко и при произвольныхъ родахъ у I-parsae и подаетъ поводъ къ образованію, такъ называемаго, *laceratio colli* (какъ гинекологической формы).

Такимъ образомъ основнымъ условіемъ для наложенія щипцовъ я считаю положеніе головки *zangenrecht*, понимая подъ этимъ стояніе ея *стрѣловиднымъ швомъ* соответственно *прямоу* или, по крайней мѣрѣ, *косому* размѣру таза.

Что касается условія подъ № 3, а именно, известной степени *суженія таза*, то оно также не имѣетъ никакого значенія при стояннй головки *zangenrecht*. Если, какъ выше указано, такое стояніе головки наблюдается обыкновенно въ узкой части полости или въ выходѣ *нормальнаго* таза, то тѣмъ болѣе это нужно сказать относительно *узкаго* таза и какъ разъ именно съ такимъ характеромъ суженія, о которомъ обыкновенно идетъ рѣчь, т. е. суженія въ *conjug.*=8 сант. (плоскій тазъ).

Это понятно. Если головка стоитъ *zangenrecht*, то, очевидно, *препятствіе*, представлявшееся суженіемъ въ *conjug.*, осталось *позади* и для дальнѣйшаго движенія головки произвольно, или помощью извлеченія щипцами, вполне безразлично, имѣетъ ли *conjug.* даннаго таза 8 или 11 сантиметровъ.

По моему, если въ числѣ условій, которыя необходимо принимать во вниманіе при *типичной* операціи щипцовъ, указывать на *суженіе* таза, то это можно отнести только къ измѣненіямъ пространственныхъ отношеній въ *выходѣ* таза. Такъ какъ въ этомъ случаѣ препятствіе будетъ лежать не *позади*, а *на пути* поступательнаго движенія головки, то это условіе становится совершенно понятнымъ. Съ своей стороны замѣчу, что за крайній предѣлъ суженія, при которомъ я позволяю себѣ наложеніе щипцовъ, считаю 8 сант. (въ поперечномъ размѣрѣ выхода). Устанавливая эту границу, я принимаю во вниманіе величину поперечнаго размѣра головки доношеннаго плода, которая, правда, можетъ оказаться и больше, но въ щипцахъ можетъ быть сжата на 1 и даже на 1,5 сант. (будто бы) безъ ущерба для плода, какъ это показали давнишніе опыты *Baudelocque'a*, *Joulin'a* и въ позднѣйшее время *Tarnier'a*. Для нѣкоторыхъ особенныхъ формъ узкаго таза этотъ предѣлъ (8 сант.) можетъ быть нѣсколько

понижень и доведенъ до 7 сант., напр. при нѣкоторыхъ формахъ *кифотическаго* таза ¹⁾).

Условіе подъ № 4, въ свою очередь, представляется *излишнимъ*. Въ самомъ дѣлѣ, уклоняясь отъ этого условія, головка плода можетъ быть или чрезмѣрно *велика*, или чрезмѣрно *мала*. Въ первомъ случаѣ она *не можетъ* вступить въ тазъ, и, слѣд., стоять *zangenrecht*; если же это состояніе уже *есть*, головка *не можетъ быть* чрезмѣрно большой. Во второмъ случаѣ (поперечный разрѣзъ головки *значительно меньше* 7—7,5 сант.) можетъ быть рѣчь только о *недоносахъ*, т. е. о пособіи при преждевременныхъ родахъ, тогда какъ щипцы назначены для извлеченія доношеннаго, или почти доношеннаго плода.

Приготовленія и производство операци. Операцию щипцовъ хотя и можно произвести на любой изъ *трехъ* видовъ акушерской *постели*: а) *продольной* или обыкновенной, б) *малой поперечной* (полупоперечной)—*petit lit*, когда роженица лежитъ вдоль кровати (вкось) ближе къ краю, при чемъ одна нога помѣщается на табуретъ (сбоку), а тазовая область приходится на краю кровати, и в) *поперечной* постели, тѣмъ не менѣе всего выгоднѣе *поперечная* постель, дающая свободный доступъ къ половымъ частямъ (обеззараживаніе) и не стѣсняющая дѣйствіе инструментомъ. При наложеніи же щипцовъ на продольной постели: 1) неудобно производить тракціи въ первой позиціи (книзу) и 2) положеніе самого оперирующаго (на колѣнахъ въ постели, или сидя на краю кровати) весьма принужденное.

Устроивъ постель, нужно позаботиться о достаточномъ числѣ *помощниковъ*. Желательно имѣть *трехъ* ²⁾). Въ *крайнихъ* случаяхъ можно поступать такимъ образомъ, что операторъ, захлороформировавъ роженицу до надлежащей степени (потеря рефлексовъ), поручаетъ *акушеркѣ* только *поддерживать* наркозъ малыми порціями хлороформа, самъ же, время отъ времени справляясь у хлороформирующей о состояніи пульса и

¹⁾ Н. Феноменовъ. Къ ученію о кифотическомъ тазѣ и разрывѣ симфизъ во время родовъ. Спб. 1880 г.

²⁾ Двухъ на ноги и одного для хлороформированія; послѣднимъ, разумѣется, долженъ быть *врачъ*. Имѣя въ своемъ распоряженіи *ногосдержатель*, можно обойтись однимъ помощникомъ (для хлороформированія), кромѣ акушерки.

дыханія роженицы, указываетъ моменты, когда требуется усиленіе наркоза, смотря по обстоятельствамъ (реакція со стороны оперируемой). Двое другихъ помощниковъ могутъ быть случайными лицами. Я долженъ только обратить Ваше вниманіе, что въ помощники отнюдь *не слѣдуетъ* брать ближайшихъ родственниковъ роженицы, особенно *мужа*. Обыкновенно, въ самый нужный и важный моментъ присутствіе духа и самообладаніе оставляютъ ихъ, и они не только не оказываютъ никакой помощи, но прямо-таки мѣшаютъ оператору.

Наложеніе щипцовъ, по моему, по возможности всегда слѣдуетъ производить *подъ наркозомъ*. Это, несомнѣнно, весьма значительно облегчаетъ операцію. Между прочимъ, одна изъ существенныхъ *выгодъ* хлороформированія заключается въ *разслабленіи* тканей *тазового дна* и, слѣдовательно, въ уменьшеніи сопротивленія для поступательнаго движенія головки. Изъ этого не слѣдуетъ, конечно, чтобы безъ наркоза нельзя было наложить щипцовъ. Безъ сомнѣнія, это возможно, практикуется и должно практиковаться, иногда въ силу необходимости; но принципиально—наркотизированіе при щипцахъ должно быть примѣняемо, что бы ни говорили противники.

По наступленіи наркоза, роженицу укладываютъ въ *спинно-ягодичное* положеніе, или въ положеніе для *камнестеченія* и, размѣстивъ помощниковъ и разъяснивъ имъ, что отъ нихъ требуется, приступаютъ къ операціи. Оператору всего лучше выбрать сидячее положеніе на стулѣ, лицомъ къ *пловымъ* частямъ; это положеніе болѣе удобно и менѣе принужденно, чѣмъ стоячее.

Что операція предпринимается при строгомъ соблюденіи правилъ *обезгнилванія*—это разумѣется само собой ¹⁾.

Операція раздѣляется на *4 момента*: а) введеніе и размѣщеніе ложекъ, б) замыканіе инструмента, в) извлеченіе головки и г) снятіе щипцовъ.

1-й моментъ. Операторъ беретъ *лѣвою* рукою *лѣвую* ложку, которая вводится первою, вслѣдствіе вышеописаннаго устройства замка. Рукоятка ложки захватывается *тремя* способами:

¹⁾ Лицамъ, изъявившимъ согласіе помогать при операціи, я предлагаю начисто вымыть (съ мыломъ мочалкой или щеткой) руки и обвязаться чистой простыней. Ноги оперируемой совѣтую обернуть чистыми полотёнцами; въ клиникѣ для этой цѣли мы употребляемъ полотняные чулки (мѣшки).

или какъ *писчее перо*, или какъ *смычокъ*, или *цѣлой рукой*. По моему, — это просто дѣло привычки, и какъ бы ни была захвачена рукоятка, — все равно, лишь бы это не было слишкомъ грубо и не лишало руку извѣстной тонкости ощущеній, передающихся съ верхушки ложки. Рукоятка отводится къ *правому* паху роженицы и устанавливается почти перпендикулярно горизонту, при чемъ сторона ея, снабженная крючкомъ, обращается къ лицу роженицы, а противоположная къ оператору. *Два пальца* (указательный и средний) *правой* руки, а въ случаѣ надобности и *четыре пальца* (пол-руки), вводятся въ *левую* половину таза между головкою и мягкими частями полового канала. Верхушка ложки устанавливается въ желобкѣ *между* двумя *пальцами* и при дальнѣйшемъ движеніи скользитъ по нему, какъ по рельсу. Большой палецъ прикладывается къ нижнему ребру ложки (таб. II, рис. 6). Введеніе совершается такимъ образомъ, что *большой* палецъ, дѣйствуя на *ребро* ложки, сообщаетъ ей поступательное движеніе, которому содѣйствуетъ собственная *тяжесть* ложки и легкое *надавливаніе* на рукоятку.

При введеніи ложки *необходимо постоянно представлять себѣ тотъ путь, по которому она идетъ, и совершать рукояткой такія движенія, которыя согласовались бы съ движеніями ложки въ половомъ каналѣ*. Ложка должна подвигаться по двумъ направлениамъ: соотвѣтственно *периферіи* головки и соотвѣтственно *проводной оси* таза. Поэтому рукоятка, по мѣрѣ прониканія ложки вглубь полового канала, должна: а) отклоняться *справа налево* и приближаться къ *срединной* линіи и б) опускаться подъ угломъ къ горизонту. Только такимъ образомъ ложка, будучи искривлена по *двумъ* различнымъ *направлениамъ* (головная и тазовая кривизна), можетъ прилаживаться къ *головкѣ* и *тазу*. По причинамъ вполне понятнымъ, необходимо строго слѣдить за тѣмъ, чтобы какъ *отведеніе* къ срединной линіи, такъ и *опусканіе* рукоятки совершалось *своевременно*. Во избѣжаніе какихъ либо ошибокъ въ этомъ отношеніи, слѣдуетъ неуклонно держаться правила, чтобы *верхушка* накладываемой *ложки* всегда находилась *подъ контролемъ* *пальцевъ* введенной руки. Такимъ путемъ легко достигается, что ложка, скользя по головкѣ, прилегаетъ къ ней *всею плоскостью* внутренней поверхности, а не верхушкой. Когда ложка введена на желаемую глубину,

другими словами, когда головная кривизна приложена къ соответственному размѣру головки, рукоятка нѣсколько понижается и, въ случаѣ надобности, поручается помощнику для удерживанія.

Точно такимъ же образомъ накладывается и правая ложка, только выраженія: „лѣвая“, „влѣво“ и проч. должны быть замѣнены выраженіями: „правая“, „вправо“ и проч. *Правая ложка накладывается поверхъ лѣвой.* Этимъ оканчивается первый актъ операціи.

2-й моментъ. Для замыканія щипцовъ рукоятки берутъ обѣими руками, захватывая ихъ полною рукою и помѣщая *большіе пальцы* сверху на боковые крючки. Затѣмъ стараются расположить замковыя части инструмента въ *одной плоскости* и замкнуть щипцы (таб. II, рис. 7). При замыканіи рукоятки нужно держать такимъ образомъ, чтобы ложки охватывали надлежащую периферію головки. Это практически выражается правиломъ: *чѣмъ выше* стоитъ головка, *тѣмъ ниже* нужно опустить *рукоятки*, такъ какъ въ этомъ случаѣ необходимо принимать во вниманіе высоту стоянія подлежащей части и направленіе проводной оси полового канала въ данномъ отдѣлѣ его.

Если ложки наложены болѣе или менѣе удовлетворительно, замыканіе происходитъ довольно легко. Относительно большая легкость замыканія составляетъ преимущество *англійскаго* замка, для котораго не требуется строжайшаго расположенія ложекъ въ одной плоскости.

Замкнувъ щипцы, необходимо обратить особое вниманіе на то, какъ относятся рукоятки другъ къ другу. При правильномъ наложеніи щипцовъ рукоятки должны лежать *параллельно*, или сходиться подъ *весьма острымъ* угломъ. Если же онѣ *расходятся* и при сближеніи ихъ рукою обнаруживаютъ *пружинящее* дѣйствіе, то это указываетъ на то, что головка захвачена, во всякомъ случаѣ, *ненадлежащимъ* образомъ. А это, въ свою очередь, можетъ быть—или а) вслѣдствіе того, что щипцы легли *не* на *поперечный* размѣръ головки (на который рассчитана ихъ головная кривизна), или, б) что ложки проведены *недостаточно высоко* и, вмѣсто того, чтобы охватывать головной кривизной наибольшую периферію головки въ соответственномъ размѣрѣ, онѣ легли такъ, что *верхушки* ихъ *упираются* гдѣ нибудь на протяженіи въ

предлежащую часть, и вогнутая поверхность головной кривизны не приравливается къ *выпуклости* предлежащей части. Это очень важно. Если во что бы то ни стало сближать рукоятки до соприкосновения, то въ случаѣ первомъ (а) головка будетъ сильно сдавлена въ неблагоприятномъ размѣрѣ (напр. передне-заднемъ), что можетъ повлечь за собою даже смертельныя поврежденія для плода, а во второмъ случаѣ (б) верхушки ложекъ, вдавливаясь, легко могутъ прямо поранить головку; если же оставить рукоятки не сближенными и начать тракціи, фиксація инструмента на головкѣ будетъ недостаточна, а щипцы легко могутъ соскользнуть.

Въ виду того, что размѣръ головной кривизны щипцовъ нѣсколько меньше поперечнаго размѣра головки доношеннаго плода, рукоятки при замыканіи, очевидно, почти всегда будутъ *нѣсколько* расходиться. Чтобы при влеченіи не производить напраснаго, герп., чрезмѣрнаго сжатія головки между рукоятками, при нѣкоторомъ расхожденіи ихъ, можно помѣстить небольшой компрессикъ (конецъ полотенца, сложенный нѣсколько разъ, и т. п.), что не вредитъ прочности фиксаціи инструмента.

Прежде чѣмъ перейти къ изложенію *3-го момента* операции, остановимся на *затрудненіяхъ*, которыя встрѣчаются при введеніи и замыканіи щипцовъ.

А) Введенная ложка встрѣчаетъ на своемъ пути препятствіе и дальше *не идетъ*. Такими препятствіями могутъ быть: *складки* въ рукавѣ, углубленія *между* не вполне изгладившимся *зъвомъ* и *сводомъ* рукава, различныя *асимметріи* таза и головки и т. п. Первыхъ затрудненій никогда не должно быть, если держаться правила, по которому *верхушка* накладываемой *ложки* неизмѣнно должна находиться подъ *контролемъ* пальцевъ, которыми эти затрудненія и устраняются весьма легко и просто. Если введенію ложки мѣшаютъ различныя *асимметріи* таза или головки, то эти препятствія стараются обойти такимъ образомъ, что *вводятъ* ложку въ *другомъ размѣрѣ* таза—не въ поперечномъ (въ которомъ принципиально должно накладывать щипцы), а сначала помѣщаютъ въ крестцовую впадину, и уже оттуда, помощью пальцевъ введенной руки, переводятъ ложку снизу вверхъ въ требуемую плоскость. Это зачастую удается.

Если и при этомъ введеніе не совершается,—а это чаще случается при наложеніи *второй* (правой) ложки,—то совѣтуютъ удалить наложенную уже ложку, выводя ее въ направленіи, *противоположномъ* тому, по которому она была введена, и наложить *сначала правую*, а затѣмъ уже *лѣвую* ложку. Это тоже часто ведетъ къ цѣли, но слѣдуетъ помнить, что при этомъ во второмъ моментѣ операціи (замыканіе) Вы встрѣтите извѣстное неудобство, такъ какъ замковая часть лѣвой ложки будетъ лежать *поверхъ* правой, а для замыканія (вслѣдствіе извѣстнаго устройства инструмента) необходимо *обратное* отношеніе; тогда нужно перевести рукоятки одну вокругъ другой, чтобы возстановить требуемое отношеніе. Или при наложеніи *лѣвой* ложки нужно приподнять рукоятку *правой*, уже введенной ложки и лѣвую ложку вводить изъ-подъ правой, что не всегда удается.

Б) Затрудненія при *замыканіи* сводятся къ тому, что *ложки лежатъ не въ одной плоскости*, вслѣдствіе чего замковыя части не совпадаютъ между собой. Надавливая большими пальцами на боковые крючки обыкновенно довольно легко удается приладить замковыя части одну къ другой. Если простымъ надавливаніемъ на крючки не удастся возстановить желаемого отношенія, то, поручивъ помощнику удерживать одну ложку, вводятъ въ тазъ два пальца и исправляютъ надлежащимъ образомъ положеніе другой ложки. Рукоятка, при этомъ, удерживается одной рукой, а двумя пальцами другой руки, введенными въ полость таза, стараются перемѣстить неприноравливающуюся ложку въ соответственную плоскость; для этого или низдавливаютъ ложку кзади, или слегка приподнимаютъ кпереди, дѣйствуя на то или другое ребро ложки. Большой палецъ, находясь у замковой части, служитъ какъ бы точкой опоры (*hypo-chlion*), а вся ложка изображаетъ двуплечій рычагъ. Иногда, при несовершающемся замыканіи, можно попробовать слѣдующій маневръ: захвативъ вышеуказаннымъ образомъ рукоятки, произвести движеніе *въ двухъ направленіяхъ* одновременно—опустить рукоятку книзу и давленіемъ на боковые крючки повернуть ихъ вокругъ длинной оси. Если бы, однако, это не привело къ цѣли, слѣдуетъ *вынуть* ту ложку, которая плохо прилаживается, и *ввести* ее *вторично*, иногда *въ нѣсколько иномъ* направленіи, напримѣръ кзади, съ по-

слѣдующимъ перемѣщеніемъ въ соотвѣтственную сторону; или, выведя обѣ ложки, наложить ихъ вновь въ *обратномъ* порядкѣ. Вынимать ложку слѣдуетъ въ *направленіи, обратномъ* тому, въ *которомъ* она была *вводима*, слѣдовательно, рукоятку нужно поднимать *кверху* и въ то же время *въ сторону* того или другого паха.

Другой видъ несоотвѣтствія замковыхъ частей получается тогда, когда *одна ложка* введена въ тазъ *глубже*, нежели *другая*. Въ этомъ случаѣ для выравниванія слѣдуетъ лучше нѣсколько вытянуть *глубже* введенную ложку, а *не продвигать* кверху ту, замковая часть которой лежитъ ниже, такъ какъ верхушка ложки, проводимая теперь безъ контроля пальцевъ, можетъ расположиться такимъ образомъ, что при замыканіи будетъ ущемлена какая либо часть плода, напр. ручка, или петля пуповины и т. п. При этомъ предполагается, разумѣется, что эта (остающаяся) ложка наложена *правильно*, т. е. проведена *достаточно далеко* въ отношеніи подлежащей части.

Если при *легкомъ* замыканіи *расхожденіи* рукоятокъ было бы очень *велико*, и онѣ при сближеніи обнаруживали бы пружинящее дѣйствіе, то, согласно вышесказанному, такое наложеніе нельзя считать удовлетворительнымъ,—необходимо, разомкнувъ щипцы, исправить размѣщеніе ложекъ. Въ случаѣ какихъ либо затрудненій, можно извлечь (указаннымъ выше порядкомъ) правую ложку и наложить ее снова по исправленію положенія лѣвой ложки.

Замкнувъ щипцы, захватываютъ ихъ такимъ образомъ, что *правая* рука ложится *поверхъ рукоятокъ*, при чемъ *указательный* и *средній* пальцы помѣщаются на *боковыхъ* крючкахъ, или—если это щипцы *Simpson'a*—средній палецъ помѣщается въ *вырѣзкѣ*, лежащей тотчасъ надъ замкомъ, а безымянный и указательный на крючкахъ. Захватываніе совершается плотно и *полной* рукой. Въ *известныхъ* случаяхъ можно *захватывать* въ замковой части *снизу*, *имѣя* въ виду *влеченіе* какъ бы по *оси щипцовъ*, соотвѣтственно *верхней ихъ части*; расположенная такимъ образомъ правая рука (предплечіе) составитъ острый уголъ съ рукоятками инструмента. *Лѣвая* рука захватываетъ *концы* рукоятокъ какъ бы въ кулакъ, при чемъ рука помѣщается на рукояткахъ или сверху, или снизу (таб. III, рис. 8). Изъ сказаннаго распо-

ложенія рукъ слѣдуетъ, что *сила* дѣйствія сосредоточивается почти цѣликомъ въ *правой* рукѣ, лѣвая же только удерживаетъ рукоятки отъ расхожденія и отчасти направляетъ тракціи.

3-й моментъ. Прежде чѣмъ приступить къ извлеченію въ собственномъ смыслѣ слова, полезно еще разъ произвести изслѣдованіе, дабы быть увѣреннымъ въ правильности наложенія ложекъ, а затѣмъ сдѣлать, такъ называемую, *пробную* тракцію, задача которой—убѣдиться въ томъ, что щипцы лежатъ хорошо. Это узнается по тому, что рукоятки не расходятся больше, чѣмъ слѣдуетъ, замковая часть отстоитъ отъ головки на длину указательнаго пальца, а при влеченіи, если щипцы и выдвигаются изъ полового канала, то *не отдѣльно* отъ головки, а вмѣстѣ съ нимъ, при чемъ явственно замѣчается и поступательное движеніе головки, которое легко узнается пальцемъ (лѣвой) руки, приставленнымъ къ головкѣ во время тракціи. Тракція дѣлается въ горизонтальномъ (почти) направленіи и съ небольшою силой.

Извлеченіе головки совершается помощью *тракцій*. Тракціей называется сумма влеченій, совершаемыхъ въ извѣстную единицу времени. Тракціи раздѣляются: а) по *характеру* и б) по *направленію*.

По характеру тракціи различаютъ: 1) *качательныя*, или *маятникообразныя*, 2) *круговыя*, или *вращательныя* и 3) *неподвижныя*.

1) Качательныя тракціи производятся такимъ образомъ, что операторъ, кромѣ влеченія въ извѣстномъ направленіи, совершаетъ еще маятникообразныя движенія рукоятками изъ стороны въ сторону, или спереди назадъ. Этотъ видъ тракціи употребляется многими акушерами. Нѣтъ сомнѣнія, что онѣ облегчаютъ извлеченіе, но онѣ небезопасны. Поэтому я совѣтую отнюдь не прибѣгать къ этому виду тракцій, пока *головка* находится еще *въ костномъ* каналѣ, и пользоваться ими развѣ только при прорѣзываніи черезъ половую щель, совершая движеніе рукоятками исключительно въ поперечномъ направленіи (горизонтально).

Невыгоды этихъ тракцій при глубокомъ положеніи головки ясны сами собою. Щипцы въ этомъ случаѣ представляютъ двуплечій рычагъ, *humeroclium* котораго придется у замковой части инструмента и въ той точкѣ, которая должна

опираться на боковую стѣнку таза, вслѣдствіе чего это мѣсто должно испытывать прижатіе (давленіе). Кромѣ того, если сама головка будетъ плотно (неподвижно) стоять въ тазу, то при маятникообразномъ движеніи рукоятокъ вполне возможно передвиженіе ложекъ по головкѣ (если только не существуетъ абсолютной ихъ несмѣщаемости, вслѣдствіе чрезчуръ сильнаго сжатія головки щипцами и т. п.), что, въ свою очередь, представляетъ источникъ опасности въ смыслѣ возможности травматизма самой головки, а пожалуй, и окололежащихъ мягкихъ частей матери.

Еще опаснѣе качательныя движенія въ передне-заднемъ направленіи, въ виду близкаго сосѣдства важныхъ органовъ (мочевой пузырь).

2) Вращательныя тракціи состоятъ въ дѣйствиіи рукоятками такимъ образомъ, что ими описываются большіе или меньшіе круги вокругъ продольной оси. Несмотря на то, что многіе защищаютъ этотъ видъ тракцій и рекомендуютъ ихъ особенно для трудныхъ случаевъ, я никакъ не могу согласиться съ этимъ уже потому, что *движеніе головки, совершаемое при этомъ, никоимъ образомъ не соответствуетъ тому, что дѣлается* во время родовъ *безъ вмѣшательства искусства*. Иначе говоря, поступая такъ, Вы, вмѣсто того, чтобы подражать естественному механизму родовъ, нарушаете его самымъ грубымъ образомъ. Кромѣ того, опасность различныхъ поврежденій родового пути здѣсь очень велика и она мало умѣряется совѣтомъ — не описывать рукоятками слишкомъ большихъ круговъ, хотя бы уже по одному тому, что для этого не существуетъ какого либо опредѣленнаго мѣрила.

3) *Неподвижныя* тракціи. Это названіе, хотя и общепотребительное, я считаю неудобнымъ. Оно не выражаетъ сущности дѣла. Подъ этимъ именемъ разумѣются влеченія въ *одномъ* направленіи, совершаемыя *во время* каждой *отдѣльной тракціи*. Этотъ видъ тракцій, по моему, единственно *умѣстный* по своей безопасности.

По направленію тракціи раздѣляются: на тракціи въ *I-й, II-й и III-й позиціяхъ*. Такъ какъ головка должна пройти черезъ тазовой каналъ, проводная ось котораго въ различныхъ отдѣлахъ имѣетъ различное направленіе, то и направленіе влекущей силы должно быть различно и сообразоваться

съ направлениемъ проводной оси. Для практическихъ цѣлей въ характерѣ проводной оси полового канала (при лежачемъ положеніи женщины съ приподнятымъ тазомъ) можно различать *три* направленія: а) *сверху внизъ*, соотвѣтственно *оси* тазового *входа* и *широкой части полости таза*, б) *параллельно горизонту*, соотвѣтственно *оси узкой части полости* и *выхода* и в) *снизу вверхъ*, соотвѣтственно *оси* полового канала, лежащей *въ мягкихъ частяхъ*. Отсюда — *три* позиціи. Въ *первой* позиціи рукоятки должны быть направлены внизъ, подъ известнымъ (острымъ) угломъ къ горизонту. Во *второй* — параллельно горизонту, и въ *третьей* — подняты вверхъ. Такимъ образомъ, рукоятки инструмента при влеченіи во всѣхъ трехъ позиціяхъ описываютъ дугу, приблизительно въ 180° (таб. III). Тракціи производятся не *непрерывно*, а послѣ нѣсколькихъ тракцій дѣлается *пауза*. Продолжительность ея тѣмъ больше, чѣмъ труднѣе и съ большой силой производились тракціи; *назначеніе* паузы — *дать* необходимый *отдыхъ* половымъ *частямъ роженицы*, *головкѣ* плода и самому *оператору*. Во время паузы весьма полезно, особенно при трудномъ извлеченіи (см. ниже), *размыкать щипцы*.

Влеченія должны быть *плавныя*, и *переходъ* изъ одной позиціи въ другую *не рѣзкій*. Весьма важно слѣдить за тѣмъ, чтобы *въ-время* перейти въ слѣдующую позицію; въ противномъ случаѣ Вы создаете затрудненія для самого себя и опасности для роженицы. Если дольше, чѣмъ слѣдуетъ, продолжаются тракціи, напимѣръ, въ *первой* позиціи, то поступательное движеніе головки можетъ затрудниться вслѣдствіе того, что оно встрѣчаетъ препятствіе со стороны крестцовой кости въ томъ мѣстѣ, гдѣ уже *мѣняется направленіе* проводной *оси* канала; а между тѣмъ влеченіе совершается не по направленію этой послѣдней, какъ слѣдовало бы, а все еще по *оси входа* и *верхней* части полости. Очевидно, въ этомъ случаѣ должна быть совершенно *непроизводительная* затрата живой силы. Для того, чтобы уловить надлежащій моментъ *перехода* изъ *одной* позиціи *въ другую*, при влеченіи необходимо время отъ времени лѣвой рукой производить *ислѣдованіе*, дабы хорошенько оріентироваться на счетъ положенія головки и ея отношеній къ родовому каналу.

Задача влеченій въ *первой* позиціи заключается въ томъ,

чтобы провести головку по оси таза до узкой части полости.

Задача влеченій во *второй* позиціи состоитъ въ томъ, чтобы провести головку черезъ узкую часть полости, черезъ *выходъ* и отчасти черезъ *мягкія части* полового канала и создать для прорѣзыванія головки черезъ половую щель благоприятныя отношенія размѣровъ. Практически это выражаютъ, говоря, что во второй позиціи нужно подвести *затылокъ* подъ лонное соединеніе. Это выраженіе общепринятое, но, по моему, не совсѣмъ удачное и могущее легко ввести въ заблужденіе читающаго. Не все равно, какая часть головки будетъ упираться въ вершину лонной дуги. Это понятно изъ того, что Вы знаете о механизмѣ родовъ при *затылочныхъ* положеніяхъ. Для наиболѣе благоприятнаго прорѣзыванія необходимо, чтобы подлежащая часть прорѣзывалась черезъ вульварное кольцо своимъ *наименьшимъ* размѣромъ. А это при затылочныхъ положеніяхъ (передній видъ) бываетъ только тогда, когда головка прорѣзывается *малымъ косымъ* размѣромъ, геср., близко лежащимъ къ нему, такъ называемымъ, *срединнымъ* (В. А. Столыпинскій). Слѣдовательно, подъ лонное соединеніе нужно подвести *опредѣленную* точку затылка. Нужно установить головку такимъ образомъ, чтобы у вершины лонной дуги лежала точка, находящаяся *позади* (ниже) *protuberantiae occipitalis externaе*, стало быть, какъ *малый родничокъ*, такъ и эта послѣдняя должны *выдаваться* изъ-подъ лоннаго соединенія. Указанная область, упираясь въ вершину лонной дуги, образуетъ *punctum fixum*, лежащую на протяженіи поперечной оси, вокругъ которой и поворачивается головка, совершая разгибаніе, а черезъ промежность въ это время проходитъ область большого родничка, то есть прорѣзываніе совершается *малымъ косымъ*, геср., *срединнымъ* размѣромъ.

Задача влеченій въ *3-й позиціи* состоитъ въ томъ, чтобы провести головку чрезъ половую щель а) *меньшимъ*, геср., болѣе благоприятнымъ размѣромъ и б) — насколько возможно — *медленно*. Поэтому, въ видахъ сохраненія цѣлости промежности, необходимо весьма тщательно слѣдить за тѣмъ, чтобы именно создавались указанныя отношенія, и не переходить *раньше* указанного момента въ третью позицію. Если перейти въ третью позицію раньше, то, согласно сказанному, нарушаются благоприятныя отношенія размѣровъ головки къ вульварному

кольцу, и головка будетъ дѣлать разгибаніе прежде, чѣмъ установится въ половой щели своимъ наименьшимъ размѣромъ. Вслѣдствіе этого, прорѣзываніе можетъ произойти *прямымъ* размѣромъ, а не малымъ косымъ (срединнымъ), что, въ смыслѣ опасности разрыва промежности, далеко неодинаково, такъ какъ растяженіе половой щели при этомъ будетъ болѣе значительно. Слѣдовательно, опасность разрыва промежности будетъ больше.

Въ третьей позиціи я совѣтую оператору *перемѣнить положеніе*. Лучше всего, стать съ *правой* стороны роженицы и крѣпко захватить щипцы *всей* рукой (лѣвой) въ замковой части (таб. III, рис. 10), а другой рукой слѣдить за промежностью. Поручить поддерживаніе промежности *другому* лицу (бабкѣ)—дурной совѣтъ; никто другой, кромѣ оперирующаго, не въ состояніи надлежащимъ образомъ рассчитать и регулировать степень силы и необходимаго воздѣйствія на промежность. Это все равно, что при произвольномъ рожденіи головки совѣтовать—*одному* лицу *надавливать* на промежность, а *другому* *регулировать* движеніе подлежащей части.

Въ практикѣ такое раздѣленіе труда и не нужно, такъ какъ въ это время щипцами дѣйствуетъ только одна рука, а другая (правая) рука оператора остается свободной. Въ этой позиціи *тракцій* въ томъ смыслѣ, какъ это Вы видѣли въ первой и второй позиціяхъ, собственно *почти не требуется*. Здѣсь нужно стремиться къ тому, чтобы вывести головку, по возможности, *медленно* и *вниз* потугъ. Поэтому, съ наступленіемъ послѣднихъ, операторъ не только не усиливаетъ влеченія, а наоборотъ, старается *удержать* *напираніе* головки, если оно совершается сколько нибудь энергично. Для прорѣзыванія головки въ третьей позиціи, *если соблюдены указанныя условія во второй позиціи* и если *умѣло утилизируется* (цѣлесообразнымъ надавливаніемъ черезъ промежность) *протстранство въ вершинѣ лонной дуги*, въ огромномъ большинствѣ случаевъ совершенно достаточно производить только *разгибаніе* головки, поднимая *рукоятки вверхъ* и направляя ихъ къ животу роженицы. Головка въ это время дѣлаетъ поворотъ вокругъ поперечной оси, проходящей чрезъ неподвижную точку, лежащую въ вершинѣ лонной дуги.

Многіе совѣтуютъ, не выводя *всей* головки изъ половой щели, *снять щипцы*. Это допустимо въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ,

по Вашему мнѣнію, въ половой щели установилась уже надлежащая окружность головки (напр. область большихъ бугровъ) и въ дальнѣйшемъ не предвидится затрудненій къ освобожденію ея помощью однихъ ручныхъ приѣмовъ. Обращаю Ваше вниманіе, что медленность выведенія, осторожность и отсутствіе торопливости имѣютъ большое значеніе для предохраненія промежности отъ разрыва.

Затрудненія третьяго момента:

1) *Неизвѣстность положенія головки и неизвѣстность, при отсутствіи потугъ, надлежащаго направленія тракцій.* Собственно, это не составляетъ затрудненій *исключительно* третьяго момента. Если *положеніе* головки и *отношеніе* ея къ тазу *неизвѣстны*, то, согласно вышеизложенному, *нѣтъ* самаго существеннаго *условія* для наложенія щипцовъ, а слѣдовательно *не должно быть* и самой *операции*. Накладывать щипцы при полномъ невѣдѣніи положенія головки, на-авось, совершенно *непозволительно*. Тщательнымъ изслѣдованіемъ необходимо выяснитъ характеръ взаимныхъ отношеній между головкой и тазомъ и, составивъ себѣ *опредѣленное* представленіе объ этомъ, *приступить къ операци*.

2) Если послѣ нѣсколькихъ сильныхъ тракцій *головка не подвигается*, тогда, говорятъ, нужно *снять* щипцы, *подождать* (3—4 часа) и наложить ихъ *снова*. Нѣтъ нужды особенно доказывать, что такой совѣтъ не заслуживаетъ подражанія. Въ самомъ дѣлѣ, если можно ждать (3—4 часа), то въ этомъ случаѣ: или *щипцы* были *наложены* въ то время, *когда не было* надлежащихъ *условій* и достаточныхъ *показаній* къ тому, или, если щипцы наложены согласно требованіямъ обстоятельствъ, т. е. *необходимости* въ данный моментъ *окончить* родовой актъ, то для *выжиданія* *нѣтъ мѣста*. Это ясно. Что же, однако, дѣлать, если бы щипцы были наложены и замкнуты хорошо, но при тракціяхъ головка не подвигалась бы впередъ? Нужно ли настаивать, во что бы то ни стало на окончаніи родовъ щипцами, или отказаться отъ нихъ? Прежде всего тщательнымъ изслѣдованіемъ и обсужденіемъ обстоятельствъ даннаго случая нужно разяснить, по возможности, причину этого явленія. Иногда бываетъ, что *ненадлежащее направленіе* тракцій служитъ тому причиной. Если, какъ указано выше, производить, напримѣръ, тракціи въ *первой* позиціи, когда головка уже приближается къ узкой

части, или *выходу* таза, то можно встрѣтить весьма значительное препятствіе со стороны крестцовой кости, имѣющей здѣсь другое направленіе, и потратить много бесплодныхъ усилій. Въ этомъ случаѣ одного *измѣненія направленія* тракцій, соотвѣтственно проводной оси, часто совершенно достаточно, чтобы дѣло быстро подвинулось впередъ.

По этому поводу, равно какъ и въ отношеніи къ предыдущему параграфу, я вообще долженъ замѣтить, что если держаться тѣхъ принциповъ, которые мы старались изложить, а именно—*накладывать* щипцы *при условіи*, чтобы головка стояла *zangenrecht* (не забудьте, что рѣчь идетъ о *типическихъ* щипцахъ), то всѣ эти затрудненія не будутъ встрѣчаться, разумѣется, если они не обусловливаются какими нибудь особенными обстоятельствами, на примѣръ суженіемъ *выхода* таза и т. п.

При *безуспѣшности тракцій* и неотложной *необходимости окончить роды*, лучше всего *отказаться отъ щипцовъ* и *предпринять* какую нибудь *другую операцію*. Мотивы такого образа дѣйствія будутъ изложены въ главѣ о пободеніи.

3) *Соскальзываніе щипцовъ*. Это осложненіе, которое, къ сожалѣнію, встрѣчается въ практикѣ, не должно было бы имѣть мѣста ни въ какомъ случаѣ. Щипцы могутъ соскальзывать, если они *плохо* наложены, напр. ложки проведены *не* достаточно *высоко* и *верхушки* ихъ *упираются* гдѣ нибудь на протяженіи черепа; или головка захвачена *не* въ *надлежащей* (наибольшей) периферіи; или самъ инструментъ устроенъ такъ, что ложки обнаруживаютъ сильное пружинящее дѣйствіе, вслѣдствіе чего при влеченіи *разгибаются* и *слзаютъ* съ головки. Во всѣхъ этихъ случаяхъ вина за эти осложненія всецѣло должна ложиться на подающаго пособіе, который не сумѣлъ, или не позаботился правильно наложить инструментъ. Операторъ тѣмъ болѣе долженъ быть нравственно *ответственнымъ*, что явленіе соскальзыванія совершается *не вдругъ*, но имѣетъ свои признаки, наблюдая которые, можно во-время замѣтить грозящую опасность и предотвратить ее. Если при тракціяхъ *головка*, за которою долженъ слѣдить палецъ лѣвой руки, *не подается* впередъ, а щипцы начинаютъ выходить изъ половой щели (дѣлаются длиннѣе), то они *могутъ* и *непремѣнно* соскользнуть. Въ такомъ случаѣ не слѣдуетъ стараться фиксировать щипцы *форсированнымъ сжатіемъ* рукоятокъ; всего

лучше, разомкнувъ шипцы и введя 2—4 пальца въ тазовый каналъ, исправить надлежащимъ образомъ положеніе ложекъ.

Опасности отъ соскальзыванія состоятъ, конечно, въ *поврежденіяхъ* родового пути, которыя могутъ быть весьма различны. Чѣмъ выше стоитъ головка, чѣмъ болѣе книзу направлены тракціи, тѣмъ серьезнѣе могутъ быть поврежденія. Они приходятся въ этихъ случаяхъ, по понятнымъ причинамъ, на *переднюю* стѣнку; слѣдовательно, поврежденіямъ могутъ подвергаться: нижній сегментъ матки, шейка, рукавъ, resp., мочевоу пузыря; кромѣ того, повреждается входъ въ рукавъ (разрывъ промежности и пр.), особенно, если соскальзываніе происходитъ при влеченіи внизъ (кзади) и шипцы вырываются съ значительной силой.

4-й моментъ. Размыканіе и снятіе шипцовъ. Это выполняется очень просто. Нѣтъ нужды создавать для этого особыхъ правилъ; нужно только предостеречь отъ ошибки, которую зачастую дѣлаютъ начинающіе, а именно,—снимая шипцы, наклоняютъ рукоятки не къ животу роженицы, какъ бы слѣдовало, а въ обратномъ направленіи, вслѣдствіе чего верхушки ложекъ могутъ причинять поврежденія.

Наложеніе шипцовъ на головку при заднихъ видахъ затылочныхъ положеній.

Въ этихъ случаяхъ *наложеніе* и *замыканіе* инструмента совершается по тѣмъ же правиламъ, какъ и при *переднихъ* видахъ. Необходимо замѣтить, что здѣсь размѣщеніе ложекъ должно быть еще болѣе тщательное. Шипцы непременно должны захватить *надлежащую* окружность головки, а именно,—ложки должны лечь такъ, чтобы большіе бугры темянныхъ костей приходились въ плоскости головной кривизны, а верхушки ложекъ лежали по сторонамъ нижней челюсти (таб. IV, рис. 11). Такое положеніе ложекъ будетъ, если слѣдить за тѣмъ, чтобы малый родничокъ приходился въ плоскости расположенія (рукоятки) инструмента; это и будетъ соотвѣтствовать правильному (resp., въ наибольшей окружности) захватыванію головки. Если малый родничокъ помѣстится *ниже*, или *выше* плоскости расположенія инструмента, то шипцы при тракціи (во II-й позиціи) легко могутъ *соскользнуть*. Въ виду этого, я совѣтую при замыканіи *опустить* рукоятки книзу болѣе или менѣе сильно, смотря по положенію малаго родничка (рис. 11).

Самый акт замыканія не представляетъ особенностей, но *степень сжатія* рукоятокъ должна быть нѣсколько *больше*, чѣмъ при переднихъ видахъ. Здѣсь необходимо болѣе прочно фиксировать инструментъ на головкѣ, дабы имѣть возможность (во II-й позиціи), дѣйствуя на затылокъ (поднимая его), заставить головку прорѣзываться желаемымъ размѣромъ.

Направление тракцій *отличается* отъ тракцій при переднемъ видѣ. Тракціи сначала дѣлаются тоже въ первой позиціи, но *не рѣзко книзу* (кзади), а *косвенно внизъ и на себя*, въ зависимости отъ высоты стоянія подлежащей части; а такъ какъ задніе виды, какъ таковые, окончательно формируются только въ *нижнихъ* отдѣлахъ таза, то и направление тракцій въ данной позиціи будетъ *почти* горизонтальное. Эти тракціи должны продолжаться до тѣхъ поръ, *пока лобъ* не будетъ проведенъ подъ лонное соединеніе. Затѣмъ, въ слѣдующей (II-й) позиціи направление тракцій не горизонтальное (какъ во *второй* позиціи при переднихъ видахъ), а *косвенно вверхъ и вертикальное* (какъ въ *третьей* позиціи при переднихъ видахъ), до тѣхъ поръ, пока затылокъ не прорѣжется черезъ промежность; затѣмъ, рукоятки опускаютъ нѣсколько *книзу*, и изъ-подъ лоннаго соединенія прорѣзывается лицо и проч. (III-я позиція) (таб. IV, рис. 13). Такъ обыкновенно излагается техника операціи.

По моему, однако, такой образъ дѣйствій *не совсѣмъ* правиленъ, и вотъ почему. При всякомъ рожденіи нужно стремиться къ тому, чтобы подлежащая часть *прорѣзывалась* черезъ половую щель своимъ *наименьшимъ* размѣромъ, а если, согласно сказанному, подвести подъ лонную дугу *лобъ*, а затылокъ заставить выходить изъ-за промежности, то это условіе, очевидно, будетъ нарушено, такъ какъ при этомъ прорѣзываніе головки совершается *прямымъ* (лобно-затылочнымъ) размѣромъ. Для того, чтобы заставить головку прорѣзаться возможно меньшимъ размѣромъ, подъ лонное соединеніе слѣдуетъ подвести *не лобъ*, а *область большого родничка*, геср., прилегающую часть лобной кости, образовать здѣсь *punctum fixum*, чрезъ которую должна пройти ось, вокругъ которой головка должна сдѣлать поворотъ, а изъ-за промежности въ это время долженъ прорѣзываться затылокъ (таб. IV, рис. 12). А такъ какъ этотъ размѣръ меньше прямого

почти на *два* сантиметра, то преимущество такого проведения головки очевидно. Изъ этого слѣдуетъ, что опасность для промежности, при правильномъ веденіи дѣла, здѣсь хотя и будетъ больше, чѣмъ при переднихъ видахъ, но далеко не въ той степени, какъ при прорѣзываніи прямымъ размѣромъ. На этомъ основаніи *своевременный* переходъ изъ одной позиціи въ другую, выражающійся своевременнымъ поднятіемъ рукоятокъ, для заднихъ видовъ я считаю особенно *важными*. Онъ долженъ выполняться съ еще большею тщательностью и осмотрительностью, чѣмъ при переднихъ видахъ.

Щипцы при *лицевыхъ положеніяхъ* могутъ быть накладываемы *только при переднихъ видахъ*. Наложение производится точно такъ же, какъ и при затылочныхъ положеніяхъ. При *лицевыхъ положеніяхъ*, какъ и при заднихъ видахъ затылочныхъ, весьма важно захватить *надлежащую* периферію предлежащей части. Желаемая окружность, помѣщающаяся въ головной кривизнѣ щипцовъ, должна проходить *чрезъ большіе бугры темянныхъ костей, область уха и скулы*. Во избѣжаніе недоразумѣній и сбивчивости въ понятіяхъ, нужно помнить, что щипцы накладываются *не на лицо, а на черепъ чрезъ лицо*. Въ этихъ видахъ, при *замыканіи*, необходимо *приподнять* рукоятки *вверхъ*, иначе головка, вся масса которой лежитъ при этомъ въ углубленіи крестцовой кости, не будетъ захвачена въ надлежащемъ размѣрѣ, resp., по направленію указанной (наибольшей) окружности. Замкнувъ щипцы, рукоятки опускаютъ и дѣлаютъ тракціи сначала нѣсколько *косвенно внизъ* (таб. V, рис. 14), затѣмъ *горизонтально*, пока подбородокъ не прорѣжется изъ-подъ лонной дуги и въ вершину ея не упрется известная часть передней поверхности шеи, гдѣ и образуется *punctum fixum*. Тогда рукоятки постепенно *поднимаютъ* косвенно *вверхъ* и, потягивая за нихъ, описываютъ дугу, мало-по-малу наклоня ихъ къ животу роженицы (таб. V, рис. 15). Задача искусства въ этомъ случаѣ заключается въ томъ, чтобы создать наилучшія условія для прорѣзыванія головки, проводя ее черезъ половую щель, такъ называемымъ, *вертикальнымъ размѣромъ*.

Что касается *заднихъ видовъ лицевыхъ положеній*, то, по моему, щипцы при этомъ *ни подъ какимъ видомъ не должны быть накладываемы*. Въ этомъ случаѣ механизмъ рожденія

Возможенъ только такимъ образомъ, что, чрезмѣрно усиленная состояніе экстензіи головки и сильно приподнимаемая рукоятки щипцовъ кверху, Вы должны вывести подбородокъ изъ-за промежности въ то время, когда лобъ, геср., область большого родничка, крѣпко упирается въ вершину лоннаго соединенія. Когда подбородокъ выйдетъ изъ-за промежности, сильно опуская рукоятки внизъ, Вы должны вывести изъ-подъ лонной дуги лобъ, темя и остальную часть черепа.

Это можетъ быть выполнено при двухъ условіяхъ: а) или головка при влеченіи опустится въ тазъ *вмѣстѣ съ верхнимъ отдѣломъ туловища* (грудной клѣткой) (таб. V, рис. 16), или б) при условіи фиксаціи *туловища надъ входомъ*, шея плода должна растянуться настолько, чтобы, занявъ всю длину задней стѣнки таза, дать возможность *подбородку* выступить изъ-за *промежности*. Первое вообще едва ли возможно¹⁾ и, во всякомъ случаѣ, составляло бы положительную *дистоцію*, создавать которую не можетъ входить въ программу какого бы то ни было врачебнаго пособія. Второе—не менѣе затруднительно. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ *возможность серьезныхъ поврежденій для матери* очень велика, даже *почти неизбежна*, а для плода подобный образъ дѣйствій, безъ большой натяжки, можно считать всегда *смертельнымъ*. Разница, сравнительно съ *переднимъ видомъ* лицевыхъ положеній, обуславливается, очевидно, тѣмъ, что при переднихъ видахъ головка можетъ опускаться въ полость таза, занимая *задній* его отдѣлъ, независимо отъ туловища, благодаря *незначительной вышинѣ передней* стѣнки, сравнительно съ *задней* (4—5 сант.—передн. и 14—15 сант.—задн.), не требующей, поэтому, при фиксаціи туловища надъ входомъ чрезмѣрнаго растяженія шейки, которая съ удобствомъ располагается по *задней* поверхности *передней* (короткой) стѣнки таза.

Такъ какъ въ такихъ случаяхъ заботы объ интересахъ плода отходятъ на задній планъ, то родовой актъ безъ ущерба для матери, *вмѣсто* труднаго и опаснаго примѣненія *щипцовъ*, можетъ быть легко и просто оконченъ при помощи операціи *прободенія* и извлеченія краниотракторомъ.

Способъ **наложенія щипцовъ** при положеніи роженицы

¹⁾ А въ особенности при узкомъ тазѣ, который въ происхожденіи лицевыхъ положеній играетъ извѣстную роль.

на боку, рекомендуемый, по преимуществу, английскими акушерами, я не буду разбирать подробно. Образъ дѣйствіи оператора, въ общемъ, тотъ же самый, какъ и при положеніи оперируемой на спинѣ. Роженица лежитъ въ американскомъ положеніи, на *лѣвомъ* боку (*M. Sims*), помѣщаясь задомъ на самомъ краю постели. Лѣвая ложка захватывается лѣвой рукой и вводится подъ руководствомъ правой, правая—наоборотъ. При введеніи *лѣвой* ложки операторъ помѣщается нѣсколько *сзади* роженицы, при введеніи *правой* — нѣсколько *спереди*, при чемъ правую ложку лучше не прямо вести въ соответственную половину таза, а помѣстить сначала *сзади*, въ крестцовую впадину, а затѣмъ перевести въ правую половину. Я указываю на это обстоятельство потому, что въ нѣкоторыхъ руководствахъ приводится иной способъ размѣщенія ложекъ, а именно, совѣтуютъ *лѣвую* ложку захватывать *правой* рукой, а въ тазъ вводить лѣвую руку, для чего операторъ долженъ помѣститься нѣсколько *спереди* роженицы, лицомъ къ ягодицамъ. По моему, это положеніе рукъ болѣе принужденно и менѣе удобно. Послѣдующіе моменты операціи совершаются по изложеннымъ выше правиламъ общепотребительнаго способа наложенія щипцовъ. Само собою разумѣется, что, соответственно особенностямъ даннаго положенія роженицы, измѣняется и *направленіе* влекущей силы. Всѣ тракціи совершаются въ *горизонтальной* плоскости — въ I-й позиціи *сзади*, во II-й позиціи *на себя* (соответственно оси туловища роженицы) и *вперед*, и въ III-й позиціи *вперед*, направляя рукоятки щипцовъ къ животу роженицы.

Относительная *достоинства* этого способа операціи лучше всего видны изъ нѣсколькихъ замѣчаній, которыя высказываются самими приверженцами бокового положенія. Такъ, *R. Barnes* говоритъ, что въ послѣдній моментъ извлеченія головки *полезно положить* роженицу на спину. По моему, это замѣчаніе со стороны защитника можетъ служить самой лучшей оцѣнкой и не нуждается въ комментаріяхъ.

До сихъ поръ мы разбирали щипцы какъ инструментъ *влекущій*, дающій возможность замѣнять недостающую *vis a tergo*, и видѣли, что щипцы примѣнялись такимъ образомъ, что ложки инструмента располагались всегда въ *поперечномъ* размѣрѣ таза и стремились захватить головку въ *поперечномъ* же размѣрѣ. Эти два требованія обуславливаются, ко-

нечно, устройствомъ самаго инструмента, такъ какъ съ одной стороны, имѣя *тазовую* кривизну, щипцы съ удобствомъ могутъ помѣститься только въ *поперечномъ* размѣрѣ таза, а съ другой — устройство, геср., размѣры *головной* кривизны допускаютъ правильное наложеніе ихъ соотвѣтственно только *поперечному* размѣру головки. Такой способъ употребленія щипцовъ я называю **типическимъ наложеніемъ щипцовъ**. Но этимъ, говорятъ, не исчерпывается значеніе щипцовъ, ихъ можно разсматривать еще какъ инструментъ, *исправляющій* положеніе головки. На этомъ основаніи предписывается примѣненіе щипцовъ при условіяхъ нѣсколько иныхъ, чѣмъ тѣ, которыя мы выставили раньше. Сюда относится, такъ называемое, *косое* наложеніе щипцовъ (**атипическое**).

Этотъ видъ наложенія щипцовъ примѣняется при стояннй *стрѣловиднаго* шва въ *косыхъ* или *поперечныхъ* размѣрахъ таза, какъ при переднихъ, такъ и при заднихъ видахъ *затылочныхъ* положеній; равно какъ при таковыхъ же условіяхъ отношенія длинника *лица* къ размѣрамъ таза при *лицевыхъ* положеніяхъ.

Главная задача *косого наложенія* щипцовъ состоитъ въ томъ, чтобы *затылокъ*, геср., *проводную точку* подвести къ лонному соединенію, другими словами, совершить *внутренній поворотъ* *предлежащей части*. Общія правила при косомъ наложеніи щипцовъ требуютъ такого размѣщенія ложекъ на головкѣ, при которомъ *верхушки ложекъ* были бы обращены *въ сторону проводной точки* (малый родничокъ, подбородокъ).

При *переднихъ видахъ* щипцы накладываются въ *косомъ* размѣрѣ (таза), *противоположномъ* тому, въ которомъ стоитъ стрѣловидный шовъ. Такъ, при *первомъ* затылочномъ положеніи, щипцы накладываются въ *лѣвомъ* косомъ размѣрѣ, при чемъ верхушки ложекъ обращены *влѣво*. Сначала вводится *правая* ложка въ правую половину таза и помѣщается *кпереди*, затѣмъ *лѣвая* — въ лѣвую половину таза и *кзади*. Рукоятки *переводятся* одна вокругъ другой, и щипцы замыкаются. Введеніе правой ложки *первою*, очевидно, совѣтуется на общемъ основаніи—вводитъ сначала *ту ложку*, наложеніе которой предполагается болѣе *труднымъ*, а такъ какъ правая ложка (во взятомъ примѣрѣ) помѣщается въ переднемъ (меньшей емкости) отдѣлѣ таза, то она и вводится *первою*. По замыканіи, щипцы берутъ полною рукою и *поворачиваютъ*

ихъ *вокругъ* продольной *оси* слѣва направо до тѣхъ поръ, пока они не лягутъ въ *поперечномъ* размѣрѣ таза, или—что то же—пока головка не установится стрѣловиднымъ швомъ соотвѣтственно *прямому* размѣру таза.

При *второмъ* черепномъ положеніи (передній видъ) поступаютъ точно также, только щипцы накладываются въ *правомъ* косомъ размѣрѣ, а слѣдовательно *лѣвая* (лежащая кледи) ложка вводится *первою*.

При, такъ называемыхъ, *поперечныхъ видахъ* затылочныхъ положеній или, лучше, *при поперечномъ стояніи* головки (стрѣловидный шовъ въ поперечномъ размѣрѣ таза)—совѣтуютъ такое наложеніе щипцовъ, при которомъ головка захватывается въ *поперечныхъ* размѣрахъ; слѣдовательно, допускается наложеніе щипцовъ въ *прямомъ* размѣрѣ таза. Такъ, при затылкѣ, обращенномъ *вправо*, подъ лонное соединеніе вводится *лѣвая* ложка, а въ крестцовую впадину *правая*. *Первою*, согласно вышесказанному, вводится *лѣвая* (передняя, герр., труднѣе приноравливаемая) ложка. Замкнувъ щипцы, *поворачиваютъ* ихъ справа налево до тѣхъ поръ, пока стрѣловидный шовъ не будетъ соотвѣтствовать *прямому* размѣру таза, а щипцы лягутъ въ *поперечномъ* его размѣрѣ. Т. е. головка совершаетъ поворотъ въ 90°. Или а) поступаютъ такимъ образомъ, что щипцы накладываютъ сначала въ *косомъ* размѣрѣ, противоположномъ тому, въ которомъ долженъ былъ бы *при* правильномъ механизмѣ даннаго (I-го или II-го) положенія стоять стрѣловидный шовъ, другими словами—въ размѣрѣ, соотвѣтствующемъ той сторонѣ, куда обращенъ *затылокъ*, т. е. при *затылкѣ*, обращенномъ *влѣво*—въ *лѣвомъ* косомъ размѣрѣ, при *затылкѣ*, обращенномъ *вправо*,—въ *правомъ* косомъ. При этомъ способѣ накладки щипцы, естественно, захватываютъ головку въ неблагоприятномъ размѣрѣ. Такъ, при затылкѣ, обращенномъ *влѣво*, лѣвая (задняя) ложка ляжетъ на лѣвую сторону лямбовиднаго шва, а правая—на правый лобный бугоръ. Щипцы замыкаютъ и *поворачиваютъ* слѣва направо до тѣхъ поръ, пока *поперечные* размѣры головной кривизны щипцовъ не будутъ совпадать съ *поперечными* размѣрами таза. Головка въ это время будетъ стоять въ *правомъ* косомъ размѣрѣ (поворотъ въ 45°). Тогда размыкаютъ щипцы и перемѣщаютъ ложки опять въ *лѣвый* косой размѣръ затѣмъ,

чтобы головка была захвачена въ *поперечномъ* размѣрѣ. Для этого, во ваятомъ примѣрѣ, лѣвая ложка переводится сверху внизъ (гср., спереди назадъ), а правая—наоборотъ. Это совершается слѣдующимъ образомъ: захвативъ рукоятку лѣвой ложки лѣвой рукой, правую руку помѣщаютъ такимъ образомъ, что большой палецъ лежитъ у замковой части, подъ нею, и образуетъ для данной (лѣвой) ложки точку опоры, а два пальца—указательный и средній, введенные въ тазъ и приложенные къ соотвѣтственному (верхнему) ребру ложки, издавливаютъ ее къ задней точкѣ лѣваго косога размѣра. Правая ложка переводится снизу вверхъ подобнымъ же приемомъ, только въ тазъ вводятся пальцы лѣвой руки, правая же дѣйствуетъ на рукоятку, а надавливаніе производится на нижнее ребро ложки. Размѣстивъ ложки, поступаютъ какъ при *косомъ* стояніи стрѣловиднаго шва; щипцы поворачиваютъ слѣва направо и подводятъ затылокъ къ лонному соединенію (второй поворотъ въ 45°). Дальнѣйшее извлеченіе совершается по общимъ правиламъ.

Или б) первоначальное вращеніе *сразу* производятъ на большее число градусовъ (90°), прямо до совпаденія стрѣловиднаго шва съ прямымъ размѣромъ таза. При этомъ щипцы, конечно, будутъ лежать въ *косомъ* размѣрѣ, противоположномъ тому, въ которомъ они были наложены; тогда ихъ переводятъ въ поперечный размѣръ вышеизложеннымъ способомъ. Такое передвиженіе ложекъ внутри полового канала, безъ извлеченія ихъ наружу, носитъ названіе *mouvement de spiral (m-me Lachapelle)*.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется *задній видъ* того или другого затылочнаго положенія въ его не вполне законченной формѣ, поступаютъ двояко: или накладываютъ щипцы въ томъ же *косомъ* размѣрѣ, при чемъ, напр., при II-мъ положеніи, правая ложка ляжетъ глубоко кзади—на правую половину затылка, а лѣвая сильно кпереди—на лѣвую часть лба; затѣмъ, по замыканіи, щипцы *изъ косога* размѣра переводятъ въ *поперечный*. Такимъ образомъ, головку изъ задняго вида переводятъ въ косое стояніе, какъ при переднемъ видѣ (*способъ W. Lange*). Или накладываютъ щипцы въ *косомъ* размѣрѣ, *противоположномъ* тому, въ которомъ стоитъ *стрѣловидный шовъ*; при этомъ, слѣдовательно, верхушки ложекъ обращены будутъ *не къ затылку, а въ сторону лба*. Поворачи-

ваніе производять до тѣхъ поръ пока щипцы не совпадутъ съ *прямыми* размѣрами таза; головка, слѣдовательно, будетъ находиться теперь въ *поперечномъ* стояніи. Тогда щипцы снимаютъ и накладываютъ ихъ вновь, какъ при поперечномъ стояніи головки (*способъ Scanzoni*).

Точно такой же способъ дѣйствія щипцами рекомендуется для *лицевыхъ* положеній—при *не вполне* совершившемся поворотѣ подбородка *впередъ*, при *поперечномъ* стояніи лица и *даже* при обращеніи подбородка *кзади*. Въ этихъ случаяхъ совѣтуютъ накладывать щипцы съ такимъ расчетомъ, чтобы верхушки ложекъ были обращены въ сторону *подбородка*, какъ проводной точки.

Описавъ, быть можетъ, нѣсколько подробнѣе даже, чѣмъ бы слѣдовало, косое наложеніе щипцовъ при различныхъ видахъ устанавливанія головки, геср., личика, я считаю нужнымъ остановиться на этомъ видѣ накладывать щипцовъ и высказать Вамъ свои соображенія по этому предмету.

Щипцы я разсматриваю, какъ инструментъ только *для извлеченія*, дающій возможность приложить къ головкѣ силу и замѣнить, такимъ образомъ, *vis a tergo*, но отнюдь *не* инструментъ, назначенный *для исправленія* положеній. Совсѣмъ другое дѣло—измѣненіе *направленія* (при влеченіи). Въ этомъ смыслѣ щипцы представляютъ собой только *рукоятку*, дающую возможность приложить къ головкѣ силу, а *не рычагъ*. Встарину щипцы назывались *forceps obstetritia innocua*—безвредные акушерскіе щипцы. Чтобы оправдать это названіе, чтобы дѣйствительно быть безвредными, щипцы, геср., операція щипцовъ, должны: 1) не нарушать того механизма, съ помощью котораго совершаются роды естественнымъ путемъ—одними силами природы, 2) не причинять вреда матери и 3) не наносить серьезнаго ущерба плоду.

Щипцы, накладываемые въ то время, когда предлежащая часть стоитъ *zangenrecht*, удовлетворяютъ всѣмъ сказаннымъ условіямъ и являются, такимъ образомъ, вполне цѣлесообразнымъ и разумнымъ пособіемъ искусства, отвѣчающимъ физіологическимъ требованіямъ. Здѣсь они восполняютъ недостатокъ изгоняющей дѣятельности—и только.

Совсѣмъ другое дѣло при наложеніи щипцовъ съ цѣлью *исправленія*. Здѣсь вышеизложенныя требованія являются нарушенными—или всѣ вмѣстѣ, или которыя либо въ от-

дѣльности. Для примѣра я возьму исправленіе положенія при *поперечно́мъ стояніи* головки, когда стрѣловидный шовъ совпадаетъ съ поперечными размѣрами таза. Оба родничка при этомъ нерѣдко стоятъ на одной высотѣ, или чередуются въ пониженіи по родовому пути.

Прежде всего слѣдуетъ выяснитъ надлежащимъ образомъ *причины*, въ силу которыхъ создается такое положеніе подлежащей части. Вы знаете, что это составляетъ, во-первыхъ, особенность механизма при *узкомъ* (плоскомъ) тазѣ, во-вторыхъ, можетъ быть результатомъ *особеннаго строенія* головки.

Въ только что приведенныхъ случаяхъ—причины стойкія, анатомическія, и измѣнить ихъ, или парализовать ихъ вліяніе, дѣйствуя указаннымъ образомъ щипцами, не въ Вашей власти. Да и *дѣло* здѣсь вовсе *не въ томъ*, что *головка не поворачивается впередъ*, а въ тѣхъ условіяхъ, которыя *исключаютъ возможность и необходимость такого поворота въ данное время*. Такъ какъ данное положеніе головки есть результатъ взаимодѣйствія изгоняющихъ силъ, съ одной стороны, и сопротивленія со стороны родового канала и головки—съ другой, то очевидно, что эти три фактора и доля участія каждаго изъ нихъ должны быть для Васъ ясны, какъ нельзя болѣе. Но этого-то какъ разъ и нѣтъ. По крайней мѣрѣ, одинъ изъ нихъ—*родовой объектъ*—всегда можетъ представлять собою *quidquid ignotum*. Слѣдовательно, въ такихъ случаяхъ Вы должны дѣйствовать, такъ сказать, въ потьмахъ и очень легко можетъ быть, что данное положеніе, какъ-разъ соответствующее требованіямъ времени и обстоятельствъ, Вы своимъ вмѣшательствомъ можете измѣнить въ весьма невыгодную сторону.

Если внимательно слѣдить за тѣмъ, что дѣлается въ это время, то легко понять, что, несмотря на то, что головка, повидимому, *цѣлые часы* стоитъ въ *одномъ* положеніи, это—не потерянное время и не бесплодно затраченныя усилія со стороны природы. Въ это время и совершается та подготовительная, мало замѣтная конфигураціонная работа, благодаря которой головка приспособляется къ тазау, и только, когда эта работа кончена, тогда дальнѣйшее поступательное движеніе дѣлается возможнымъ и не встрѣчаетъ въ большинствѣ случаевъ препятствій. Наступленіе этого момента

выражается тѣмъ, что головка, опускаясь глубже, начинаетъ выходить изъ поперечнаго размѣра; мало-по-малу она переходитъ въ косой и при потугѣ обнаруживаетъ замѣтное стремленіе повернуться впередъ. Это весьма важно. *Если бы теперь явилась надобность окончить роды, то примѣненіе щипцовъ, давая возможность восполнить недостаточность vis a tergo, имѣетъ полнѣйшій raison d'être.* Операция въ такихъ случаяхъ оканчивается, обыкновенно, легко и скоро, помощью однихъ влеченій, безъ какихъ либо „исправляющихъ“ поворачиваній подлежащей части. Поэтому, имѣя дѣло съ поперечнымъ стояніемъ головки, было бы весьма наивно думать, что, искусственно поворачивая затылокъ впередъ, Вы поступаете согласно требованіямъ естественнаго механизма—„подражаете природѣ“.

Для матери изложенный образъ дѣйствій едва ли можно считать безвреднымъ. Въ самомъ дѣлѣ, при поперечномъ стояніи головки, находящейся въ состояніи невыгодной для повертыванія конфигураціи и въ невыгодныхъ условіяхъ со стороны таза (въ указанномъ мѣстѣ), насильственное перемѣщеніе затылка на цѣлую четверть круга не можетъ пройти безнаказанно, особенно у первородящихъ, у которыхъ рукавъ тѣсно охватываетъ подлежащую часть. Дѣйствительно, трещины рукава, проникающія въ клѣтчатку, частичныя узурь стѣнокъ, протиранія сводовъ, разможеніе (верхушками ложекъ) шейки матки и проч.—не только мыслимыя, но и *не разъ, къ сожалѣнію, наблюдавшіяся* послѣдствія при указанномъ образѣ дѣйствій.

Но допустимъ, что при выработанной техникѣ и при соблюденіи условій противогнилостнаго, resp., безгнилостнаго метода, поврежденія матери и сопряженныя съ ними опасности будутъ сведены на minimum. Спрашивается, можно ли поступать такъ въ интересахъ *плода*? Едва ли.

Поворачивая вколоченную головку на 90° и болѣе, Вы можете причинить серьезныя поврежденія плоду. При фиксаціи плечъ это можетъ кончиться очень печально, напр., разрывомъ между атлантомъ и вторымъ шейнымъ позвонкомъ, т. е. формальнымъ свертываніемъ шеи, какъ это и было въ случаѣ *Höning'a* ¹⁾. Даже и внѣ такихъ печальныхъ при-

¹⁾ Beiträge zur Lehre von kyphotisch verengten Becken. Bonn. 1870.

мѣровъ, стремленіе насильственно продѣлать извѣстный механизмъ въ теченіе *такого* времени и *тогда*, въ теченіе *какого* и *когда* онъ не отвѣчаетъ требованіямъ даннаго случая,—для плода, конечно, не безразлично.

Если признать справедливымъ только что сказанное, то что же нужно сказать о наложеніи щипцовъ съ цѣлью исправленія (превращенія въ передніе) при *заднихъ* видахъ затылочныхъ, а тѣмъ болѣе *лицевыхъ* положеній? Здѣсь поворотъ подлежащей части долженъ колебаться въ предѣлахъ 135—180°. А такъ какъ и при *заднихъ* видахъ плечики устанавливаются въ тазау въ размѣрѣ, противоположномъ тому, въ которомъ стоитъ стрѣловидный шовъ, то при фиксации плечиковъ поворотъ затылка въ указанныхъ размѣрахъ можетъ стоять плоду особенно дорого.

Кромѣ того, при *заднихъ* видахъ затылочныхъ положеній навсегда остается неустранимымъ одно совершенно основательное возраженіе, а именно: какимъ образомъ Вы можете узнать, что въ данномъ случаѣ безъ вмѣшательства искусства не сформировался бы полный задній видъ, въ которомъ головка и должна бы родиться. Это не пустое теоретическое возраженіе—оно имѣетъ серьезный смыслъ. Въ самомъ дѣлѣ, природа въ теченіе долгаго времени употребляла усилія для того, чтобы, примѣняясь къ условіямъ даннаго таза, положенія туловища и головки, создать такую конфигурацію ея, которая требуется при *заднемъ* видѣ, а Вы вдругъ заставляете головку насильственно родиться въ *переднемъ* видѣ. Едва ли это—въ свою очередь—можетъ быть названо *подрожаніемъ* природѣ ¹⁾.

Что касается *исправленія* положенія *высокостоящей* головки (во входѣ) щипцами, то объ этомъ вовсе не стоитъ толковать.

¹⁾ Обращаясь къ клинической казуистикѣ, нетрудно указать наблюденія, подтверждающія только что сказанное. Такъ описанъ случай, въ которомъ операторъ при *заднемъ* видѣ затылочнаго положенія наложилъ щипцы, перемѣстивъ затылокъ впередъ, но извлечь головку не могъ; когда онъ снялъ щипцы, головка тотчасъ установилась опять въ первоначальномъ *заднемъ* видѣ. Троекратная попытка окончить роды указаннымъ образомъ не имѣла успѣха, и только тогда, когда въ 4-й разъ щипцы наложены были, какъ при *заднемъ* видѣ, удалось извлечь головку въ *заднемъ* же видѣ легко и скоро. (Ср. Arch. de Gecologie, 1894. Случай *Charpentier'a*).

Нецѣлесообразность этого способа (совѣта) очевидна сама собою.

Такимъ образомъ, я совершенно категорически высказываюсь *противъ* употребленія щипцовъ ради *исправленія* положенія. Щипцы, по моему, должны служить *только для извлеченія* головки. Въ этомъ смыслѣ наложеніе щипцовъ, предпринимаемое при наличности вышеуказанныхъ *условій*, является операцией весьма простой и легкой и вполне оправдываетъ свою репутацію безвреднаго пособия. Примѣромъ могутъ служить, такъ называемые, „выходные“ щипцы. Въ практической жизни, однако, далеко не всегда бываютъ налицо тѣ условия, которыя требуются теоретически (и совершенно разумно), а потому врачу, волей-неволей, приходится поступаться тѣмъ или другимъ изъ нихъ. Напримѣръ, по требованію обстоятельствъ даннаго случая окончаніе родовъ безотлагательно необходимо въ интересахъ или матери, или плода, или обоихъ вмѣстѣ, а между тѣмъ головка (въ полости) не стоитъ вполне *zangenrecht*, стрѣловидный шовъ лежитъ въ косомъ размѣрѣ таза. Какъ быть? Развѣ нельзя въ такихъ случаяхъ окончить роды щипцами? И *можно*, и *должно*. Это будутъ, такъ называемые, „полостные щипцы“. Нужно только хорошенько уяснить себѣ положеніе дѣла и разобраться во взаимныхъ отношеніяхъ головки къ тазу. Само собою разумѣется, что при этомъ, согласно „основнымъ“ движеніямъ головки по родовому каналу и требованіямъ соотвѣтственнаго механизма, должно измѣняться и *направленіе* тракцій, при чемъ и *могутъ*, и *должны* быть совершаемы вращательныя движенія щипцовъ, и именно *во время самой тракціи*. Поймите это, какъ слѣдуетъ. Тутъ, очевидно, разница не въ выраженіяхъ, *а по существу*. Держась правилъ, которыя совѣтуютъ ради исправленія положенія головки, нужно *сначала* (указанными способами) *исправить* положеніе головки, а *затѣмъ* извлекать ее. Я же *утверждаю*, что *никакого предварительнаго исправленія положенія головки щипцами не требуется*;—*наложивъ щипцы, нужно извлекать* головку и *во время извлеченія (тракціи) не только не спѣшать тѣхъ поворотовъ, которые должна совершать* головка *согласно механизму (родовъ), свойственному данному отдѣлу таза и данному случаю, — но и сознательно содѣйствовать имъ*.

Выполненіе операціи въ такихъ случаяхъ будетъ труднѣе и потребуеть бѣльшей осмотрительности и вниманія, чѣмъ при щипцахъ „выходныхъ“.

При положеніи стрѣловиднаго шва въ томъ или другомъ *косомъ* размѣрѣ таза, щипцы нужно накладывать также въ *косомъ* (противоположномъ) *размѣрѣ таза съ тѣмъ*, чтобы головка была захвачена въ *поперечномъ* размѣрѣ, и тракціи нужно дѣлать въ соотвѣтственной позиціи (смотря по высотѣ стоянія головки), не перемѣщая искусственно ложки щипцовъ въ поперечный размѣръ. Когда головка при поступательномъ движеніи (тракціи) достигнетъ глубины *даннаго* отдѣла таза и обнаружить стремленіе поворачиваться (проводной точкой) впереди, тогда при тракціяхъ слѣдуетъ способствовать этому, направляя ручки въ соотвѣтственную сторону. Щипцы будутъ все болѣе и болѣе переходить въ поперечный размѣръ таза. Это отнюдь не будетъ чѣмъ-то искусственнымъ, а вполне соотвѣтствуетъ нормальному механизму при произвольныхъ родахъ. Если наложить щипцы такой конструкціи, въ которыхъ влекущая сила прилагается не къ рукояткамъ (непосредственно), а къ особо устроеннымъ приспособленіямъ (напр., щипцы *Tarnier'a*), то можно отчетливо наблюдать, какъ головка при тракціяхъ (за указанныя приспособленія), повинуюсь требованіямъ правильнаго механизма, независимо отъ направленія тракціи, поворачивается въ надлежащій размѣръ вмѣстѣ со щипцами. Если, при сколько-нибудь затянувшейся операціи, тракціи совершаются не непрерывно, а между ними дѣлаются (какъ и полагается) паузы, и щипцы при этомъ размыкаются, то нерѣдко можно видѣть, что при слѣдующемъ замыканіи щипцовъ ложки располагаются въ поперечномъ размѣрѣ таза или близкомъ къ нему. Въ особенности это наблюдается при наличности потужной дѣятельности.

Для накладыванія щипцовъ въ *косыхъ* размѣрахъ таза теоретически были бы, пожалуй, болѣе пригодны *прямые* щипцы—безъ тазовой кривизны. Опыта ради, *я не разъ* накладывалъ ихъ (щипцы проф. *И. П. Лазаревича* разныхъ конструкцій) и могу признать ихъ цѣлесообразными; но еще *большее число разъ* я накладывалъ (обыкновенно *Simpson'овскіе*) щипцы и *ни разу* не видѣлъ какихъ либо затрудненій при наложеніи и какихъ либо неприятныхъ послѣдствій отъ

ихъ примѣненія. Тазовая кривизна ихъ невелика, и тотъ, кто, хотя немного, привыкъ къ этому инструменту, всегда будетъ въ состояніи прекрасно распорядиться имъ. При этомъ, я еще разъ подчеркиваю то обстоятельство, что щипцы я употреблялъ и совѣтую Вамъ употреблять только для *извлеченія* головки, а не *исправленія* ея положенія (въ смыслѣ авторовъ). Такимъ способомъ Вы избѣгаете насильственного воздѣйствія на головку и не создаете для нея такихъ *условій*, которыя не свойственны ей въ данномъ отдѣлѣ таза при естественномъ родоразрѣшеніи.

Что касается неположенныхъ *заднихъ* видовъ затылочныхъ положеній (малый родничокъ обращенъ къ тому или другому крестцово-подвздошному сочлененію), то, принимая этотъ же принципъ, я совѣтую, избѣгая всякаго насильственного поворачиванія впередъ или назадъ, наложить щипцы на *поперечный* размѣръ головки (геср., въ косомъ размѣрѣ таза) и приступить къ тракціямъ. Предлежащая часть и здѣсь, въ свою очередь, часто не замедлитъ установиться въ прямомъ размѣрѣ таза, и рожденіе произойдетъ, какъ при полномъ *заднемъ* видѣ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда при тракціяхъ головка, опускаясь по родовому каналу, *обнаруживаетъ стремленіе повернуться* затылкомъ сначала въ поперечный, а затѣмъ и въ (противоположный) косой размѣръ, т. е. совершаетъ вращательное движеніе кпереди, согласно вышесказанному, не слѣдуетъ *стыдиться* этихъ естественныхъ передвиженій (*rotatio*) головки, а, наоборотъ, содѣйствовать имъ. Нужно хорошенько отдавать себѣ отчетъ въ томъ, что совершается. Такъ какъ первоначально щипцы были наложены на *задній* видъ и захватывали головку въ *поперечномъ* размѣрѣ, то при поворотѣ головки кпереди, когда стрѣловидный шовъ будетъ совпадать съ *поперечнымъ* размѣромъ таза, щипцы неминуемо должны лежать въ *прямомъ* его (таза) размѣрѣ. Это неудобно и противорѣчитъ основному правилу техники наложенія щипцовъ, по которому верхушки ложекъ должны быть обращены въ сторону проводной точки. А при дальнѣйшемъ поворотѣ проводной точки кпереди щипцы должны помѣститься даже въ противоположномъ (первоначальному) косомъ размѣрѣ таза, т. е. верхушки ложекъ будутъ обращены *назадъ* и влѣво (а не вправо), что рѣшительно не отвѣчаетъ самой идеѣ

устройства инструмента. Все это относится, разумѣется, къ щипцамъ съ тазовой кривизной; *прямые* щипцы, слѣдовательно, были-бы *здѣсь болѣе умыслны* и при совершающемся поворотѣ подлежащей части ихъ не нужно было бы и снимать. Щипцы же съ тазовой кривизной необходимо снять и лучше наложить вновь (вмѣсто сложнаго перемѣщенія ложекъ внутри полового канала) на головку, какъ при *переднемъ* видѣ. Впрочемъ, я долженъ замѣтить, что, такъ какъ вращеніе головки, геср., затылка, впередъ до совпаденія стрѣловиднаго шва съ прямымъ (или почти прямымъ) размѣромъ таза, совершается—собственно говоря — незадолго до окончательнаго прорѣзыванія, когда головка, главнымъ образомъ, помѣщается въ мягкихъ частяхъ полового канала, вторичное накладываніе щипцовъ будетъ *не* необходимо. Можно—нерѣдко—ограничиться уже достигнутымъ (щипцами) эффектомъ, а головку вывести изъ мягкихъ частей *помощью ручныхъ* приемовъ.

При глубокомъ *поперечномъ* стояніи головки (въ полости) я совѣтую, безъ *крайней* необходимости, не прибѣгать къ щипцамъ до тѣхъ поръ, пока стрѣловидный шовъ не выйдетъ изъ поперечнаго размѣра таза и не перейдетъ *въ косою, хотя бы и немного*. Несмотря на эту, повидимому, ничтожную разницу въ отношеніи стрѣловиднаго шва къ размѣрамъ таза, на самомъ дѣлѣ это весьма важно. Это значитъ, что главнѣйшая задача конфигураціи почти кончена, и дальнѣйшее извлеченіе не представитъ затрудненій, при чемъ тѣ или другіе *повороты* головки *возникнутъ*—по требованію естественнаго механизма—*сами собой*, подъ *вліяніемъ* однихъ *тракцій* и *соотвѣтственно* даннымъ *отдѣламъ* таза. Если бы, однако, по обстоятельствамъ даннаго случая, окончаніе родовъ (при *живомъ* плодѣ) было *безотлагательно* необходимо, и если Вы убѣдились, что на пути дальнѣйшаго слѣдованія головки препятствій не имѣется, можно приступить къ накладыванію щипцовъ (въ *косомъ* размѣрѣ), но необходимо помнить, что операція въ этомъ случаѣ можетъ быть далеко *не* столь *легкой* и *благопріятной* для матери и плода, какъ при стояніи головки *zangenrecht*, или близкомъ къ нему. И здѣсь, накладывая щипцы, я имѣю въ виду прежде всего *опустить* головку *глубже* по родовому каналу и тѣмъ самымъ дать ей возможность выйти изъ поперечнаго размѣра

и установиться наиболѣе благоприятнымъ (для рожденія) образомъ.

Особенно замѣтное отступленіе отъ основного условія (стояніе zangenrecht) допускаютъ при наложеніи щипцовъ на высоко стоящую головку (такъ называемые „высокіе щипцы“). Понятіе о „высокомъ“ стояніи головки весьма неопредѣленно и растяжимо, а потому въ этомъ отношеніи царитъ большой произволъ. Что касается меня, то подъ высокимъ стояніемъ головки, при которомъ я позволяю себѣ накладывать щипцы, я понимаю такое отношеніе между тазомъ и головкой, при которомъ *головка стоитъ неподвижно и известнымъ сегментомъ прошла уже черезъ входъ въ тазъ*, гср., въ нѣкоторой степени *подверглась* цѣлесообразной *конфигураціи*. И здѣсь я принципиально накладываю щипцы *на поперечный размѣръ* головки. Если же при размѣщеніи ложекъ, или при замыканіи, оказывается, что ложки съ большимъ удобствомъ располагаются нѣсколько въ косомъ размѣрѣ, я оставляю ихъ въ этомъ положеніи. Головка въ такихъ случаяхъ бываетъ захвачена, большею частью, такимъ образомъ, что одна ложка приходится справа у затылка и слѣва у лба, или наоборотъ. Тракціи дѣлаются книзу (1-я позиція). Какъ только головка пройдетъ чрезъ тазовой входъ, и при дальнѣйшемъ движеніи ея проводная точка обнаруживаетъ наклонность повернуться впередъ, я стараюсь не стѣснять этихъ вращеній и, въ случаѣ надобности, кромѣ повторнаго размыканія щипцовъ, соотвѣтственнымъ образомъ *измѣняю* первоначальное *размѣщеніе* ложекъ. Головка при тракціяхъ часто поворачивается и устанавливается надлежащимъ размѣромъ.

Практикуемое нѣкоторыми наложеніе щипцовъ на головку, стоящую *надъ входомъ* или только ничтожнымъ сегментомъ вступающую въ плоскость входа (подвижную), я считаю *непозволительнымъ*. Разсуждая критически, я думаю, во-первыхъ, что при этихъ условіяхъ роды гораздо безопаснѣе могутъ быть окончены поворотомъ (подвижность плода) съ слѣдующимъ извлеченіемъ, во-вторыхъ, что въ этихъ случаяхъ насильственно протащить черезъ *всю длину* тазового канала головку, совершенно *не подготовленную* къ этому сколько нибудь цѣлесообразной конфигураціей, въ особенности *при существованіи* значительныхъ пространственныхъ *несоответствій* (см. ниже)—дѣло далеко не простое и легкое, а главное

требованіямъ естественнаго механизма едва ли отвѣчающее. Въ отдѣльныхъ случаяхъ извлеченіе щипцами головки, стоящей надъ входомъ въ тазъ, правда, не встрѣчаетъ ни особыхъ затрудненій, ни возраженій, напр., у *многородящихъ съ нормальнымъ тазомъ*, слѣдовательно, при благоприятныхъ отношеніяхъ размѣровъ головки плода и таза матери, когда операція предпринимается по особымъ показаніямъ. Тамъ, какъ извѣстно, и произвольные роды оканчиваются иногда въ 2—3 схватки. Въ такихъ случаяхъ, конечно, роды могутъ быть окончены и щипцами, хотя, можетъ быть, и не столь легко. Но, очевидно, не о *такихъ* случаяхъ идетъ и рѣчь въ вопросѣ о *высокихъ щипцахъ*; тутъ предполагается наличность пространственныхъ несоотвѣтствій (узкій тазъ).

Допуская примѣненіе щипцовъ *посль* того, какъ извѣстная часть головки прошла черезъ тазовой входъ, считаю нужнымъ обратить Ваше вниманіе на возможность *ошибки* въ распознаваніи. Слѣдуетъ помнить, что, опредѣляя высоту стоянія головки, нужно руководиться не положеніемъ волосистой части головки (нижній полюсъ), а отношеніемъ *окружности черена* къ тазу. Дѣло въ томъ, что, въ особенности при патологическихъ тазахъ, напр., общесъуженныхъ, сравнительно весьма рано формируется родовая опухоль (сarcit succedaneum), достигающая иногда значительной величины и маскирующая, такимъ образомъ, истинное отношеніе головки къ тазу. Основывать свое распознаваніе на *однократномъ* изслѣдованіи здѣсь было бы весьма рисковано. Рѣшаясь на примѣненіе щипцовъ, необходимо произвести обстоятельное изслѣдованіе, и при томъ *не однимъ* или *двумя* пальцами, а *полу-рукой*, а иногда и *всей рукой*. При этомъ, къ удивленію, оказывается иногда, что собственно головка не только не вступила своимъ большимъ сегментомъ въ полость таза, а стоитъ почти цѣликомъ надъ входомъ и даже подвижна, несмотря на то, что волосистая часть, resp., головная опухоль стоитъ очень низко и выполняетъ значительную часть полости таза. Очень понятно, что въ такихъ случаяхъ щипцы легко *могутъ соскользнуть*, и самое извлеченіе головки можетъ оказаться труднымъ и даже безуспѣшнымъ, хотя на основаніи глубокаго стоянія нижняго полюса предлежащей части, *казалось бы*, никакихъ особенныхъ затрудненій нельзя было ожидать.

Вопросъ о *количествѣ* физической силы, необходимой при операціи щипцовъ, на основаніи вышеизложеннаго, рѣшается довольно легко. Если держаться основнаго правила—приступать къ наложенію щипцовъ при наличности необходимыхъ *условій* и только въ томъ случаѣ, когда головка находится, по крайней мѣрѣ, въ верхнемъ отдѣлѣ *полости* таза, то для окончательнаго извлеченія головки сила средняго человѣка вполнѣ достаточна. При этомъ, въ огромномъ большинствѣ случаевъ, отнюдь не слѣдуетъ развивать значительной силы, упираясь во что либо ногами и откидываясь туловищемъ кзади. Это можетъ вести къ дурнымъ послѣдствіямъ. Такъ какъ при значительномъ развитіи силы операторъ не всегда успѣваетъ регулировать силу влеченія, то головка, преодолевъ препятствіе, можетъ родиться иногда черезчуръ быстро и прорѣзаться черезъ половую щель несообразно направленію проводной оси. Обыкновеннымъ послѣдствіемъ можетъ быть разрывъ промежности и нерѣдко съ нарушеніемъ цѣлости сфинктера, *resp.*, передней стѣнки прямой кишки (разрывъ IV-й степени). Вообще говоря, извлеченіе *не должно быть форсированное*. Тракціи должны чередоваться съ небольшими паузами, во время которыхъ какъ операторъ, такъ и половыя части матери и головка имѣютъ необходимый отдыхъ. При мало-мальски трудномъ извлеченіи слѣдуетъ не только дѣлать паузы, но и размыкать щипцы, давая головкѣ возможность устанавливаться болѣе благопріятнымъ размѣромъ. Этому очень полезно содѣйствовать, вызывая схватку растираніемъ живота, или просто надавливая на маточное дно. Примѣненіе большого количества силы, развиваемой при помощи различныхъ механическихъ приспособленій (системы блоковъ, винтовъ и т. п.), отнюдь *не должно* быть допускаемо при операціи щипцовъ.

Развѣ можно, въ самомъ дѣлѣ, назвать разумнымъ врачевнымъ пособіемъ такое дѣйствіе, когда извлеченіе щипцами производится *двумя* или *тремя* здоровыми людьми одновременно. Операція (!) при этомъ продолжается *цѣлыми часами* и количество тракцій доходитъ до 150 (*Riecke*) и даже до 175 (*Osiander*)! Объ этомъ не стоило бы упоминать, если бы все это были „дѣла давно минувшихъ дней“, но, къ сожалѣнію, и въ наше время встрѣчается нѣчто подобное. Мнѣ самому, на примѣръ, пришлось видѣть случай, гдѣ *пять* мо-

лодыхъ здоровыхъ врачей поочередно истощали свои силы, и только *шестому* удалось извлечь головку... Что такіе случаи, къ сожалѣнію, не единственные въ своемъ родѣ, это можно подтвердить и литературными указаніями. Ради примѣра, я позволю себѣ привести случаи изъ сравнительно недавняго прошлаго.

Такъ, въ 1884 г. *Bostetter* ¹⁾ сообщилъ случай, гдѣ онъ у перворождающей, наложивъ щипцы (*Simpson'a*), всю ночь дѣлалъ тракціи, но безуспѣшно. На утро онъ возобновилъ попытки, и когда онѣ опять не увѣнчались успѣхомъ, то пригласилъ товарища, и уже *вдвоемъ*, соединенными силами, снова приступили къ тракціямъ, но головки извлечь не могли. Роды кончены прободеніемъ.

Другой случай того же автора не менѣе поучителенъ. Наложивъ щипцы, авторъ послѣ *многочасовой* усердной работы щипцами, не окончивъ операціи, *ушелъ домой* отдохнуть. Потомъ, пригласивъ товарища, точно такъ же, какъ и въ первомъ случаѣ, приступили къ тракціямъ соединенными силами,—но безъ успѣха. Роды окончены прободеніемъ.

Въ связи съ вопросомъ о количествѣ силы, требующейся для окончанія родовъ щипцами, находится изобрѣтеніе, такъ называемыхъ, щипцовъ съ *осевыми тракціями*—*Achsenzugzange*. Въ прежнее время (въ началѣ прошлаго столѣтія) это дѣлалось такимъ образомъ, что, кромѣ тракцій за рукоятки, примѣняли тракціи книзу за область замка просто руками, или при помощи тѣхъ или другихъ приспособленій (щипцы *Osiander'a* и др.).

Prost съ этою же цѣлью пропускалъ черезъ окошки ложекъ нѣчто въ родѣ узкаго полотенца, за которое и производилось влеченіе.

Tarnier, проф. акушерства въ Парижѣ, въ 1877 г. предложилъ щипцы особаго устройства. Инструментъ представляетъ собою длинные *Levret'овскіе* щипцы съ нѣкоторыми существенными видоизмѣненіями, а именно:

1) для болѣе плотнаго замыканія щипцовъ, кромѣ обыкновеннаго французскаго замка, нѣсколько ниже его помѣщается винтовой снарядъ съ гайкой.

2) Щипцамъ придана была, такъ называемая, *промеж-*

¹⁾ Gaz. méd. de Strasbourg. 1884. № 4.

ностная кривизна (существовавшая еще раньше въ щипцахъ *Jonson'a*, не нашедшаго себѣ раздражателей); и

3) влекущая сила прилагается не къ рукояткамъ, а непосредственно къ нижнему ребру (окошке) обѣихъ ложекъ при помощи подвижно укрѣпленныхъ (здѣсь) стальныхъ прутиковъ (*branches de traction*), имѣющихъ параллельное съ рукоятками направление и оканчивающихся на нижнемъ концѣ поперечной перекладиной, въ свою очередь, подвижно соединенной.

Эти щипцы подвергались неоднократнымъ видоизмѣненіямъ; послѣдняя модификація изображена на рисункѣ (таб. 1, рис. 3).

Ложки щипцовъ съ пристегнутыми прутиками (*branches de traction*) накладываются по обычнымъ правиламъ, но непременно на поперечный размѣръ головки, хотя бы для этого пришлось помѣстить щипцы въ прямомъ размѣрѣ таза; щипцы замыкаются и, затѣмъ, ихъ укрѣпляютъ на головкѣ неподвижно помощью сжимающаго аппарата; прутики вкладываются и укрѣпляются въ особомъ приспособленіи, оканчивающемся поперечной рукояткой (для влеченія). Разумѣется, при этомъ головка сильно сдавливается. Опыты, произведенные въ этомъ направленіи самимъ *Tarnier'омъ* и др., показали, что головка (будто бы) прекрасно переноситъ такое сжатіе и въ теченіе долгаго времени, если сжатіе производится въ поперечномъ размѣрѣ. Извлеченіе производится двумя руками, располагающимися на поперечинѣ, соединяющей, такъ называемые, *tiges de traction*.

Остановимся на разборѣ тѣхъ преимуществъ, которыя, по мнѣнію изобрѣтателей, имѣютъ, такъ называемые, *осевые* щипцы, по сравненію съ общеупотребительными щипцами съ тазовой кривизной. По *Tarnier'у*, благодаря особенностямъ устройства инструмента, получается возможность:

1) Дать головкѣ вмѣстѣ съ инструментомъ нѣкоторую свободу движеній (благодаря подвижности сочлененій инструмента), независимо отъ направленія влекущей силы.

2) Пользоваться рукоятками, какъ указателями того направленія, въ которомъ слѣдуетъ дѣлать влеченія. Для этого нужно обращать вниманіе, чтобы *tiges de traction* и *tiges de prehension* (рукоятки) имѣли одинаковое направленіе, отстоя другъ отъ друга, примѣрно, на 1 сант.

з) Производить влеченіе по направленію тазовой оси.

Breus (въ 1882 г.) воспользовался идеей *Tarnier*'а и при-
мѣнилъ ее къ обыкновеннымъ *Simpson*'овскимъ щипцамъ.

Инструментъ *Breus*'а представляетъ собою *Simpson*'овскіе щипцы, въ которыхъ на мѣстѣ перехода широкой части ложекъ въ узкую устроено плоское сочлененіе, дающее верхнему отдѣлу ложки (ея окончатой части) возможность самостоятельнаго движенія спереди назадъ. Отъ верхняго ребра ложекъ отходятъ—какъ бы ихъ продолженія—легкіе стальные стержни, идущіе параллельно узкой части ложекъ и загибающіеся у замковой части вверхъ. На концѣ этихъ стержней имѣется по небольшому кольцу. Черезъ эти кольца продѣвается стальной прутикъ. На одномъ концѣ онъ расщепленъ по длинѣ такимъ образомъ, что образовавшіяся двѣ пластинки расходятся и могутъ быть проведены черезъ указанныя кольца только послѣ нѣкотораго сжатія и, такимъ образомъ, играютъ роль пружины и не даютъ возможности всему прутіку произвольно выскользнуть. Устройство инструмента видно очень хорошо на рисункѣ (таб. I, рис. 4).

Способъ употребленія очень простъ. Щипцы накладываются точно такъ же, какъ и обыкновенные *Simpson*'овскіе щипцы. Точно также производится и замыканіе. Само собою разумѣется, что, какъ при наложеніи, такъ и при замыканіи инструмента, стальные стержни—„шпоровидныя продолженія ложекъ“ — должны быть прижимаемы къ узкой части ложекъ щипцовъ. Другими словами, въ эти моменты операціи щипцы *Breus*'а должны быть разсматриваемы какъ обыкновенные перекрещивающіеся щипцы, вовсе не обладающіе указанной выше подвижностью ложекъ. Извлеченіе производится за рукоятки по обыкновеннымъ правиламъ. Такимъ образомъ, въ щипцахъ *Breus*'а рукоятки представляютъ собою *tiges de traction*, а шпоровидныя продолженія ложекъ—*tiges de prehension*.

Къ этому же типу щипцовъ, по идеѣ, относятся щипцы д-ра *С. М. Полотебнова*, представляющіе такое же измѣненіе щипцовъ *И. П. Лазаревича*, какое Вы видѣли въ щипцахъ *Breus*'а по отношенію къ щипцамъ *Simpson*'а.

Относительно *перваго* положенія не подлежитъ сомнѣнію, что, благодаря подвижному сочлененію, головка имѣетъ извѣстную свободу движеній, независимо отъ направленія вле-

кущей силы. Вслѣдствіе этого, головка съ бѣльшимъ удобствомъ можетъ приспособляться къ данному отдѣлу родового канала, хотя и далеко не въ такой степени, какъ это бываетъ при условіяхъ произвольнаго родоразрѣшенія.

Впрочемъ, въ щипцахъ *Tarnier*'а эта выгодная сторона инструмента весьма значительно умалывается тѣмъ, что для фиксаціи инструмента на головкѣ требуется сильное сжатіе этой послѣдней. Что такое насильственное и продолжительное (во все время операціи) сжиманіе головки въ щипцахъ не можетъ считаться безразличнымъ—это не подлежитъ никакому сомнѣнію. Кромѣ того, головка, находясь въ тискахъ, не можетъ сдѣлать ни одного движенія (вращенія) самостоятельно, ибо, вращаясь сама, она должна поворачивать съ собою и весь инструментъ (къ слову сказать, довольно таки тяжелый). А между тѣмъ, при общеупотребительныхъ щипцахъ самостоятельное вращеніе головки—явленіе самое обыкновенное, весьма наглядно выступающее во время размыканія щипцовъ. Въ виду сказаннаго, щипцы *Breus*'а имѣютъ преимущество передъ щипцами *Tarnier*'а, такъ какъ у *Breus*'а сжатіе производится руками и имѣется полная возможность производить повторное размыканіе щипцовъ.

Что касается *второго* преимущества, состоящаго въ томъ, что рукоятки щипцовъ, гесп., шпоровидныя продолженія ложекъ, могутъ служить указателемъ того направленія, въ которомъ *должны* совершаться тракціи, какъ думалъ *Tarnier*, то, очевидно, здѣсь нѣкоторое недоразумѣніе. Такъ какъ тазъ, гесп., родовой каналъ, представляетъ собою сумму наклонныхъ плоскостей, имѣющихъ неодинаковое направленіе, то положеніе рукоятокъ, служащихъ какъ бы продолженіемъ головки, въ каждую данную минуту указываетъ только то направленіе, по которому только что *прошла* головка, а отнюдь не тотъ путь, по которому она *должна пройти* въ ниже лежащихъ отдѣлахъ родового канала. На этомъ основаніи пользоваться рукоятками щипцовъ, какъ указателемъ, не представляется возможнымъ.

Остается рассмотреть третье — возможность производить влеченія щипцами *по оси* таза.

Хотя и при употребленіи обыкновенныхъ щипцовъ (съ тазовой кривизной) существуетъ возможность дѣлать влеченія по оси таза при извѣстныхъ условіяхъ, тѣмъ не менѣе

это обстоятельство дѣйствительно составляетъ преимущество щипцовъ *Tarnier'a*, *Crousat* и др. Это объясняется, конечно, особенностью устройства инструмента, перемѣщеніемъ точки приложенія силы и т. п. Въ зависимости отъ этого и количество *силы*, необходимой для извлеченія при этихъ щипцахъ, будетъ *меньше*, чѣмъ при обыкновенныхъ. Составляетъ ли, однако, возможность влеченія по оси такое большое преимущество, что изъ-за него стѣдуетъ игнорировать другія отрицательныя качества щипцовъ *Tarnier'a* (необходимость сильнаго сжатія головки, громоздкость, сложность инструмента и пр.), это вопросъ. Равно какъ и необходимость, и цѣлесообразность *непременно* влеченія по оси во всѣхъ случаяхъ—тоже составляетъ вопросъ. Вѣдь эти щипцы проектированы и примѣняются при высокомъ (даже подвижномъ) стояніи головки—слѣдовательно, *надъ входомъ*, или—самое меньшее—*во входъ* (частью). А это, въ свою очередь, предполагаетъ (за немногими исключеніями) существованіе пространственныхъ несоотвѣтствій—*геср.*, узкаго таза. Если вспомнить тотъ механизмъ, который продѣлываетъ головка, проходя чрезъ суженныя мѣста (особенныя отношенія стрѣловиднаго шва къ передней и задней стѣнкамъ таза, отношенія родничковъ и пр. и пр.), то позволительно усомниться, чтобы въ данномъ случаѣ шаблонное влеченіе по оси таза было и наиболѣе цѣлесообразнымъ. Разумѣется, тотъ, кто пріобрѣлъ надлежащій навыкъ въ операциі щипцовъ вообще, тотъ въ состояніи пользоваться и щипцами *Tarnier'a*, работая въ случаѣ надобности ими какъ обыкновенными щипцами, то есть, дѣйствуя на рукоятки, а не на *tiges de traction*. Для начинающихъ же пользованіе щипцами *Tarnier'a*, по моему, будетъ болѣе затруднительно, чѣмъ щипцами обыкновенными.

Въ виду опять возбужденнаго за послѣднее время интереса къ щипцамъ *Tarnier'a*, я считалъ нужнымъ испытать ихъ на большомъ матеріалѣ. Богатый матеріалъ Императорскаго СІБ. родовспомогательнаго заведенія далъ возможность примѣнить щипцы нѣсколько разъ. Хотя число случаевъ въ общемъ и не очень велико (нѣсколько десятковъ), тѣмъ не менѣе можно было получить впечатлѣніе, что при щипцахъ *Tarnier'a* силы требуется, повидимому, меньше, чѣмъ при щипцахъ обыкновенныхъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, хотя предъ началомъ операциі сердцебіеніе плода было

отчетливо слышно, дѣти рождались мертвыми, несмотря на сравнительную легкость извлечения. Къ этому слѣдуетъ прибавить, что бывали и такіе случаи, гдѣ щипцами *Tarnier*'а оканчивалась операція послѣ того, какъ она начата была щипцами *Simpson*'а и признана безуспѣшной; справедливость требуетъ сказать, что въ нашей серіи бывали и какъ разъ обратные случаи—успѣшнаго извлечения щипцами *Simpson*'а послѣ безуспѣшнаго примѣненія щипцовъ *Tarnier*'а.

Щипцы на послѣдующую головку примѣняются въ акушерствѣ довольно давно, еще со временъ *Smellie*. Несмотря на то, что этотъ способъ извлечения въ свое время подвергался здоровой критикѣ, напр., со стороны *m-me Lachapelle*, онъ все-таки описывается и пропагандируется въ различныхъ руководствахъ и по сей день.

Эта операція по техникѣ наложенія почти не отличается отъ операціи наложенія на подлежащую головку. Ложки вводятся и размѣщаются по тѣмъ же правиламъ, какъ это изложено при операціи щипцовъ. Нужно помнить, что здѣсь щипцы слѣдуетъ накладывать *изъ-подъ* туловища плода, а не поверхъ туловища. Туловище приподнимаютъ *кверху* и отдаютъ для удерживанія помощнику. Тракціи дѣлаютъ, смотря по положенію головки, высотъ стоянія и отношенія затылка къ стѣнкамъ таза. При головкѣ, затылкомъ обращенной *кпереди* (головка въ полости), тракціи дѣлаютъ сначала внизъ, съ цѣлью понизить головку и установить у нижняго края симфизы неподвижную точку (лежащую ниже *protuberantiae occipitalis externaе*), затѣмъ, рукоятки (и туловище) поднимаютъ вверхъ и къ животу роженицы и, такимъ образомъ, проводятъ головку чрезъ половую щель.

При *заднихъ* видахъ щипцы накладываютъ *изъ-подъ* туловища; затѣмъ, *понижая рукоятки*, стараются подвести подъ лонную дугу и фиксировать *лобъ* (переносье), а затѣмъ, поднимая рукоятки, способствуютъ прорѣзыванію затылка *изъ-за* промежности.

При *заднихъ* же видахъ и невозможности создать флексію, извлечение производятъ въ состояніи *экстензіи*. Для этого, при замыканіи щипцовъ, *рукоятки* сильно *понижаютъ*, дабы охватить подлежащую периферію черепа по направленію почти той же окружности, какъ и при предлежаніи лица, только не спереди назадъ, а сзади напередъ. Сильнымъ под-

нятіемъ рукоятокъ выводятъ изъ половой щели сперва затылокъ, затѣмъ темя, лобъ и лицо.

Изложивъ вкратцѣ технику примѣненія щипцовъ, я позволю себѣ остановиться на вопросѣ: дѣйствительно-ли при извлеченіи послѣдующей головки наложеніе щипцовъ является необходимою?

Что касается меня, то *наложеніе щипцовъ на послѣдующую головку* я не только не считаю *нужнымъ*, но зачастую и вреднымъ.

Если нѣсколько разобратся въ этомъ вопросѣ, то дѣйствительно нельзя не согласиться съ только что сказаннымъ, и вотъ почему. Щипцы, какъ изложено выше, разсматриваются 1) какъ инструментъ, назначенный для извлеченія, а не для исправленія положенія, и 2) безвредный для матери и для плода. Такъ какъ накладывать щипцы на послѣдующую головку рекомендуется, очевидно, въ интересахъ *плода*, то спрашивается, дѣйствительно ли при употребленіи щипцовъ увеличиваются шансы на извлеченіе *живого* и жизнеспособнаго плода, сравнительно съ ручнымъ извлеченіемъ головки? На этомъ слѣдуетъ остановиться нѣсколько подробнѣе.

Не подлежитъ сомнѣнію, что если головка установилась въ тазу надлежащимъ образомъ, и притомъ опустилась къ *выходу*, то, какъ при ручномъ извлеченіи указаннымъ уже способомъ, такъ и при осторожномъ и умѣломъ дѣйствіи щипцами, извлеченіе и для плода, и для матери будетъ одинаково безопасно и, пожалуй, одинаково легко для оператора. Но не въ этихъ случаяхъ, очевидно, суть дѣла. Щипцы или должны выдержать конкуренцію съ ручнымъ способомъ для различныхъ трудныхъ случаевъ, или даже имѣть предъ нимъ (ручнымъ способомъ) преимущество, то есть, давать возможность окончить роды (вполнѣ безопасно) и тамъ, гдѣ ручные приемы оказываются несостоятельными.

Возьмемъ первый попавшійся случай, гдѣ *головка*, по рожденіи ручекъ, *задерживается* и *не опускается* надлежащимъ образомъ. Въ такихъ случаяхъ, обыкновенно, головка не находится въ состояніи сгибанія, подбородокъ отходитъ отъ груди и смотритъ въ ту или другую сторону таза, т. е. головка длинникомъ своимъ лежитъ, положимъ, въ поперечномъ размѣрѣ (полости) таза. При ручномъ извлеченіи Вы прежде возстановляете условія естественнаго механизма и,

затѣмъ, извлекаете. Какъ поступить при щипцахъ? Тоже прежде исправить положеніе и затѣмъ извлечь? Но исправить помощью щипцовъ неблагоприятное положеніе головки относительно таза и туловища (едва ли) возможно. Если способами, въ родѣ изложенныхъ выше при щипцахъ на подлежащую головку (косое наложеніе щипцовъ, поворотъ захваченной части и т. п.), и можно вывести головку изъ поперечнаго размѣра и поставить ее въ прямой, то это будетъ только частичное исправленіе. Головка все-таки можетъ не быть въ состояніи флексіи, такъ какъ дѣйствовать щипцами подобно тому, какъ Вы дѣйствуете пальцами, производя прямое сгибаніе, конечно, нельзя. А между тѣмъ, какъ по отношенію къ легкости извлеченія, такъ и по отношенію къ прохожденію головки черезъ мягкія части наиболѣе благоприятными размѣрами (resp., опасность поврежденія промежности и пр.), это обстоятельство существенно важно. Держась принципа подражанія естественному механизму, здѣсь слѣдовало бы предварительно *руками исправить* положеніе головки и затѣмъ *извлечь* ее *щипцами*. Такимъ образомъ, въ этомъ случаѣ преимущество отнюдь не на сторонѣ щипцовъ.

Возьмемъ другой — болѣе трудный случай. Головка во *входѣ* или *надъ входомъ* въ тазъ, затылкомъ обращена кзади, или кпереди, или въ одну изъ сторонъ. Вы видѣли, какъ слѣдуетъ поступать здѣсь при извлеченіи помощью ручныхъ приемовъ. Головка должна быть установлена въ поперечномъ размѣрѣ, затѣмъ должна быть низведена въ полость таза, сильно флексирована, повернута въ прямой размѣръ и затѣмъ извлечена наружу. Другими словами, тотъ механизмъ, который при тазовомъ положеніи совершается силами природы, здѣсь съ начала до конца (по отношенію къ головкѣ) долженъ быть продѣланъ помощью ручнаго приема. Если при этомъ тазъ будетъ суженъ въ *conj.*, то помощью ручнаго приема Вы можете провести головку черезъ суженное мѣсто не *biparietal'нымъ* діаметромъ, а нѣсколько меньшимъ—*bitemporal'нымъ*. Для этого поступаютъ такимъ образомъ, что, дѣйствуя на переднюю поверхность (лицо) и производя сгибаніе, стараются нѣсколько сдвинуть затылокъ въ какую нибудь сторону, дабы въ *conj.* установить переднюю, *меньшую* въ поперечномъ размѣрѣ, часть черепа.

То же самое, очевидно, должно быть продѣлано и щип-

цами. Щипцы слѣдуетъ наложить сначала въ поперечномъ размѣрѣ таза и головки, затѣмъ повернуть головку стрѣловиднымъ швомъ въ поперечный размѣръ, наложить щипцы на передне-задній размѣръ (на затылокъ и лицо) головки или наложить ихъ въ *прямомъ* размѣрѣ входа), въ такомъ положеніи низвести ее въ полость таза, перевести щипцы въ косоу размѣръ, потомъ въ поперечный и, повернувъ головку въ прямой размѣръ,—извлекать.

Къ этому едва ли что нибудь нужно прибавить. Предоставляю каждому судить, насколько этотъ образъ дѣйствій соответствуетъ понятію о разумной акушерской помощи и насколько онъ вытекаетъ изъ заботы объ интересахъ матери и плода.

Такимъ образомъ, остается еще послѣднее преимущество щипцовъ предъ ручнымъ извлеченіемъ — это возможность окончанія родовъ уже послѣ того, какъ были испытаны различные способы ручного извлеченія. Въ этомъ случаѣ щипцы, слѣдовательно, разсматриваются какъ резервъ, который можно ввести въ дѣло въ наиболѣе критическую минуту.

Это преимущество щипцовъ, по моему, только кажущееся. Я, лично, затрудняюсь подыскать такіе случаи, гдѣ бы ручное извлеченіе оказалось безсильнымъ, а паложеніе щипцовъ увѣнчалось успѣхомъ. Вы видѣли уже, что затрудненія при извлеченіи головки обуславливаются—или несоотвѣтствующимъ данному времени, мѣсту и обстоятельствамъ положеніемъ головки и отношеніемъ ея къ тазу, или тѣмъ или другимъ пространственнымъ несоотвѣтствіемъ.

Что касается перваго условія, то мы уже съ достаточною ясностью показали, что щипцы, вообще, не могутъ служить къ исправленію положенія, а тѣмъ болѣе тамъ, гдѣ исправленіе не удалось при помощи ручныхъ приемовъ.

Относительно втораго условія,—правда, пользованіе щипцами даетъ возможность развить значительную силу, но, въ первыхъ, Вы знаете, что и при ручномъ извлеченіи (дѣйствуя на плечики и головку) можно примѣнить значительную силу. Печальные случаи отрыванія головки отъ туловища у доношеннаго, не мацерированнаго плода доказываютъ это. А въ вторыхъ, пора же, наконецъ, пережить принципъ—форсировать препятствіе, преодолевая съуженіе таза развитіемъ болшей силы помощью щипцовъ.

Въ заключеніе, необходимо поставить еще одинъ вопросъ: сколько *времени* потребуется на то, чтобы, встрѣтивъ значительныя затрудненія при ручномъ извлеченіи головки, употребивъ настойчивыя усилія для устраненія ихъ и убѣдившись въ ихъ бесполезности, окончить извлеченіе помощью щипцовъ? Вопросъ этотъ я ставлю потому, что опытъ самымъ положительнымъ образомъ показалъ, что, если извлеченіе вообще, съ начала второго момента операціи и до окончательнаго выведенія головки, продолжается болѣе 12—15 минутъ, — надежда на сохраненіе жизни плода потеряна. А если это такъ, то всякій согласится, что накладывать щипцы для того только, чтобы имѣть удовольствіе извлечь мертвый плодъ, быть можетъ, и безъ нарушенія его цѣлости, но за то съ большимъ рискомъ для матери въ смыслѣ травматическаго поврежденія, — не только не желательно, но едва ли и позволительно, такъ какъ это противорѣчитъ коренному врачебному принципу: *ne nocens*.

Изъ всего уже сказаннаго слѣдуетъ, что тамъ, гдѣ успѣшно удастся извлеченіе щипцами, оно очень хорошо можетъ быть выполнено ручными приемами, а тамъ, гдѣ эти послѣдніе не ведутъ къ цѣли, примѣненіе щипцовъ (съ благопріятнымъ исходомъ) успѣха не имѣетъ. Другими словами, наложеніе щипцовъ на послѣдующую головку тамъ, гдѣ оно возможно, — не нужно, а тамъ, гдѣ оно нужно, — оно невозможно. На этомъ основаніи я прямо исключаю примѣненіе щипцовъ на послѣдующую головку.

О совѣтѣ накладывать *щипцы* на головку при *кесарскомъ съченіи*, вводя ихъ въ полость матки черезъ брюшную рану, можно упомянуть только развѣ, какъ о курьезѣ.

Показанія. Такъ какъ щипцы мы разсматриваемъ какъ инструментъ, назначенный для *извлеченія* и дающій возможность замѣнить *vis a tergo*, то показанія можно формулировать слѣдующимъ образомъ: *наложеніе щипцовъ показано во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ, при наличности необходимыхъ условій для ихъ примѣненія, изгоняющія силы роженицы оказываются недостаточными для окончанія родового акта въ данный моментъ.* Эта недостаточность можетъ быть или *абсолютная*, или *относительная*. Поэтому, щипцы найдутъ примѣненіе не только тамъ, гдѣ (напр., при слабости потугъ) родоразрѣшеніе силами природы не можетъ окончиться во-

обще, но и тамъ, гдѣ роды, будучи со стороны сократительной дѣятельности совершенно нормальными и при нормальномъ сопротивленіи, однако же не могутъ окончиться произвольно въ теченіе *такого* короткаго срока, *какой* необходимъ въ интересахъ матери или плода, или обоихъ вмѣстѣ, напр. при эклампсіи, выпаденіи пуповины и тому под.

Съ этой точки зрѣнія показанія могутъ быть выражены, слѣдовательно, только въ весьма общей формѣ. Что же касается частныхъ показаній со стороны матери или плода, или обоихъ вмѣстѣ, то они, конечно, могутъ быть весьма многочисленны и произвольны, почему и оцѣнка ихъ должна быть, *eo ipso*, предоставлена на усмотрѣніе оператора. Чтобы показать, насколько различны могутъ быть взгляды на показанія къ щипцамъ, достаточно сопоставить частоту примѣненія щипцовъ въ рукахъ различныхъ операторовъ. Такъ, по *Davis*'у, 1 щипцы приходятся на 1217 родовъ (*John Clarke* даже на 3878 родовъ наложилъ щипцы всего *одинъ* разъ), а по *Osiander*'у—1 щипцы на 2,5 родовъ¹⁾. Это такіе экстремы, между которыми могутъ помѣститься какія угодно показанія. Въ новѣйшее время частота операціи щипцовъ, по различнымъ авторамъ, представляется въ слѣдующемъ ‰-номъ отношеніи къ общему числу роженицъ: по *A'hlfeld*'у — 3,5‰, по *Kemarský* — 14‰, по *Winchel*'ю (Мюнхень) — 2,49‰, по *Gusserow*'у—2,66‰, по *Schauta*—9,16‰, по *Leopold*'у—2,8‰, по *Hecker*'у—2,6, по *Schulze*—11,6‰²⁾, по *А. Я. Крассовскому*—1,8‰³⁾, по *В. В. Сутугину* — 2,75‰⁴⁾, по *А. Э. Шмидту* — 3,9‰⁵⁾, по *С. Н. Агафонову*—1,6‰⁶⁾, по *Д. А. Парышеву*—4,9‰⁷⁾,

1) Съ 1792—1822 г. на 2540 родовъ 1016 разъ были наложены щипцы; кромѣ того, произведено 111 поворотовъ, 21 экспрессія, 7 разъ примѣненъ рычагъ и 4 раза кесарское сѣченіе. Еще краснорѣчивѣе цифры того же автора, взятая за отдѣльные годы. Такъ, на 82 родовъ, бывшихъ въ клиникѣ въ Гёттингенѣ за 1789 г., 46 разъ наложены щипцы и 6 разъ примѣнялись другія операціи. А на 93 родовъ въ 1801 г.—59 разъ щипцы и 9 другихъ операцій.

2) *Münchmeyer*, „Arch. f. Gyn.“ В. 36. Н. 1, S. 2.

3) Спб. родовспомогательное заведеніе.

4) Московское родовспомогательное заведеніе, 1888 г.

5) Маріинскій родильный домъ. Спб., съ 1876—1881.

6) Клиника В. М. Академіи проф. *К. Ф. Славянскаго*.

7) Клиника Вилліе (*М. И. Горвицъ* и *А. И. Лебедевъ*). Спб., съ 1874—1886 г.

по *А. М. Макъеву*— $3,7\%$ ¹⁾, по *К. Х. Иноевсу*— $2,4\%$ ²⁾, по *В. А. Столыпинскому*— $3,1\%$ ³⁾ и т. п. Въ практической жизни, особенно для начинающихъ, гораздо труднѣе твердо установить показаніе, чѣмъ выполнить операцію. Можно, по моему, держаться общаго правила: если во время родовъ возникаютъ какія либо обстоятельства, которыя угрожаютъ опасностью матери или плоду, или обоимъ вмѣстѣ, и если эта опасность можетъ быть устранена скорѣйшимъ окончаніемъ родовъ помощью щипцовъ, — и условія для выполненія операціи налицо — то щипцы показаны.

Уловить моментъ возникновенія опасности и оцѣнить ея значеніе—вотъ то, что представляется у постели роженицъ въ формѣ вопроса, требующаго разрѣшенія.

Къ слову сказать, при внимательномъ отношеніи къ дѣлу, распознать опасности, угрожающія плоду, довольно легко. Такъ, если сердцебиеніе плода значительно ускоряется, или, наоборотъ, замедляется, если къ выдѣленію изъ родовыхъ путей примѣшивается меконій, если плодъ дѣлаетъ быстрыя, какъ бы судорожныя движенія (толчки) конечностями, — то все это указываетъ, что плоду несомнѣнно угрожаетъ опасность (асфиксія), которая можетъ быть устранена только быстрымъ окончаніемъ родовъ.

Что касается опасностей, угрожающихъ матери, то, за исключеніемъ слишкомъ очевидныхъ явленій (кровотеченія, эклампсія, повышеніе t° и т. п.), опредѣленіе ихъ представляется дѣломъ болѣе труднымъ,—напр. оцѣнить опасность, возникающую отъ замедленія родового акта, и т. п. Вы знаете, что вслѣдствіе продолжительнаго стоянія предлежащей части въ томъ или другомъ отдѣлѣ полового канала могутъ возникать явленія прижатія, разминаніе и раздавливаніе тканей со всѣми послѣдствіями и пр., но точно опредѣлить это во время родовъ нѣтъ никакихъ данныхъ. Въ виду этого, между прочимъ, въ практикѣ можно придерживаться правила: *оканчивать роды щипцами, если—при надлежащихъ условіяхъ—головка, послѣ совершеннаго изглаживанія зъва, въ теченіе 3—4 часовъ стоитъ въ полости таза и не можетъ родиться силами*

1) Акушерская клиника Московскаго университета, 1890 г.

2) Родильный пріютъ Голицынской больницы въ Москвѣ, 1890 г.

3) Клиника Казанскаго университета, 1876—1887 г.

природы. Правда, слѣдую этому принципу, Вы встрѣтите такіе случаи, гдѣ роды окончились бы благополучнымъ образомъ нѣсколько позже безъ всякаго вмѣшательства искусства. Это обстоятельство отнюдь не должно смущать Васъ и заставлять черезчуръ скупиться на примѣненіе щипцовъ и выжидать непременно наступленія того или другого опаснаго момента. Я вполне присоединяюсь къ мнѣнію покойнаго проф. *Schroeder'a*, который говорилъ: „Мы думаемъ, что исполняемъ одну изъ прекраснѣйшихъ задачъ врачебной дѣятельности, если наложеніемъ щипцовъ сокращаемъ продолжительность родовъ и уменьшаемъ страданія матери, предположивъ, что сокращеніе продолжительности родовъ можетъ быть произведено безъ опасности для матери и для ребенка“¹⁾.

Согласно сказанному, я полагаю, что лучше *то разъ наложить* щипцы, тамъ, гдѣ роды могли бы окончиться благополучно и сами по себѣ, чѣмъ *не наложить 1 разъ* тамъ, гдѣ безъ этого окончаніе родовъ было бы сопряжено съ опасностью для матери или для плода...

Чтобы покончить съ вопросомъ о показаніяхъ къ наложенію щипцовъ, намъ остается разобрать еще одно, которое приводится въ большинствѣ руководствъ и которое считается весьма серьезнымъ. Это показаніе—*узкій тазъ*. Щипцы при этомъ допускаются для первыхъ двухъ степеней суженія, то есть до 8 сант., принимая во вниманіе почти исключительно *плоскіе* тазы.

Задача, предъявляемая къ щипцамъ въ этомъ случаѣ, сводится на то, чтобы *провести головку черезъ суженное мѣсто*. Это можетъ быть выполнено двоякимъ образомъ: или Вы можете преодолѣть сопротивленіе, развивая помощью механическихъ приспособленій, *геср.*, щипцовъ, болѣе или менѣе значительную силу, или помощью цѣлесообразнаго измѣненія формы головки, соответственно даннымъ обстоятельствамъ (конфигурація). А такъ какъ возможность данной конфигураціи обуславливается: а) дѣйствіемъ изгоняющихъ силъ, б) сопротивленіемъ со стороны родовыхъ путей и в) свойствами самой головки, то спрашивается: желая преодолѣть препятствіе со стороны таза помощью щипцовъ, можете ли Вы рассчитывать создать цѣлесообразную конфи-

¹⁾ „Учебникъ акушерства“, русскій пер. 1888 г., стр. 265.

гурацію головки? Едва ли. А если принять во вниманіе, что дѣло идетъ о плоскихъ тазахъ, то есть сѣуженныхъ въ прямомъ размѣрѣ входа, то это сомнѣніе усиливается еще болѣе. Помимо того, что для наложенія щипцовъ здѣсь не будетъ условій, которыя мы признаемъ за необходимыя,— пусть щипцы будутъ наложены,— условія для конфигураціи головки будутъ весьма неблагопріятны. Во входѣ въ тазъ (resp., въ мѣстѣ сѣуженія) головка при плоскомъ тазѣ часто стоитъ стрѣловиднымъ швомъ въ поперечномъ размѣрѣ таза, а такъ какъ при высокомъ (подвижномъ) стояніи головки (общеупотребительные) щипцы придется наложить въ поперечномъ (или косомъ) размѣрѣ таза, то, очевидно, они должны захватить головку въ неблагопріятномъ размѣрѣ—большемъ, чѣмъ размѣръ головной кривизны. Слѣдовательно, для того, чтобы щипцы были достаточно прочно фиксированы на головкѣ, не соскальзывали при тракціяхъ, и въ то же время, чтобы имѣть возможность развить значительную силу, нужно сильно сдавить головку сближеніемъ рукоятокъ, если не до полного соприкоснове- нія, то все же весьма значительно. А такъ какъ головка не обладаетъ абсолютной сжимаемостью, то очевидно, что уменьшеніе ея размѣровъ въ одномъ направленіи можетъ быть достигнуто только на счетъ увеличенія въ другомъ. Во взятомъ примѣрѣ это будетъ именно въ томъ, которымъ головка устанавливается въ наиболѣе узкомъ мѣстѣ таза. Другими словами, дѣйствуя такимъ образомъ щипцами, Вы завѣдомо увеличиваете препятствіе въ наиболѣе узкомъ отдѣлѣ, а между тѣмъ возможность родоразрѣшенія од- нѣми силами природы основывается, какъ сказано, на умень- шеніи головки, по преимуществу въ поперечномъ размѣрѣ. Посмотрите внимательно на головку, родившуюся произвольно при узкомъ тазѣ и Вы увидите, что конфигурація ея ока- зывается весьма сложною и настолько типичною, что по ней даже можно опредѣлить характеръ сѣуженія таза и ме- ханизмъ данныхъ родовъ. Но это цѣлесообразное измѣненіе формы головки совершается не вдругъ, а въ теченіе мно- гихъ часовъ усиленной родовой работы. *Ничего подобнаго, конечно, нельзя ожидать при насильственномъ преодоленіи препятствія щипцами.* Если бы вмѣсто общеупотребительныхъ (перекрещивающихся и съ тазовой кривизной)

щипцовъ мы имѣли въ своемъ распоряженіи инструментъ, который давалъ бы возможность приложить къ головкѣ внѣшнюю силу и нисколько не дѣйствовалъ бы на нее въ смыслѣ сжатія (измѣненія формы), предоставляя это вліянію тракцій и сопротивленію со стороны родовыхъ путей, и не стѣснялъ бы при этомъ свободу движенія головки въ томъ или другомъ направленіи,—то противъ такого инструмента можно было бы и не возражать. А такъ какъ въ нашихъ щипцахъ необходимость сжатія не исключена, и такъ какъ при плоскомъ тазѣ и высокомъ стояніи ими нельзя захватить головку въ поперечномъ размѣрѣ (то есть наложить инструментъ въ *прямомъ* размѣрѣ входа), то и примѣнять ихъ ради узкаго таза *вовсе не слѣдуетъ*. Ни щипцы проф. *И. П. Лазаревича*, ни различныя видоизмѣненія ихъ, по мнѣнію моему, не удовлетворяютъ *вполнѣ* означеннымъ требованіямъ. Тс же слѣдуетъ сказать и о щипцахъ *Tarnier'a*.

Кромѣ нарушенія требованій естественнаго механизма и измѣненія въ невыгодную сторону условій цѣлесообразной конфигураціи, наложеніе щипцовъ должно вредно отзываться на *плодъ*. Опытъ показалъ, что кости черепа, испытывая значительное сжатіе (въ неблагоприятномъ размѣрѣ), могутъ прямо-таки разламываться, такъ называемый *непосредственный* переломъ щипцами; или при затратѣ большой силы головка, придавливаемая къ мысу, получаетъ глубокія поврежденія также до переломовъ включительно отъ давленія мыса, такъ называемый *посредственный* переломъ). Кромѣ того и не столь грубая травма можетъ стоить жизни плоду, напр. разрывъ сосудовъ при отсутствіи внѣшнихъ поврежденій, и пр. и пр.

Что касается вопроса, который столь охотно дебатировался въ сравнительно недавнее время (да и по сейчасъ еще разбирается въ нѣкоторыхъ новѣйшихъ руководствахъ акушерства), а именно—слѣдуетъ ли разсматривать узкій тазъ, какъ показаніе къ *щипцамъ*, или же къ *повороту на ножки*, то этотъ вопросъ, по моему мнѣнію, не только не представляется настоящимъ камнемъ преткновенія, какъ обыкновенно думаютъ, но разрѣшается весьма просто, даже для начинающаго. Нужно принять за *правило, что тамъ, гдѣ можно наложить щипцы—нельзя сдѣлать поворота и наоборотъ, такъ какъ условія, необходимыя для одной операціи, исключаютъ возможность производства другой*. И если нѣ-

которые, въ особенности французскіе акушеры, позволяютъ себѣ накладывать щипцы при узкихъ тазахъ на головку, стоящую (подвижно) надъ входомъ въ тазъ, когда, слѣдовательно, можно было бы произвести поворотъ, то этотъ образъ дѣйствій принесъ уже свои горькіе плоды и въ настоящее время отнюдь не заслуживаетъ подражанія; онъ могъ бы еще быть оправдываемъ въ прежнее время развѣ только увлеченіемъ щипцами, на которые смотрѣли какъ на средство, дающее возможность оканчивать роды чуть ли не при всѣхъ головныхъ предлежаціяхъ, независимо отъ положенія головки, высоты стоянія и отношенія ея къ тазу и пр.

Высказываясь на этихъ и вышеизложенныхъ (см. условія) основаніяхъ самымъ категорическимъ образомъ противъ ученія, рассматривающаго узкій (плоскій) тазъ, какъ *показаніе* къ щипцамъ, я очень хорошо понимаю, конечно, что наложеніе щипцовъ, тѣмъ не менѣе, будетъ и должно имѣть мѣсто *при* узкомъ тазѣ, но *не ради суженія*, а въ силу *общихъ показаній* (ослабленіе родовой дѣятельности и т. под.), *при наличности необходимыхъ* (для щипцовъ) *условій*. Послѣ того, какъ природа помощью цѣлесообразной конфигураціи головки *изгладила* первоначально существовавшее пространственное несоотвѣтствіе между тазомъ и родовымъ объектомъ, и когда головка *уже вполне, или почти вполне, прошла суженное мѣсто* и для окончательнаго рожденія нуждается только въ усиленіи (ослабѣвшей) потужной дѣятельности, которая можетъ быть замѣнена искусственно, операція наложенія щипцовъ въ этомъ случаѣ является вполне цѣлесообразнымъ пособіемъ. Между этимъ взглядомъ на щипцы и узкій тазъ и вышеприведеннымъ—*разница огромная* и вполне очевидная. Такимъ образомъ, по моему мнѣнію, узкій тазъ *самъ по себѣ* никогда *не можетъ считаться показаніемъ* къ операціи наложенія щипцовъ. Вѣдь показаніе къ акушерскимъ операціямъ вообще всегда одно и то же—это невозможность произвольнаго окончанія родовъ безъ опасности для матери и для плода. Слѣдовательно, при такой постановкѣ отнюдь не предрѣшается вопросъ о той или другой операціи. Основанія для выбора должны быть, конечно, серьезно обдуманы и соображены съ обстоятельствами даннаго случая, и очень странно говорить, что при суженіи таза не ниже 8 сант. (въ конъюгатѣ)—*показаны щипцы!*

Я полагаю, что на практикѣ всякій сколько нибудь вдумчивый акушеръ не будетъ ставить вопроса о наложеніи щипцовъ въ зависимость отъ *размѣровъ* конъюгаты, а отъ *даннаго положенія дѣла* вообще.

Противопоказанія. Говорить о противопоказаніяхъ нѣтъ нужды. Если придерживаться правила наложенія щипцовъ при *известныхъ* показаніяхъ и *условіяхъ*, то, такъ называемыхъ, противопоказаній—быть не можетъ.

Предсказаніе. Акушерскіе щипцы, будучи по своей идеѣ безвреднымъ инструментомъ, при правильномъ примѣненіи и съ соблюденіемъ вышеказанныхъ условій, должны, по моему, давать *благопріятное* предсказаніе для *матери* и для *плода*; для этого послѣдняго, впрочемъ, нѣсколько *худшее, чѣмъ для матери*. Если, тѣмъ не менѣе, при изложеніи операціи щипцовъ въ различныхъ руководствахъ указываютъ на тѣ или другіе неблагоприятные исходы, то они, поистинѣ, должны быть отнесены не на счетъ самой операціи, а составляютъ послѣдствія неправильнаго или несвоевременнаго и неумѣстнаго примѣненія. Или же эти послѣдствія, даже и смертельные исходы, ничего общаго съ операціей не имѣютъ. Съ этой точки зрѣнія,—а ее едва ли можно признать неосновательной,—вычисленія $\%$ -овъ смертности матерей и плодовъ *послѣ* щипцовъ, выражающихся въ *огульныхъ* цифрахъ, не имѣютъ ровно никакого значенія. Положимъ, Вы накладываете щипцы ради эклампсіи, извлекаете мертвый плодъ, и роженица, нѣкоторое время спустя, тоже умираетъ. Спрашивается: при чемъ тутъ операція щипцовъ? Равнымъ образомъ, дурные исходы для матери, когда щипцы были накладываемы, напр., при кровотеченіяхъ, разрывѣ матки и пр., не должны и не могутъ быть относимы на долю операціи.

Что при операціи щипцовъ, какъ ея прямое послѣдствіе, *могутъ* встрѣчаться различныя поврежденія — отъ самыхъ ничтожныхъ до самыхъ серьезныхъ, въ этомъ не можетъ быть никакого сомнѣнія. Но изъ этого еще не слѣдуетъ, что это—невыгодная сторона операціи, а не результатъ несвоевременнаго и, быть можетъ, неумѣлаго примѣненія ея, или, въ лучшемъ случаѣ, результатъ тѣхъ особенностей даннаго случая (состояніе тканей, размѣры органа (влагалища) и пр.), благодаря которымъ наблюдаемыя поврежденія

легко могут быть (и бывают) и при произвольномъ родо-разрѣшеніи однѣми силами природы безъ всякаго оперативнаго пособія.

Въ числѣ неблагоприятныхъ *послѣдствій* операціи щипцовъ считаютъ: а) *Разрывы промежности* и, въ особенности, разрывы третьей, геср., четвертой степени. Это обвиненіе, по моему мнѣнію, неосновательно. Я думаю какъ разъ наоборотъ и считаю щипцы инструментомъ, способствующимъ сохраненію цѣлости промежности, и вотъ почему. Разрывы промежности происходятъ тѣмъ легче, чѣмъ быстрѣе прорѣзывается подлежащая часть и чѣмъ большимъ размѣромъ она проходитъ. Опирируя щипцами, Вы имѣете возможность совершить прорѣзываніе подлежащей части въ теченіе такого времени, какое желательно — во-первыхъ, и провести головку желаемымъ размѣромъ — во-вторыхъ. А если къ этому прибавить еще, что операція производится подъ наркозомъ, то условія для сохраненія цѣлости промежности становятся еще болѣе благоприятными (См. главу объ эпизиотоміи).

Если, тѣмъ не менѣе, разрывы промежности и поврежденія наружныхъ половыхъ частей и входа въ рукавъ встрѣчаются (по нѣкоторымъ отчетамъ) при щипцахъ нѣсколько *чаще*, чѣмъ при родахъ произвольныхъ, то для правильнаго пониманія этого обстоятельства необходимо имѣть въ виду, хотя бы только: а) состояніе мягкихъ частей полового аппарата (неподатливость тканей и пр.), служащее *показаніемъ* къ операціи, и б) что нерѣдко операціи предшествуютъ и ей сопутствуютъ такія *условія* со стороны матери или плода, которыя заставляютъ *торопиться* окончаніемъ родовъ, а слѣдовательно, *времени*, въ теченіе котораго совершается прорѣзываніе, можетъ быть (вполнѣ сознательно) затрачено *меньше*, чѣмъ это было бы желательно для обезпеченія промежности отъ разрыва. Другими словами — прорѣзываніе совершается *быстрѣе*.

б) *Поврежденія рукава и матки*. Ссадины, кровоподтеки, поверхностные надрывы слизистой оболочки рукава, находясь послѣ наложенія щипцовъ, не могутъ быть всецѣло отнесены на долю инструмента, ибо они встрѣчаются и при совершенно произвольныхъ родахъ. Что касается болѣе глубокихъ поврежденій рукава (разрывы сводовъ и т. п.), а тѣмъ

болѣе матки (въ зависимости отъ операціи), то они составляютъ грубыя погрѣшности противъ искусства и ложатся на совѣсть оператора, нарушившаго самыя элементарныя правила.

Въ числѣ поврежденій, наносимыхъ щипцами, указываютъ даже на такія серьезныя, какъ *разрывы тазовыхъ сочлененій*, при чемъ эти поврежденія ставятъ въ непосредственную связь и причинную зависимость отъ самой операціи. Случаи поврежденія тазовыхъ сочлененій, наблюдаемые послѣ наложенія щипцовъ, дѣйствительно время отъ времени описываются въ текущей литературѣ ¹⁾. Хотя я и самъ имѣлъ случаи наблюдать разрывъ симфизы во время родовъ, оконченныхъ щипцами, тѣмъ не менѣе, я позволяю себѣ утверждать, что такія поврежденія *нельзя разсматривать*, какъ *результаты операціи*, если только это была операція, а не простое примѣненіе грубой силы, такъ легко переходящее въ насилие. Я думаю такъ потому, что, по моему мнѣнію, а) при щипцахъ *исключается* развитіе *громадной* силы, и б) при изученіи относящихся сюда случаевъ, встрѣчавшихся въ практикѣ, оказывалось, что при этомъ наблюдались ранѣе существовавшія *серьезныя измѣненія* въ самихъ *симфизахъ* ²⁾.

в) *Поврежденія плода*: 1) поврежденія наружныхъ покрововъ головки въ формѣ осадинъ, подтековъ и т. п., зависящія отъ щипцовъ, встрѣчаются нерѣдко и никакого серьезнаго значенія не имѣютъ; 2) *вдавленіе* черепныхъ костей, *переломы* ихъ, *разрывы* кровеносныхъ *сосудовъ* мозговыхъ оболочекъ и проч. могутъ встрѣчаться, въ особенности при несоблюденіи тѣхъ условій, на которыя мы указывали, какъ на необходимыя для операціи щипцовъ. Такъ, разрывъ сосудовъ (мозговыхъ паузъ) можетъ случиться при наложеніи щипцовъ на передне-задній размѣръ головки, стоящей во входѣ, или надъ нимъ и проч. Это, слѣдовательно, такія поврежденія, которыя отнюдь *не должны* встрѣчаться. Но и при самомъ умѣломъ и своевременномъ наложеніи щипцовъ все-таки могутъ быть нѣкоторыя поврежденія плода, напр., *прижатіе* лицевого нерва и, какъ послѣдствія этого, *пара-*

¹⁾ *Stadfeldt* „Centralblatt f. Gyn.“ 1893. № 40, S. 935.

²⁾ Подробности см. *Н. Феноменовъ*, „Къ ученію о кифотическомъ тазѣ и разрывѣ симфизъ во время родовъ“. Спб., 1881.

лицъ отдѣльныхъ группъ *мышцъ* лица (*Landouzy*). Это поврежденіе, хотя и не особенно серьезно, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ вызвать затрудненіе, или даже невозможность акта *сосанія*, влекущая за собой разстройство питанія въ первое время жизни. Обыкновенно, однако, эти разстройства проходятъ скоро и безъ слѣда ¹⁾.

Не безъ вліянія, впрочемъ, оказывается операція, щипцовъ и сама по себѣ; это доказывается, какъ цѣлымъ рядомъ обширныхъ статистическихъ данныхъ, такъ и тѣми случаями, въ которыхъ операція предпринималась на *живомъ* плодѣ, сердечные тоны котораго *до* момента *операции* выслушивались отчетливо, а между тѣмъ плодъ рождался въ асфиксіи, изъ которой не всегда удавалось его вывести. При вскрытіи, однако, не оказывалось какихъ либо рѣзкихъ измѣненій въ мозгу, *resp.*, въ полости черепа. Весьма правдоподобно, мнѣ кажется, допустить въ такихъ случаяхъ *вліяніе* непосредственнаго *сжатія* *головки* щипцами (давленіе на мозгъ, раздраженіе центровъ продолговатаго мозга и т. п.).

¹⁾ Сюда же относится случай *Erb-Duchenn'*овскаго паралича, сообщенный *Hochstetter'*омъ. У ребенка былъ *параличъ* лѣвой *верхней конечности*, какъ результатъ давленія вершукми ложекъ на *плечевое* сплетеніе. Щипцы лежали *косо*, и головка сдѣлала чрезмѣрный поворотъ (*Ueberdrehung*). „Berlin. klin. Woch.“ № 42, 1893. Слѣдуетъ замѣтить, что случаи пареза лицевого нерва у новорожденныхъ были наблюдаемы и при *произвольныхъ* родахъ. *Ludwig Knapp*. „Centralblatt f. Gyn.“ 1896, № 27.

Извлеченіе туловища.

По извлеченіи головки щипцами дальнѣйшее теченіе родового акта можетъ быть различно. Туловище или—почти слѣдомъ—рождается, или задерживается. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ обыкновенно поступаютъ такимъ образомъ, что захватываютъ головку двумя руками (расположивъ указательный и средній пальцы одной руки со стороны затылка у *сосцевидныхъ* отростковъ, а соотвѣтственные пальцы другой—по нижнему краю нижней челюсти) и дѣлаютъ тракцію тѣмъ больше книзу, чѣмъ ближе головка лежитъ къ половой щели, другими словами, чѣмъ выше стоятъ плечи. Этому полезно сдѣйствовать надавливаніемъ сверху черезъ брюшные покровы. При этомъ одно плечо подходитъ подъ лонное соединеніе, а другое напираетъ на промежность; тогда поднимаютъ головку вверхъ, подводятъ подъ нижнее плечо (сзади—со спинки) палецъ въ подмышечную впадину и извлекаютъ туловище по направленію проводной оси. Нерѣдко, однако, при рожденіи туловища наблюдаются *затрудненія*, и, несмотря на (энергичное иногда) влеченіе за головку, туловище не подвигается впередъ. Въ такомъ случаѣ, настаивая на влеченіи, необходимо убѣдиться, въ чемъ дѣло (затрудненіе). Самая частая причина лежитъ въ неправильномъ вставленіи плечъ, ихъ высококомъ стояніи и проч.

Изъ нормальнаго механизма Вы знаете, что плечики проходятъ черезъ тазъ въ *косомъ* размѣрѣ, противоположномъ тому, въ которомъ проходитъ стрѣловидный шовъ. При нарушеніи нормальнаго механизма возможно предположить: а) вставленіе плечъ во входъ въ тазъ *не въ косомъ*, а въ *прямомъ* размѣрѣ, б) прохожденіе плечъ въ *поперечномъ* размѣрѣ

полости и выхода. Клинически эта разница ясно скажется на *положеніи головки и отношеніяхъ ея къ половой щели* и къ тому или другому *бедру* матери; такъ, если плечики стоятъ высоко и фиксированы (во входѣ или надъ нимъ), то головка (иногда) еле-еле выступаетъ своимъ основаніемъ надъ уровнемъ половой щели. Она какъ бы вдавлена въ нее, такъ что нужно довольно глубоко провести палецъ, чтобъ ощупать шейку плода. Если потягивать за головку, то она, подаваясь слегка подъ вліяніемъ тракцій, обнаруживаетъ какъ бы пружинящее дѣйствіе и съ прекращеніемъ влеченія занимаетъ прежнее положеніе.

При неправильной установкѣ плечиковъ въ *нижележащихъ* отдѣлахъ таза такого отношенія головки къ половой щели не будетъ. Въ случаѣ прохожденія плечиковъ въ поперечномъ размѣрѣ, поворотъ головки личикомъ къ тому или другому бедру матери не бываетъ рѣзко выраженъ.

Смотря по надобности и высотѣ стоянія, вводятъ въ ружавъ 2 или 4 пальца соотвѣтственной руки со спинной поверхности плода и помощью ихъ (пальцевъ) стараются возстановить нормальный механизмъ: если плечики въ полости таза стоятъ въ *поперечномъ* размѣрѣ, то, надавливая на плечо (лопаточную область), смотря по обстоятельствамъ, сзади напередъ или спереди назадъ, переводятъ ихъ въ *прямой* размѣръ и пальцами той же руки, введенными подъ заднее (кзади лежащее) плечо, способствуютъ дальнѣйшему извлеченію. Если, какъ это особенно можетъ быть при неправильныхъ тазахъ, плечи стоятъ *высоко*, то затрудненіе для рожденія заключается въ томъ, что плечи своимъ *длиннымъ* размѣромъ установились въ *прямомъ* размѣрѣ таза; если при этомъ производится усиленное влеченіе за головку, то такимъ путемъ *затрудненіе* не только не устраняется, но *увеличивается*. Въ этомъ случаѣ слѣдуетъ введенной рукой постараться поставить плечи въ *поперечный* или косоу размѣръ таза, затѣмъ низвести ихъ (буде возможно) въ *полость*, и здѣсь при дальнѣйшемъ влеченіи (за головку) установить ихъ въ *прямомъ* размѣрѣ (что, впрочемъ, дѣлаютъ обыкновенно плечи сами), если влеченіе производится цѣлесообразно. Считаю нужнымъ обратить Ваше особенное вниманіе на то, что затрудненія при задерживаніи плечъ обусловливаются нерѣдко не какими либо уклоненіями въ родовомъ

механизмъ и не какими либо особенностями анатомическаго строенія таза или самого плода, а зависятъ только отъ *неудобнаго положенія* роженицы и несообразительности, или невнимательнаго отношенія къ дѣлу со стороны подающаго пособіе. Въ этихъ случаяхъ *степень наклоненія* таза имѣеть громадное значеніе. А такъ какъ наклоненіе—величина непостоянная, измѣнить которую Вы можете очень легко въ ту или другую сторону, по своему усмотрѣнію, то и затрудненія, возникающія изъ этого, устраняются обыкновенно очень просто и вѣрно. Такъ, если дѣло идетъ о роженицѣ съ сильнымъ наклоненіемъ таза, при чемъ vulva (при горизонтальномъ положеніи роженицы) смотритъ книзу, да если къ тому же роженица лежитъ на мягкой, легко вдавливаемой подстилкѣ, то, производя тракціи за головку, Вы вынуждены направлять ихъ не книзу, какъ бы слѣдовало, а болѣе горизонтально. Естественно, что плечики при высокомъ стояніи не имѣютъ возможности подаваться внизъ по родовому каналу, а должны *упираться* (переднее плечо) въ заднюю поверхность лоннаго соединенія. При этомъ направленіе оси туловища плода съ направленіемъ влекущей силы пересѣкается почти подъ прямымъ угломъ, что представляется весьма невыгоднымъ для поступательнаго движенія туловища. Стоить только сильно приподнять крестецъ, resp., уменьшить наклоненіе таза, — направленіе проводной оси послѣдняго въ отношеніи горизонта рѣзко измѣняется, и теперь, дѣлая энергически тракціи книзу, удается легко извлечь туловище. Лично мнѣ *много разъ* приходилось такимъ путемъ весьма легко справляться съ затрудненіями при задержаніи плечиковъ, даже въ такихъ случаяхъ, гдѣ, въ виду безуспѣшныхъ попытокъ къ извлеченію и продолжительности задержанія туловища, возникалъ уже вопросъ о необходимости уменьшенія объема туловища оперативнымъ путемъ. Если при прохожденіи плечиковъ черезъ вульварное кольцо требуется ручное пособіе, то *всегда* слѣдуетъ захватывать *заднее* плечико, оставляя переднее (упирающееся въ вершину лонной дуги) въ покоѣ. Это, во-первыхъ, потому, что такой способъ дѣйствія соотвѣтствуетъ естественному механизму, а во-вторыхъ—изъ опасенія сломать переднее плечо. Переломъ при этомъ, по весьма повятной причинѣ, можетъ произойти очень легко.

Слѣдуетъ помнить, что при прорѣзываніи плечъ необходимо обращать вниманіе на *промежность*, такъ какъ опасность разрыва еще не устраняется всецѣло съ прорѣзываніемъ только головки. Разрывъ можетъ быть и при прохожденіи плечъ. Съ прорѣзываніемъ плечъ, дальнѣйшее выхожденіе туловища совершается обыкновенно безпрепятственно. Будутъ, однакожь, случаи, гдѣ *затрудненія* встрѣчаются именно со стороны *туловища*. Эти случаи сводятся на *увеличеніе* объема живота, вслѣдствіе весьма различныхъ причинъ (напр. брюшная водянка, растяженіе мочевого пузыря, аневризма брюшной аорты ¹⁾ и проч.), или развитіе какихъ либо опухолей, напр., въ крестцовой области и т. п.

Въ этихъ случаяхъ затрудненіе можетъ быть устранено помощью уменьшенія объема данной части плода, которое можетъ быть достигнуто весьма различнымъ путемъ, чаще всего, конечно, *вскрытіемъ* данныхъ полостей и *удаленіемъ содержимаго* помощью того или другого инструмента. Такъ какъ плоды въ этихъ случаяхъ въ громадномъ большинствѣ мертвы, то въ выборѣ средствъ можно не стѣсняться (см. главу объ эмбриотоміи).

Говоря объ извлеченіи туловища, упоминаютъ обыкновенно объ *обвитіи пуповины* вокругъ шейки и рассматриваютъ это какъ осложненіе, которое должно быть устранено. Для этого совѣтуютъ *разслабить петлю* пуповины и *перекинуть* ее черезъ головку, или, сдвигая петлю кзади, стараться провести черезъ нее туловище. Если нельзя ослабить петлю, то совѣтуютъ пуповину перевязать и перерѣзать.

Совѣтъ—образовать петлю и перебросить ее черезъ головку—не выдерживаетъ критики. Одно изъ двухъ—*или можно* образовать настолько значительную петлю, что ее легко перекинуть черезъ головку, *или* этого сдѣлать *нельзя*. При первомъ условіи—это вовсе не нужно, такъ какъ это значить, что натяженіе пуповины ничтожно, а при второмъ, какъ сказано,—это невыполнимо. Кромѣ того, пусть пуповина образуетъ петлю на шеѣ; спрашивается, за какой конецъ нужно тянуть, чтобы увеличить размѣръ петли? Говорятъ—за плацентарный конецъ. А какъ его узнать? Вѣдь и тотъ, и другой могутъ идти по брюшной поверхности плода? Ужь если

¹⁾ Н. Феноменовъ, „Врачъ“, 1881 г.

непремѣнно хотѣть разслабить петлю пуповины, то лучше стараться *сдвинуть* ее *внутрь* полового канала, дабы туловище проскользнуло *черезъ петлю*; тогда, по крайней мѣрѣ, не будетъ напраснаго натяженія пуповины.

Опасеніе, что пуповина, обвитая вокругъ шеи, будучи вслѣдствіе этого укорочена, представитъ извѣстное затрудненіе при прорѣзываніи туловища,—повидимому, построено по преимуществу на теоретическихъ соображеніяхъ. Практика показываетъ, по крайней мѣрѣ, что и многократное обвитіе пуповины вокругъ шеи (напр. 8 разъ (случай *Crede* ¹⁾, 9 разъ (случай *Gray* ²⁾)—не сопровождалось никакими затрудненіями при рожденіи туловища. Если бы, однако, во встрѣтившемся случаѣ однократное или многократное обвитіе пуповины Вы имѣли основаніе разсматривать какъ препятствіе къ окончанію родового акта, то лучше всего—поскорѣ извлечь туловище указанными уже способами, или вовсе не трогая пуповины, или, иногда (наложивъ зажимы, *gesp.*, лигатуры), предварительно перерѣзавъ ее. Ни тотъ, ни другой образъ дѣйствій не можетъ встрѣтить серьезныхъ возраженій.

1) „*Monat. f. Geb.*“ B. I, S, 33.

2) „*Lancet*“. 1853, Sept.

Выжиманіе плода.

EXPRESSIO FOETUS.

Подъ этимъ именемъ разумѣется выведеніе плода помощью давленія на матку черезъ брюшные покровы. Этотъ приемъ, безъ всякаго сомнѣнія, примѣнялся у постели роженицъ очень давно. Доказательствомъ этого могутъ служить описанія способовъ веденія родовъ, при замедленіи послѣднихъ, у различныхъ народовъ, акушерство которыхъ находится въ первобытномъ состояніи. Да и въ нашемъ отечествѣ—по селамъ и деревнямъ—давленіе на животъ практикуется охотно доморощенными бабками и повитухами. Въ исторіи акушерства можно указать рядъ авторовъ, предлагавшихъ давленіе снаружи для способствованія скорѣйшему окончанію родовъ. Но все это были скорѣе вскользь высказанные совѣты, несистематизированныя попытки; слѣдовательно, указанія и дѣйствія, носившія случайный характеръ. *Kristeller*¹⁾ старался придать этимъ приемамъ значеніе метода, основаннаго на научныхъ началахъ и имѣющаго свои опредѣленные показанія, опредѣленную сферу примѣненія и т. п. Такимъ образомъ, благодаря *Kristeller*'у, приемъ этотъ вошелъ въ циклъ акушерскихъ операций подъ названіемъ „*expressio foetus*“ и носить его (*Kristeller*'а) имя. Этотъ методъ, по *Kristeller*'у, примѣняется слѣдующимъ образомъ. Акушеръ садится съ *льваго* бока роженицы и кладетъ свои руки на животъ ея такимъ образомъ, чтобы большіе пальцы лежали на передней поверхности матки, *верхушки* другихъ *пальцевъ* смотрѣли ко *входу* въ тазъ, а *ладонныя* поверхности обѣихъ рукъ лежали на *днѣ* и по *бокамъ* матки. Прежде, чѣмъ присту-

¹⁾ „Monatschr. f. Geb.“ 1867. В. XXIX, S. 337.

пить къ выжиманію, стараются привести матку въ такое положеніе, чтобы продольная ось совпадала съ осью входа въ тазъ. Затѣмъ, массируютъ матку черезъ брюшные покровы и, съ наступленіемъ сокращеній, производятъ на матку давленіе, постепенно усиливаемое и постепенно ослабляемое. Продолжительность каждаго отдѣльнаго сдавливанія, приблизительно, равняется 5—8 сек. Далѣе слѣдуетъ небольшая пауза (1—3 мин.), послѣ которой давленіе повторяется. Послѣ 10—15 сдавливаній совѣтуютъ сдѣлать паузу болѣе продолжительную—до 15 мин. Такихъ сдавливаній можетъ быть сдѣлано до 20—30; если въ теченіе этого времени не произойдетъ замѣтнаго измѣненія въ ходѣ родовъ, то успѣхъ метода—очень сомнителенъ.

Хотя *Kristeller* предлагалъ свой способъ при весьма различныхъ условіяхъ въ теченіе родового акта (какъ со стороны предлежація, такъ и раскрытія зѣва и пр.), тѣмъ не менѣе многочисленныя послѣдующія наблюденія показали, что примѣненіе этого способа должно быть ограничено весьма небольшимъ числомъ случаевъ. Проф. Э. Ф. *Биддеръ* (1880 г.), разобравъ способъ *Kristeller*'а по существу, и на основаніи собственныхъ клиническихъ наблюденій, пришелъ къ заключенію, что этотъ способъ можетъ имѣть примѣненіе только въ періодѣ *изгнанія*, и суть способа заключается въ *прямомъ давленіи по оси плода*. А такъ какъ изъ нормальнаго механизма Вы знаете, что въ это время главную роль играетъ не столько сокращеніе матки, сколько дѣйствіе брюшного пресса, то и выжиманіе нужно разсматривать, какъ средство, компенсирующее недостаточную дѣятельность *брюшного пресса*.

Надежность и неизмѣнность дѣйствія этого способа для меня представляется очень сомнительной, да и *примѣнимость* его зачастую будетъ невозможна или чрезвычайно затруднительна, напр., при чувствительности, ожиреніи, болѣе или менѣе сильномъ напряженіи живота и т. п. По личному опыту могу заявить, что роженицы встрѣчаютъ весьма недружелюбно систематическое примѣненіе выжиманія, главнымъ образомъ въ виду его болѣзненности,—дѣйствительной, или кажущейся.

Эта операція ни въ какомъ случаѣ *не можетъ выдержать конкуренціи со щипцами*; и если защитники способа указываютъ на то, что въ цѣломъ рядѣ случаевъ роды могли

быть окончены въ теченіе какихъ нибудь 10—15 мин., то не подлежитъ сомнѣнію, что при тѣхъ же условіяхъ—щипцами можно было бы окончить роды въ 2—3 мин., такъ какъ условія, при которыхъ допускается выжиманіе, суть *исключительно благоприятныя* для щипцовъ. Но, быть можетъ, преимущества этого способа передъ щипцами сказываются яснѣе въ не столь простыхъ и легкихъ случаяхъ? Посмотримъ. Прежде всего, продолжительность операціи довольно значительна и, въ общемъ, *въ нѣсколько разъ* превышаетъ затрату времени при (обыкновенныхъ) щипцахъ, какъ это видно изъ слѣдующаго примѣрнаго расчета. Для болѣе или менѣе трудныхъ случаевъ требуется до 30 отдѣльныхъ манипуляцій. Каждая изъ нихъ продолжается 5—8 секундъ. Возьмемъ среднюю=6 секундъ. Слѣдовательно, $30 \times 6 = 180$ сек., то есть 3 мин. Между отдѣльными манипуляціями полагается пауза въ 1—3 мин.; возьмемъ среднюю=2 мин., получимъ въ общемъ 60 мин. паузы. Да кромѣ этого, послѣ 10—15 манипуляцій (въ сколько нибудь затруднительныхъ случаяхъ) полагается дѣлать паузу въ 10—15 мин.; считая всего 2 такихъ паузы, по 12 мин. (средн.),—получимъ 24 мин. Въ общей сложности затрата времени = 87 мин., то есть 1 часъ 27 мин. Изъ этого слѣдуетъ, что въ спѣшныхъ случаяхъ выжиманіе должно уступить мѣсто щипцамъ. Но, можетъ быть, будучи не столь могущественнымъ акушерскимъ пособіемъ, выжиманіе представляется совершенно *безвреднымъ* маневромъ? Къ сожалѣнію, и это не такъ. Есть случаи, приводимые, напр., *А. Я. Крассовскимъ* и *Э. Ф. Биддеромъ*, гдѣ смерть плода зависѣла отъ примѣннаго пособія.

Выжиманіе плода я не считаю *самостоятельной* операціей, а рассматриваю его какъ *вспомогательное* средство при физиологическихъ родахъ (схватки), или при оперативномъ ихъ окончаніи (щипцы, въ особенности извлеченіе и т. п.). Въ этомъ смыслѣ я примѣнялъ и примѣняю въ весьма широкихъ размѣрахъ *основную идею* способа, т. е. *наружное давленіе на матку*, гесп., на *верхній полюсъ* плода, и при томъ въ весьма разнообразныхъ случаяхъ, какъ срочныхъ, такъ и рановременныхъ родовъ, и считаю нужнымъ обратить Ваше вниманіе на то, что этотъ пріемъ, примѣненный вѣремя и съ соблюденіемъ указанныхъ правилъ (давленіе по оси плода и пр.), даетъ весьма удовлетворительные результаты.

Операціи, уменьшающія объемъ плода.

Сюда относятся: 1) *уменьшеніе объема головки плода*, 2) *уменьшеніе объема туловища* и 3) *раздѣленіе плода на части*.

I. CRANIOTOMIA.

Подъ именемъ *краніотоміи* вообще въ акушерствѣ разумѣютъ всѣ тѣ операціи, которыя имѣютъ своею задачею уменьшеніе объема младенческаго черепа, съ цѣлью облегчить выведеніе его изъ родовыхъ путей.

Операціи, уменьшающія объемъ плода, ведутъ свое начало изъ глубокой древности,—едва ли не съ первыхъ временъ развитія практическаго акушерства. Это можно признать, основываясь на чисто теоретическихъ соображеніяхъ. Въ самомъ дѣлѣ, въ различныхъ видахъ дистоціи, гдѣ своевременное окончаніе родового акта силами природы оказывалось невозможнымъ, или затягивалось настолько, что угрожало опасностью самой жизни роженицы, чтѣ оставалось дѣлать тому, кто былъ призванъ подавать пособіе? Истощивъ весь запасъ средствъ, какъ матеріальныхъ (лѣкарства), такъ и дѣйствующихъ на психическую сферу роженицы (молитвы, заклинанія, жертвоприношенія и пр.), и не видя отъ этого никакого успѣха, естественно было придти къ мысли о томъ или другомъ механическомъ пособіи. Первая мысль, которая, такъ сказать, напрашивалась сама собою, должна была быть мыслью объ уменьшеніи плода, особенно у повторно-рожающихъ, гдѣ, при объясненіи причинъ дистоціи, не вдаваясь ни въ какія тонкости, составляющія достояніе научнаго акушерства, прежде всего можно было подумать о несоответствіи родового объекта, *resp.*, его чрезмѣрной величинѣ.

Стремленіе къ уменьшенію родового объекта составляло, по-этому, только простой логическій выводъ, не нуждавшійся даже въ болѣе или менѣе научной подкладкѣ, — тѣмъ болѣе, что въ отысканіи средствъ для достиженія означенной цѣли не нужно было особенной изобрѣтательности.

Итакъ, *идея* операций, уменьшающихъ объемъ плода, должна была существовать и несомнѣнно существовала въ самыя раннія эпохи акушерства. Практическое же выраженіе этой идеи, само собою разумѣется, было весьма различно, измѣняясь по мѣрѣ развитія нашихъ знаній и отражая на себѣ научный прогрессъ данной эпохи. Эти теоретическія разсужденія вполне подтверждаются при разборѣ историческихъ данныхъ, касающихся этой операции. Обыкновенно, говоря о древнихъ временахъ, начинаютъ съ *Гиппократа*, какъ будто желая этимъ сказать, что только въ письменныхъ памятникахъ его эпохи находятся тѣ или другія указанія на разбираемую операцию. Это не совсѣмъ вѣрно. Болѣе тщательныя историческія изысканія показываютъ, что операции, уменьшающія объемъ плода, описаны гораздо раньше, напр. въ извѣстныхъ „ведахъ“¹⁾, гдѣ, между прочимъ, говорится, что операциа уменьшенія черепа должна быть производима на мертвыхъ (плодахъ), и притомъ съ большою осторожностью. Для этого предлагаются инструменты, по преимуществу тупоконечные. Что касается самого *Гиппократа* и его школы, то несомнѣнно, что операциа на младенческомъ черепѣ, съ цѣлью его уменьшенія, ими уже практиковались. Для таковой цѣли служили особые инструменты, называвшіеся *gladiolum* (*μάχαιρον*)—для нарушенія цѣлости черепного свода и *piestron*—для дробленія черепныхъ костей. Что это за инструменты, трудно, конечно, сказать; всего менѣе, мнѣ кажется, можно разсматривать ихъ, какъ острый крючокъ, какъ это дѣлаютъ авторы, такъ какъ ни (латинское) *gladiolum*, ни (греческое) *μάχαιρον* не означаютъ ничего подобнаго. Оба значатъ: ножъ, небольшой мечъ, но отнюдь не крючокъ.

Кромѣ *Гиппократа*, свѣдѣнія объ этой операциаи можно найти у *Цельса* и др. Въ средніе вѣка, въ эпоху господства

¹⁾ *Ajurvedas Susrutas*, латинскій перев. *Hessler'a*. Erlangen. 1844—1847.— По *Wise*, „Review of the History of medicine“. 1867, II.

арабовъ и арабистовъ, эта операція была въ большомъ ходу.

Со времени введенія въ акушерскую практику поворота на ножки, или, лучше сказать, со времени возстановленія этой операціи *Ambroise*'омъ *Paré*, производство краниотоміи становится значительно рѣже, такъ какъ въ новой операціи найдено было средство выйти изъ затруднительнаго положенія, не прибѣгая къ нарушенію цѣлости плода. Если вспомнить великихъ техниковъ того времени (*La Motte* и др.), оканчивавшихъ роды помощью поворота на ножки даже и тогда, когда головка (будто бы) стояла глубоко въ полости, то будетъ понятно, почему раздробленіе черепа примѣнялось все рѣже и рѣже. Когда, въ XVII столѣтіи, съ изобрѣтеніемъ акушерскихъ щипцовъ, явилась возможность оканчивать безъ ущерба для матери и плода такіе роды, которые прежде признавались крайне трудными, показанія и производство операціи прободенія съузились еще болѣе. Въ то время на щипцы смотрѣли, какъ на панацею, вслѣдствіе чего область примѣненія ихъ была чрезвычайно обширна и стремленія акушеровъ были направлены къ тому, чтобы оканчивать роды, не нарушая цѣлости плода. Это былъ своего рода акушерскій *point d'honneur*, такъ какъ на извлеченіе раздробленнаго плода смотрѣли, какъ на обстоятельство, бросающее нѣкоторую тѣнь на репутацію акушера. Самымъ крайнимъ и въ то же время самымъ послѣдовательнымъ представителемъ этого направленія былъ директоръ акушерской клиники въ Гёттингенѣ *Fr. B. Oslander*, гордившійся тѣмъ, что во всю свою жизнь, за 40 лѣтъ практической дѣятельности, онъ сдѣлалъ прободеніе всего *одинъ* разъ, и то во дни молодости. Операціи прободенія (и преждевременныхъ родовъ) онъ считаетъ ненужными, вредными и позорящими акушерство (*unnützen, schädlichen und Entbindungskunst entehrenden Entbindungs-Methoden*). Но какъ ни старался онъ внушить ученикамъ свои воззрѣнія на краниотомію, какъ ни велико было его личное значеніе и вліяніе на современниковъ, ему все-таки не суждено было видѣть торжества своихъ принциповъ, и его ученіе даже и въ Германіи не могло сдѣлаться общепринятымъ.

Что касается производства операціи въ болѣе близкое къ намъ время, то въ этомъ отношеніи замѣчается огромная

разница между различными акушерскими школами. Особенно резко выдѣляется англійская школа, въ противоположность континентальнымъ. Краниотомія въ англійской школѣ практикуется чаще, чѣмъ гдѣ либо. Причина этому лежитъ въ тѣхъ воззрѣніяхъ на мать и плодъ, которыми руководствуются англійскіе клиницисты: интересы матери безусловно предпочитаютъ интересамъ плода; и слѣдовательно, тамъ, гдѣ жизни или здоровью матери угрожаетъ какая либо серьезная опасность, которая можетъ быть устранена, хотя бы цѣною жизни плода,—краниотомія считается показанной.

Особенно резко бросается въ глаза частота краниотомій, по сравненію съ другими акушерскими операціями, напр. наложениемъ щипцовъ. Въ то время, какъ въ Германіи и Россіи 1 щипцы приходятся, приблизительно, на 30 родовъ (въ родильныхъ домахъ), въ Англии, по *Davis*у, 1 щипцы—на 1217! По *Denman*у—1 на 728, по *Simpson*у—1 на 472 и т. д. По *M. Clintok*у и *Hardy*, въ Дублинскомъ родильномъ домѣ на 6702 (за 1842—1844 г.) родовъ были 24 раза примѣнены щипцы и 63 раза прободеніе, что въ ‰ даетъ: 0,35‰ для щипцовъ и 0,94‰ для прободенія, иначе говоря, — 1 щипцы на 276 родовъ и 1 прободеніе на 105. Впрочемъ, здѣсь кстати замѣтить, что въ настоящее время и въ англійскомъ акушерствѣ замѣчается реакція въ пользу ограниченія прободеній и въ пользу расширенія показаній къ щипцамъ. Въ послѣднее время, однако, взгляды на эту операцію вообще подверглись коренному измѣненію, въ связи съ вопросомъ объ относительныхъ показаніяхъ къ кесарскому сѣченію, или же симфизеотоміи. Ниже, въ главѣ о кесарскомъ сѣченіи, мы еще вернемся къ этому.

Нарушеніе цѣлости черепа можетъ быть двоякое: или какъ *самостоятельная* операція, при чемъ дѣло ограничивается образованіемъ *отверстія* въ черепѣ (*perforatio*) и *разрушеніемъ* его *содержимаго*, съ послѣдующимъ извлеченіемъ, или безъ него; или же оно составляетъ только *первый актъ* въ ряду другихъ операцій на младенческой головкѣ, то есть имѣетъ значеніе *подготовительной* операціи (напр., при кефалотрипси, краниоклазии и др.).

Ближайшая *цѣль* операціи заключается въ томъ, чтобы *сдѣлать отверстие въ черепномъ сводѣ, открыть свободный выходъ его содержимому наружу и дать возможность головкѣ,*

подъ влияніемъ *vis a tergo* или при помощи влекущей силы, *измѣнить свое очертаніе и уменьшиться* соотвѣтственнымъ образомъ *въ объемъ*.

Разсмотримъ сначала прободеніе въ тѣсномъ смыслѣ, въ связи съ послѣдующимъ выведеніемъ головки.

Операція производится на *поперечной* постели; въ спинно-грудномъ положеніи и лучше всего *подъ наркозомъ*.

Полный наборъ инструментовъ, необходимыхъ для краниотоміи, состоитъ изъ 2 *прободниковъ*¹⁾ (трепановиднаго—*Lesning-Kiwischa* и колющаго), *крѣпкой*, длинной, изогнутой извѣстнымъ образомъ *ложки*, напоминающей *Simon*овскую кюретку, затѣмъ *краниокласта*. Кромѣ того, я настоятельно совѣтую имѣть наборъ *ложкообразныхъ зеркалъ*, съ подъемниками и *пулевыми*, или *музеевскими щипцами*, употребляемыми при обыденныхъ гинекологическихъ операціяхъ, и *скальпель*. Что касается *техники* самой операціи, то здѣсь огромное значеніе имѣютъ тѣ *условія*, при которыхъ приходится дѣйствовать. Практика давно различаетъ прободенія: при *низкомъ* и *высокомъ* стояніи головки; если въ первомъ случаѣ, когда головка фиксирована и стоитъ болѣе или менѣе глубоко въ *полости* таза, а зѣвъ раскрытъ на 3—4 пальца, производство операціи въ высшей степени *легко* и *просто*, то при высоко (подвижно) стоящей головкѣ—совсѣмъ другое дѣло. Здѣсь нужны величайшія *осторожность* и *умѣнье примѣниться* къ данному случаю, такъ какъ зачастую дѣйствовать по шаблону нельзя.

При *низкомъ* стояніи подлежащей части и достаточномъ раскрытіи зѣва можно пользоваться инструментомъ *Lesning-Kiwisch*'а. Этотъ инструментъ представляетъ собою обыкновенный *трепанъ*, употребляемый въ хирургіи, только соотвѣтственнымъ образомъ удлинненный, при чемъ *рѣзущій снарядъ* прячется въ металлической, расчленяющейся на двѣ неравныя (нижнюю длинную и верхнюю короткую) части *гильзы*, изъ которой, при поворотѣ рукоятки, насаженной на стержень, снабженный винтовымъ *нарѣзомъ* и проходящій черезъ короткую часть гильзы, *коронка* трепана или выдвигается на-

¹⁾ Вполнѣ возможно довольствоваться для *всѣхъ* случаевъ однимъ (колючимъ) прободникомъ того или другого устройства. См. рисун. Прободниковъ вообще и ихъ разновидностей описано не менѣе *полсотни*.

ружу, или прячется назадъ, смотря по направленію вращенія рукоятки (вправо или влѣво). Изъ середины коронки выдается *буравъ*, на-подобіе штопора (таб. IX, рис. 29); этотъ послѣдній можетъ быть выдвинуть на нѣкоторую вышину изъ-за окружности вѣнчика трепана и фиксированъ въ этомъ положеніи помощью *винта*, помѣщеннаго на протяженіи стержня. При *выборѣ* инструмента слѣдуетъ обращать вниманіе на то, чтобы рѣзущая часть снаряда представляла собою *рядъ* брюшистыхъ *ножей*, расположенныхъ лезвіемъ въ одну сторону, а не зубчатую *пилу*. Эта послѣдняя выпиливаетъ кружокъ съ большимъ трудомъ и не даетъ отверстія такого правильнаго очертанія, какъ первая. Весь инструментъ долженъ быть легко разбираемъ, въ видахъ основательной каждый разъ чистки.

Операциі производятся слѣдующимъ образомъ: ставъ между бедеръ роженицы, операторъ вводитъ 4 пальца *лѣвой* руки въ тазъ, помѣщая ихъ такимъ образомъ, чтобы *концы* ихъ упирались *въ* предлежащую *головку*, а тылъ былъ обращенъ къ лонному соединенію. Послѣднее дѣлается для того, чтобы обезпечить отъ пораненія переднюю стѣнку родового канала, въ особенности же переднюю губу (которая такъ часто изглаживается очень поздно, нерѣдко отекаетъ и пр.). Затѣмъ, подъ прикрытіемъ лѣвой руки, въ рукавъ вводится инструментъ, рѣзущій снарядъ котораго при этомъ *скрытъ* въ гильзѣ, и въ упоръ (перпендикулярно) приставляется къ предлежащей части. *Все вниманіе оператора съ этого момента должно быть обращено на то, чтобы надежнымъ образомъ фиксировать инструментъ въ точкѣ приложенія, resp., предохранить его отъ соскальзыванія.* Для этой цѣли операторъ захватываетъ *всей* (правой) *рукой* гильзу инструмента, отодвигается самъ немного въ правую сторону и въ послѣдующій моментъ операциі строжайшимъ образомъ удерживаетъ сказанное расположеніе рукъ, то есть остается *неподвижнымъ*. Дальнѣйшее дѣйствіе инструментомъ, — вращательное *движеніе рукоятки*, приводящее въ дѣйствіе коронку трепана, — поручается *помощнику*. Дѣйствовать инструментомъ одному, то есть удерживать его и приводить въ движеніе винтъ, какъ это совѣтуютъ нѣкоторые, я считаю положительно неправильнымъ, а подчасъ и опаснымъ. Неудобство заключается въ слѣдующемъ: дѣйствуя одни, Вы вынуждены бу-

дете фиксировать инструментъ лѣвой рукой; если же она, какъ сказано, для контроля и защиты отъ пораненій, введена въ рукавъ, то фиксація инструмента въ глубинѣ родового канала будетъ весьма *недостаточна*. Если же, ради прочности, удерживающая рука будетъ помѣщаться внѣ родовыхъ путей, то положеніе нижняго (введеннаго въ рукавъ) конца гильзы *не* будетъ находиться *подъ контролемъ*. Ни то, ни другое, конечно, не желательно,—тѣмъ болѣе, что для такого образа дѣйствій нельзя подыскать сколько-нибудь достаточныхъ основаній; единственно, на что еще можно было бы сослаться,—это отсутствіе ассистента, но это не можетъ служить оправданіемъ, такъ какъ для того, чтобы вертѣть винтъ, не требуется ни много ума, ни техническихъ познаній; слѣдовательно, эта работа можетъ быть поручена, въ крайнемъ случаѣ, кому угодно, кто согласится вообще помогать при операциі ¹⁾. *За операцию всецѣло отвѣчаетъ тотъ, кто держитъ инструментъ и гарантируетъ надлежащее его примѣненіе*. Распорядившись сказаннымъ образомъ, приводятъ въ движеніе винтъ, причемъ сначала выдвигается *буравъ*, проникаетъ чрезъ покровы головы и ввинчивается *въ кость*; послѣ этого укрѣпленіе инструмента уже совершенно обезпечено. Смотри по толщинѣ мягкихъ частей головки (*caput succedaneum* и пр.), инструментъ передъ употребленіемъ долженъ быть установленъ такъ, чтобы коронка трепана пришла въ соприкосновеніе съ подлежащей частью *не прежде*, чѣмъ буравъ *будетъ ввинченъ* въ кость. Дальнѣйшими оборотами винта коронка трепана врѣзывается въ мягкія части и, затѣмъ, въ черепной сводъ, при чемъ нерѣдко слышится хрустъ прободаемой кости. Когда коронка проникла въ полость черепа (что *легко узнается* по ослабленію сопротивленія при оборотахъ винта и по приближенію рукоятки къ гильзѣ), инструментъ расчленяется и трепанъ выводится простымъ вытягиваніемъ наружу, затѣмъ удаляется гильза. Впрочемъ, такъ какъ разобрать инструментъ можетъ только операторъ, а онъ занятъ фиксаціей, то лучше заставить помощника поворачивать винтъ въ *обрат-*

¹⁾ Я уже раньше указалъ, что руки такихъ случайныхъ помощниковъ должны быть чисто вымыты. Кромѣ того рукоятку винта можно обернуть кускомъ марли, дабы не загрязнять инструмента (въ смыслѣ асептики).

ную сторону до конца; при этомъ рѣзущая часть инструмента прячется въ гильзу, и, слѣдовательно, исключается возможность поврежденія при извлеченіи инструмента.

Съ удаленіемъ инструмента изъ родовыхъ путей, оканчивается первый актъ операціи—*прободеніе въ тѣсномъ смыслѣ*, и, при изслѣдованіи подлежащей части, Вы находите на ней большею частью круглое отверстіе, ведущее въ полость черепа.

Что касается того, въ какомъ *мѣстѣ* черепной коробки дѣлать отверстіе, то при употребленіи трепановиднаго прободника это не имѣетъ значенія: онъ одинаково легко рѣжетъ, гдѣ угодно, вужно только всегда стараться приложить инструментъ такъ, чтобы при движеніи рѣзущая часть его вездѣ приходила въ соприкосновеніе съ черепомъ *всю* своей *окружностью*, а не какой либо частью; иначе правильное выпиливаніе отверстія будетъ невозможно.

Другое дѣло, если оперируютъ *ножницеобразнымъ* прободникомъ: при этомъ стараются выбрать мѣсто, гдѣ можно проникнуть въ полость черепа при наименьшемъ насиліи. Для этой цѣли вкалываютъ инструментъ въ какой либо *родничокъ*, или же въ направленіи того или другого *шва*. Черезъ это облегчается проведеніе инструмента, хотя не подлежитъ сомнѣнію, что можно проникнуть въ полость черепа и на протяженіи кости, пользуясь, напр., инструментомъ *Blota*; но это все-таки неудобство при прободеніи высоко, гесп., подвижно стоящей головки, гдѣ по преимуществу этотъ инструментъ и примѣняется. Ножницеобразныхъ прободниковъ предложено нѣсколько: какому изъ нихъ отдать предпочтеніе, сказать довольно трудно. Довольно большимъ распространеніемъ пользуется, такъ называемый, *perce crâne Blota*. Этотъ инструментъ представляетъ собою металлическій стержень, состоящій изъ двухъ *пластинъ*, подвижно соединенныхъ между собою помощью *шпильки* и оканчивающихся на одномъ концѣ въ видѣ *копья*; на другомъ концѣ имѣется *рукоятка*, укрѣпленная на одной только *вѣтви*, другая—нѣсколько искривлена въ сторону и поставлена въ отношеніи къ первой такимъ образомъ, что при сближеніи обѣихъ вѣтвей верхушка инструмента (копье) *расходится*, вслѣдствіе чего поперечный размѣръ копья увеличивается и края его, въ закрытомъ состояніи будучи

тупыми, при надавливаниі рукоятки дѣлаются *острыми* (таб. IX, рис. 30). Расхождение верхушки инструмента возможно только до известной степени, по мѣрѣ сжиманія рукоятки. По прекращеніи сжиманія инструментъ закрывается произвольно — дѣйствіемъ пружины, укрѣпленной на изогнутой вѣтви.

Инструментъ вводится въ половой каналъ *закрытымъ*, подъ защитой руки, и приставляется къ данному мѣсту. Надавливая на инструментъ и поворачивая его изъ стороны въ сторону легкими, какъ бы буравящими движеніями, стараются вонзить *верхушку* копья въ черепную *полость*. Когда верхушка инструмента проникнетъ въ полость и въ мѣстѣ проникновенія устанавливается *широкая* часть копья, инструментъ *раскрываютъ*, сближая рукоятки вѣтвей. Вслѣдствіе этого первоначальное отверстие *надрѣзывается* по сторонамъ. Если теперь сдѣлать нѣсколько такихъ надрѣзовъ въ различномъ направленіи и, затѣмъ, поворачивать раскрытый инструментъ вокругъ продольной его оси, то отверстие получится значительной величины. Что инструментъ выводится обратно закрытымъ — разумѣется само собою.

Исходя изъ того соображенія, что трепанъ, будучи прекраснымъ инструментомъ, не всегда можетъ имѣть примѣненіе, напр., при высоко, герм., подвижно стоящей головкѣ, когда нельзя приставить гильзу (вѣнчикъ трепана) къ головкѣ вплотную, какъ указано выше; что, кромѣ того, онъ мало пригоденъ для прободенія послѣдующей головки, если послѣднее должно быть сдѣлано черезъ кости черепного свода, и вовсе не годится для прободенія основанія черепа черезъ ротъ или черезъ мягкія части дна полости рта — *довольствоваться* только *трепаномъ* во *всѣхъ* случаяхъ прободенія *нельзя*. Съ этой стороны прободникъ *Bloß'a* можетъ быть признанъ болѣе пригоднымъ. Къ сожалѣнію, и онъ имѣетъ недостатки. Отверстіе въ черепѣ при употребленіи инструмента *Bloß'a* никогда не можетъ быть такимъ правильнымъ, какъ при употребленіи трепана. Здѣсь получается неправильной формы рвано-рѣзанная рана, большею частью съ измятыми, неровными краями, усѣянными выстоящими костными осколками. Это обстоятельство, хотя и не существенно само по себѣ, тѣмъ не менѣе, при дальнѣйшемъ производствѣ операціи можетъ подавать поводъ къ раненію какъ пальцевъ оператора, такъ и мяг-

кихъ частей матери, а потому желательнo, чтобы оно было устранено. Далѣе, такъ какъ отверстіе въ черепѣ не имѣетъ правильнаго круглаго очертанія и кости въ окружности его надрѣзаны, герр., надломаны въ разныхъ направленіяхъ, то при наступившемъ сокращеніи матки оно можетъ измѣнять свои первоначальныя очертанія и спадаться (вслѣдствіе неодинаковаго сопротивленія по периферіи отверстія), что, въ свою очередь, затрудняетъ какъ опорожненіе черепа, такъ и послѣдующее введеніе туда инструментовъ. Кромѣ сказаннаго, въ числѣ отрицательныхъ сторонъ трепанообразнаго прободника, какъ и прободника *Blot'a*, можно поставить и ихъ сложность, нѣсколько затрудняющую обеззараживаніе. Желая соединить въ *одномъ* инструментѣ выгодныя стороны трепана (круглое отверстіе и легкость выпиливанія) и колющаго прободника (удобопримѣняемость при высокомъ и низкомъ стояніи головки, при головкѣ предыдущей и послѣдующей, незначительность усилій, потребныхъ для пробуравливанія черепа и пр.), я заказалъ особый инструментъ на-подобіе обыкновеннаго бурава ¹⁾. Онъ состоитъ изъ металлическаго стержня (см. таб. IX, рис. 33) длиной 32 сант. На одномъ концѣ его—*рукоятка* въ видѣ перекладки, какъ у крючка *Braun'a*, а на другомъ—буравовидный *наконечникъ*, выточенный изъ цѣльнаго стального конуса, длиной 5,5 сант., съ наибольшимъ діаметромъ въ 22 мм., имѣющій въ самой верхушкѣ четыре, а въ срединѣ и въ основаніи двѣ *острыя грани*, которыя идутъ параллельно оси самого стержня (а не спирально, какъ у обыкновеннаго бурава). Кромѣ того, грани эти немного *загнуты* по направленію слѣва направо, такъ что поперечный разрѣзъ основанія этого наконечника представляетъ S-образную фигуру. Углы всѣхъ граней должны быть закруглены.

Многолѣтній опытъ примѣненія инструмента показалъ мнѣ, что имъ одинаково *легко* совершается прободеніе какъ черезъ обнаженную кость, такъ и прямо черезъ кожные покровы. Приставивъ инструментъ, подѣ контролемъ

¹⁾ Въ тѣхъ же видахъ предложенъ д-ромъ *Д. С. Щеткинымъ* (Рязань) особый (копьевидный) инструментъ, названный „черепосверлителемъ“ „Мед. Об.“ 1893 г. № 3. Д-ръ *Фаеръ* также предложилъ инструментъ своего образца. „Ж. Ак. и Жен. б-ней“ 1894 г. Декабрь.

пальца или глаза, въ желаемомъ мѣстѣ, дѣлаемъ вращательныя движенія вправо и влѣво (шиловидныя), при чемъ требуется весьма ничтожное надавливаніе на инструментъ. Когда четырехгранная верхушка бурава вонзится въ кость, то вращеніе инструмента дѣлается вокругъ продольной оси слѣва направо. Считаю нужнымъ указать, что вращеніе инструмента должно быть *плавное*, не форсированное, и при томъ не быстрое—тогда отверстие въ кости получается совершенно круглое. Въ противномъ случаѣ кость по краямъ отверстия надламывается, и получаютъ выстоящіе осколки. При дѣйствіи инструмента отверстие высверливается весьма постепенно, при чемъ не получается ни стружекъ, ни кусковъ, а кость удаляется въ видѣ мелко-раздробленной мягкой массы. Смотря по желанію, отверстие можетъ быть сдѣлано большей или меньшей величины. Для этого инструментъ или повертываютъ до тѣхъ поръ, пока весь буравъ пройдетъ въ полость черепа, или его извлекаютъ послѣ того, какъ туда проникнетъ часть бурава. Наибольшій діаметръ отверстия при этомъ получается въ 22 мм. Опытъ же показалъ намъ, что этимъ инструментомъ *весьма легко* совершается прободеніе и *послѣдующей* головки на *любомъ* мѣстѣ, не исключая и прободенія черезъ *твердое небо*, *геср.*, *ротъ*, или *дно* полости рта. Такъ какъ инструментъ проникаетъ черезъ кость *чрезвычайно легко*,—нѣтъ надобности вкалывать его въ родничокъ или на протяженіи шва. Гораздо лучше (ради большей правильности очертанія отверстия) сверлить прямо на протяженіи кости. При дѣйствіи инструментомъ *на ощупь* (безъ наведенія глаза) для тѣхъ, кто не надѣется избѣжать поврежденій, прикрывая его только рукой, можно рекомендовать—надѣвать на инструментъ гильзу (таб. IX, рис. 34), просто безъ всякаго укрѣпленія ея. Подъ ея защитой (инструментъ вращается въ полости гильзы) можно работать совершенно безопасно; а гильза, по мѣрѣ проникновенія наконечника вглубь, не будучи нигдѣ фиксирована, легко сдвигается съ конуса на рукоятку.

Прободеніе головки, *высоко стоящей* во входѣ въ тазъ, или даже надъ нимъ, неизмѣримо *труднѣе* того, которое мы только что изложили. Трудность обусловливается слѣдующими причинами: 1) *высотой* стоянія и 2) *подвижностью* подлежащей части. Неудобство перваго условія то, что, при положеніи

головки во входѣ, довольно трудно дойти до нея инструментомъ и приставить его (къ головкѣ) надлежащимъ образомъ, то есть всю окружность гильзы, герп., коронки (трепана), а не однимъ краемъ только, такъ какъ приходится проходить почти черезъ весь родовой каналъ, который имѣетъ извѣстную опредѣленную *кривизну*, между тѣмъ какъ инструменты—*прямые*. Особенно это затрудненіе можетъ встрѣтиться у *перворождающихъ*. Это неудобство устраняется употребленіемъ инструментовъ, имѣющихъ довольно значительную *тазовую* кривизну (прободникъ *Braun'a*), но только до извѣстной степени, ибо фиксація инструмента будетъ не вполне надежна, а слѣдовательно, является опасность пораненія родовыхъ путей. Еще болѣе серьезная опасность является тогда, когда приходится прободать *подвижно* стоящую головку. Если давленіе инструмента на головку будетъ болѣе или менѣе значительно, по крайней мѣрѣ, настолько, что оно превыситъ силу, удерживающую головку въ извѣстномъ положеніи, то эта послѣдняя легко можетъ *отклониться* отъ напирющаго на нее инструмента. Въ исторіи нашей науки записано не мало случаевъ, гдѣ это явленіе имѣло печальные результаты, начиная съ легкихъ пораненій нижняго отрѣзка матки или сводовъ и до такихъ чудовищныхъ поврежденій родовыхъ путей, какъ напр., *прободеніе мыса!* По-истинѣ было бы трудно повѣрить возможности такой травмы, если бы не существовало *corpus delicti* въ формѣ таза съ просверленнымъ на извѣстную глубину мысомъ! Во избѣжаніе этой опасности, необходимо позаботиться, чтобы прободаемая часть стояла неподвижно, или, по крайней мѣрѣ, настолько прочно, чтобы при дѣйствіи инструмента она не уклонялась въ сторону. Для этого заставляютъ помощника *черезъ брюшные покровы* фиксировать головку во входѣ въ тазъ, надавливая на нее обѣими руками, расположенными по боковымъ сторонамъ. До извѣстной степени этотъ приемъ достигаетъ цѣли, но далеко не всегда; кромѣ того, иногда онъ непримѣнимъ, напр., при значительномъ ожирѣніи, или отечности покрововъ живота, вздутости и проч., не говоря уже о томъ, что онъ требуетъ опытнаго помощника.

Другой совѣтъ—сдѣлать головку неподвижной, предварительно наложивъ на нее *щипцы*,—не отвѣчаетъ цѣли, такъ какъ онъ, самъ по себѣ, создаетъ затрудненія для производства операціи, загромождая и безъ того тѣсное поле операціи

и стѣсная дѣйствія оператора. Кромѣ того въ большинствѣ случаевъ онъ вовсе непримѣнимъ еще и потому, что къ прободенію высоко стоящей головки часто прибѣгаютъ тогда, когда *зѣвъ* еще недостаточно раскрытъ, когда, стало быть, нѣтъ условій, необходимыхъ для наложенія щипцовъ. Мнѣ кажется, что этотъ приемъ вошелъ въ практику совершенно случайно, благодаря тому, что накладывали щипцы тамъ, гдѣ ихъ вовсе *не слѣдовало* накладывать и гдѣ, когда извлечение оказывалось невозможнымъ, приходилось приступать къ прободенію. Чтобы не прибѣгать къ вторичному накладыванію щипцовъ для послѣдующаго извлечения, ихъ оставляли на головкѣ и ухитрялись прободать въ щипцахъ. Какъ бы то ни было,—это *дурной совѣтъ*, могущій вредно отозваться на роженицѣ, въ особенности въ малоопытныхъ рукахъ, и отъ него слѣдуетъ отказаться, такъ какъ при низко стоящей головкѣ онъ не нуженъ, а при маломъ зѣвѣ и высокомъ стояніи головки и трудно примѣнимъ и опасенъ, въ смыслѣ возможности поврежденій нижняго отрѣзка матки.

Но если *одинъ* способъ (наружная фиксація) почему либо *невыполнимъ*, а *другой* (щипцы) *не выдерживаетъ критики* вообще, то спрашивается, какъ же быть въ такихъ случаяхъ? Вѣдь нельзя же рѣшиться прободать высоко стоящую головку, не обезпечивъ себѣ предварительно ея неподвижности. По моему глубокому убѣжденію, для избѣжанія этихъ неудобствъ и другихъ непріятныхъ случайностей, существуетъ только одно средство, почему-то совсѣмъ не привившееся къ акушерству. Это средство заключается въ томъ, *чтобы оперировать не на-ощупь, а подъ контролемъ глаза. Сдѣлайте доступнымъ зрѣнію операціонное поле—и Вы обезпечены отъ всевозможныхъ случайностей.*

Какъ ни просто, какъ ни разумно это требованіе, оно какъ-то не проникло въ сознаніе врачей и, какъ практическій приемъ, у постели роженицъ не примѣняется вовсе. Это странное обстоятельство объясняется, мнѣ кажется, тѣмъ, что мы и по сіе время все еще охотно платимъ дань преданіямъ добраго стараго времени. Вѣдь было же время, когда глазъ акушера не могъ служить для него познавательнымъ органомъ, такъ что даже и такія операціи, какъ наложеніе щипцовъ, производились *безъ помощи зрѣнія*—подъ простынею; я не говорю уже о томъ, что такъ же дѣлалась катетеризація

пузыря и прочія якобы *мелочи*. Акушерство, къ счастью, пережило эту темную эпоху, и въ настоящее время подобный образъ дѣйствій не можетъ уже найти себѣ достаточныхъ оправданій. То же самое, я думаю, въ недалекомъ будущемъ должно случиться и относительно краниотоміи. Прободеніе черепа въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ представляется какое либо затрудненіе (высокое стояніе подлежащей части, подвижность ея, малооткрытый зѣвъ и пр.), будутъ дѣлать по нижеизложенному способу; и всѣ тѣ поврежденія, большею частью серьезныя, которыя случаются при нынѣ употребляемыхъ способахъ и время отъ времени описываются въ литературѣ, должны будутъ лечь тяжелымъ камнемъ на совѣсть оператора, не пожелавшаго обезпечить себѣ успѣха. Выражаясь такимъ образомъ, я, быть можетъ, питаю нѣсколько сангвиническія надежды, но въ виду того, что предлагаемый способъ имѣетъ совершенно вѣрную теоретическую постановку, а также и въ виду тѣхъ случаевъ, которые мнѣ не разъ приходилось наблюдать, я полагаю, что выражаемая мною надежда небезосновательна.

Операция производится слѣдующимъ образомъ. При указанномъ положеніи роженицы, въ рукавъ вводится (длинное и широкое) американское *зеркало* и промежность (и задняя стѣнка рукава) отдавливается книзу (кзади), переднюю стѣнку приподнимаютъ широкимъ *подъемникомъ*. Въ случаѣ надобности, и боковыя стѣнки растягиваются соответственными подъемниками. По обнаженіи операціоннаго поля, обыкновенно, становится видною волосистая часть головки, нерѣдко охваченная зѣвомъ на-подобіе кольца. Захвативъ *кожу* головки крѣпкими щипцами (какіе употребляются, напр., при операціяхъ кускованія матки и т. п.), дѣлаютъ спереди назадъ (или поперечно) разрѣзъ *ножомъ* вплоть до кости (таб. X, рис. 35). Образовавшіеся лоскуты захватываютъ (щипцами) и выводятъ ихъ за периферію зѣва, особенно въ случаяхъ недостаточнаго раскрытія его (таб. X, рис. 36). Потягивая за щипцы, вкальваютъ прободникъ въ обнаженную отъ кожныхъ покрововъ кость и сверлящими движеніями проникаютъ въ полость черепа (таб. X, рис. 36). Въ случаяхъ достаточнаго раскрытія зѣва нѣтъ нужды дѣлать разрѣзъ кожи съ образованіемъ (защищающихъ зѣвъ) лоскутовъ, а можно довольствоваться только фиксаціей головки помощью крѣпкихъ

щипцовъ. Выгоды этого способа дѣйствій очевидны: 1) *устраняется* возможность *соскальзыванія* инструмента, зависящая отъ подвижности подлежащей части, такъ какъ 2) эта послѣдняя указаннымъ образомъ *фиксируется* вполне достаточно. Многочисленные опыты на свѣжихъ трупахъ новорожденныхъ, равно какъ и случаи прободенія *sub partu*, — убѣдили меня, что сила, необходимая для того, чтобы щипцы соскользнули, прорѣзавъ или оторвавъ кусочекъ ткани, настолько велика, что съ успѣхомъ можетъ быть противопоставлена тому давленію, которое требуется для того, чтобы перфораторъ могъ проникнуть въ полость черепа. 3) *Исключается* возможность *пораненія* зѣва и окружающихъ частей, съ одной стороны, потому, что Вы видите, что дѣлаете, а съ другой—потому, что инструментъ дѣйствуетъ въ *мышцы*, образованномъ кожными доскутами. Это обстоятельство имѣетъ значеніе особенно при мало раскрытомъ зѣвѣ.

Такимъ образомъ, этотъ способъ предохраняетъ отъ различныхъ случайностей, и перфорация утрачиваетъ свой грозный характеръ, дѣлаясь въ техническомъ отношеніи простою до элементарности.

Настаивая на употребленіи зеркалъ при операциі на высоко стоящей головкѣ, я полагаю, что и прободеніе глубоко стоящей головки должно быть дѣлаемо при помощи зрѣнія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ есть хотя бы малѣйшая опасность поранить родовые пути, напр. при отекахъ губъ зѣва, *recto* или *cystocele* и т. п.

Справедливость требуетъ сказать, что измѣненіе способа прободенія въ указанномъ смыслѣ не представляется абсолютно новымъ: прободеніе при помощи *Simon*'овскаго зеркала предложено было въ общихъ чертахъ *Alex. I. C. Skene* въ Нью-Йоркѣ ¹⁾. Употребленіе *Fergusson*'овскаго зеркала, предложенное покойнымъ проф. *М. И. Горвищемъ* ²⁾, на основаніи одного труднаго случая ранняго прободенія, заслуживаетъ серьезнаго вниманія. Тѣмъ не менѣе, этотъ приемъ уступаетъ вышеизложенному, ибо ему недостаетъ одного существенно важнаго условія для безопасности дѣйствія—доста-

¹⁾ „The American Journal of Obstetrics and diseases of women and children“, т. VIII, стр. 150.

²⁾ „Zeitschrift f. Geburtskunde u. Gynäk“. В. IV, S. 1.

точной фиксаціи подлежащей части, не говоря уже о значительномъ (сравнительно) ограниченіи операціоннаго поля.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ употребленіе зеркалъ почему либо непримѣнимо (отсутствіе ассистенціи, самихъ зеркалъ и т. п.) а головка не установилась неподвижно, я настоятельно совѣтую *прежде всего, подѣ руководствомъ руки, захватить кожные покровы головки крѣпкими щипцами по возможности, прочно и, поручивъ помощнику удерживать ихъ, подѣ руководствомъ же руки сдѣлать прободеніе при помощи колющаго инструмента.*

Образованіемъ отверстія въ черепѣ оканчивается первый актъ краниотоміи въ общемъ смыслѣ. *Второй актъ операціи— опорожненіе содержимаго черепа (excerebratio).* Вслѣдъ за прободеніемъ, подѣ влияніемъ маточныхъ сокращеній, изъ полости черепа, обыкновенно, начинаютъ выдѣляться мозговые массы въ большемъ или меньшемъ количествѣ (смотря по величинѣ отверстія, величинѣ поврежденія твердой мозговой оболочки, силѣ сокращеній и пр.); опорожненіе черепной полости при этомъ бываетъ далеко не полное и находится въ извѣстномъ отношеніи къ конфигураціи головки. Если количество выдѣляющагося содержимаго недостаточно, то его увеличиваютъ разными приемами.

Какъ бы ни было велико выдѣленіе мозговой массы, какъ бы ни казалось оно достаточнымъ для цѣлей конфигураціи, я во всѣхъ случаяхъ краниотоміи (за исключеніемъ, развѣ, мертвогнилыхъ плодовъ) настоятельно требую, чтобы *excerebratio* производилась *съ величайшею аккуратностью.* Выражаясь столь категорически, я имѣю въ виду устраненіе тѣхъ крайне тяжелыхъ сценъ, которыя, къ сожалѣнію, встрѣчаются при извѣстной поспѣшности и игнорированіи этого правила и удручающимъ образомъ дѣйствуютъ на присутствующихъ и оператора. Дѣло въ томъ, что плодъ, извлеченный послѣ прободенія, оказываетъ иногда признаки *жизни,* слабо дышитъ и даже издаетъ звуки... Какъ на рѣзкій примѣръ такого осложненія, я могу Вамъ указать на случай, приводимый *Hammond'омъ*¹⁾, гдѣ извлеченный послѣ прободенія плодъ *закричалъ,* несмотря на то, что предварительно было удалено около $\frac{3}{4}$ мозга. Изъ раны показалось сильное

¹⁾ „Medico-Chirurgical Transactions“, т. 12, стр. 2.

кровотеченіе, заставившее прибѣгнуть къ тампонадѣ; новорожденный дышалъ, выдѣлялъ первородный калъ и умеръ, спустя только 46 часовъ послѣ рожденія. При вскрытіи оказалось, что мозжечекъ, а слѣдовательно и продолговатый мозгъ остались неповрежденными.

Въ виду подобныхъ случаевъ, необходимо самымъ тщательнымъ образомъ *разрушать мозгъ*, въ особенности *продолговатый*, такъ какъ въ немъ заложены важнѣйшіе центры.

Достигнуть до продолговатаго мозга и разрушить его не всегда легко,—мѣшаетъ *tentorium cerebelli*, иногда противодействующее настолько сильно, что можетъ показаться, будто инструментъ скользитъ по внутренней поверхности основанія черепа.

Чѣмъ и какъ произвести нарушение мозга, это безразлично. Нужно только какое либо длинное, твердое тѣло, которымъ можно было бы манипулировать въ полости черепа. Для этого предлагали пользоваться маточнымъ зондомъ, металлическимъ катетеромъ и т. п. инструментами, весьма мало отвѣчающими цѣли. О предложеніи разрушать мозгъ (даже и продолговатый) указательнымъ пальцемъ ¹⁾ я упоминаю только ради курьеза. По нашимъ наблюденіямъ, *весьма практична и удобна* особая *ложечка*, устроенная нами по типу *Simon'*овской кюретки, только болѣе длинная и изогнутая на-подобіе краниокласта; края ея полуострые (таб. IX, рис. 31). Введя инструментъ въ полость черепа, Вы поворачиваете его въ различныхъ направленіяхъ, стараясь превратить мозгъ, особенно продолговатый, въ кашицеобразную массу.

Если нужно ускорить выведеніе мозговыхъ массъ, въ полость черепа можно впрыскивать, посредствомъ обыкновеннаго оросителя, различныя (обезпложенныя, или обеззараживающія) жидкости подъ болѣе или менѣе сильнымъ давленіемъ.

Выполненіемъ двухъ названныхъ приемовъ (прободеніемъ черепа и выведеніемъ мозга) *операция* краниотоміи, собственно говоря, *заканчивается*, и дальнѣйшія дѣйствія оператора могутъ быть уже различны, а именно: онъ можетъ предоставить теченіе родового акта силамъ природы, или же при-

¹⁾ *Шталъ*. „Оперативное акушерство“ (по лекціямъ проф. *Гегара*).

ступить къ искусственному окончанію его. Тотъ или другой образъ дѣйствія опредѣляется различными условіями, каковы: состояніе родовыхъ путей, степень раскрытія зѣва, общее состояніе роженицы, характеръ сократительной дѣятельности, отношеніе подлежащей части къ тазу и многія другія данныя, надлежащее пониманіе и оцѣнка которыхъ составляютъ достояніе клинической опытности.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ обстоятельствъ, требующихъ немедленнаго окончанія родового акта, въ особенности при, такъ называемыхъ, *раннихъ* прободеніяхъ, Вы можете дѣйствовать *выжидательно*, предоставляя дальнѣйшее теченіе родовъ (раскрытіе зѣва) силамъ природы. Но при этомъ не слѣдуетъ впадать въ крайность и выжидать слишкомъ долго, подобно, напр., *Wigand'у*, который отвергалъ искусственное удаленіе послѣ прободенія, хотя бы естественнаго окончанія родовъ пришлось ждать нѣсколько (20!) часовъ.

Извлеченіе плода *послѣ прободенія* можетъ быть произведено различными образомъ. Иногда удается извлечь головку просто крючкообразно согнутымъ пальцемъ, введеннымъ въ отверстіе черепа, но въ большинствѣ случаевъ этого недостаточно, такъ какъ при этомъ трудно развить потребную силу, и потому приходится прибѣгать къ помощи инструментовъ.

Въ прежнее время съ этою цѣлью употреблялись спеціальныя инструменты, такъ называемые, *голого-извлекатели* (*tire-têtes*). Почти всѣ они построены на томъ принципѣ, что крѣпкій металлическій стержень вводится въ полость черепа и, затѣмъ, посредствомъ механизма, помѣщеннаго въ рукояткѣ, верхній конецъ его раскрывается такъ, что обратное выведеніе инструмента дѣлается уже невозможнымъ; онъ можетъ быть удаленъ только вмѣстѣ съ головкой, которой передается влекущая сила. Таковы инструменты *Mauriceau*, *Assabini*, *Kiwisch'a* и др. Существенное возраженіе противъ этихъ инструментовъ то, что они недостаточно фиксируются на подлежащей части, — обстоятельство очень невыгодное, когда при извлеченіи приходится развивать довольно значительную силу. Въ такихъ случаяхъ не разъ бывало какъ *выскальзываніе* инструмента, такъ и *вырываніе* кусковъ костей—съ одной стороны потому, что участокъ кости, захватываемый инструментомъ (площадь приложенія силы), очень

невеликъ, а съ другой — потому, что инструментъ располагается въ окружности сдѣланнаго отверстія, то есть въ мѣстѣ наименьшаго сопротивленія черепной коробки.

Кромѣ *tire-têtes*'овъ, охотно прибѣгали (да и теперь еще прибѣгаютъ) къ тупымъ *крючкамъ*, которые закладываются или съ внутренней поверхности черепа, или гдѣ либо снаружи (въ глазную впадину, въ ухо и т. п.). Достаточно обратить вниманіе на форму крючка и припомнить анатомію внутренней поверхности черепа, чтобы понять нецѣлесообразность этого инструмента.

Со времени обогащенія набора акушерскихъ инструментовъ *краниокластомъ Simpson'a*, въ особенности же послѣ цѣлесообразнаго измѣненія его *K. Braun'омъ* (1868), перечисленные выше способы почти совсѣмъ отошли на задній планъ и скоро, вѣроятно, будутъ окончательно забыты. Въ настоящее время извлеченіе производятъ, по преимуществу, *краниокластомъ* и, рѣдко, помощью щипцовъ, или руками за ножки послѣ поворота.

Трудно придумать что либо болѣе цѣлесообразное и совершенное, чѣмъ *краниокласть*. Онъ до такой степени удовлетворяетъ теоретическимъ и практическимъ требованіямъ, что при операціи прободенія является положительно трудно замѣнимымъ; и тотъ, кто не умѣетъ владѣть этимъ инструментомъ, рискуетъ встрѣтить подчасъ серьезныя затрудненія. Въ самомъ дѣлѣ, накладываніе *краниокласта* при сколько нибудь выработанной technikѣ удается весьма легко; онъ держитъ захваченный участокъ очень прочно, допускаетъ приложеніе весьма значительной силы и занимаетъ очень мало мѣста (что при условіяхъ уменьшенія ёмкости родового канала имѣетъ извѣстное значеніе); благодаря же небольшой кривизнѣ ложекъ, онъ можетъ быть накладываемъ во всѣхъ размѣрахъ и отдѣлахъ таза. Послѣднее обстоятельство существенно важно, такъ какъ при этомъ всего менѣе нарушается естественный механизмъ подлежащей части: операторъ имѣетъ возможность, сообразно требованіямъ механизма, поворачивать инструментъ въ различныхъ направленіяхъ, не рискуя повредить родовые пути. Далѣе, если сравнить головку послѣ прободенія, съ одной стороны—вышедшую самородно, а съ другой — извлеченную *краниокластомъ*, то можно убѣдиться, что характеръ измѣненія отдѣль-

ныхъ размѣровъ въ обоихъ случаяхъ представляетъ много общаго (само собою разумѣется, при прочихъ равныхъ условіяхъ, существовавшихъ до прободенія). Слѣдовательно, и съ этой стороны краниокласть является инструментомъ наиболѣе совершеннымъ; я бы сказалъ — идеальнымъ, если бы не боялся отказать человѣчеству въ дальнѣйшей изобрѣтательности.

Инструментъ представляетъ собою *крѣпкіе* (костные) *щипцы*, состоящіе изъ двухъ *вѣтвей*, или *ложекъ*, соединенныхъ между собою *замкомъ* (шпенекъ и вырѣзка), какъ въ акушерскихъ щипцахъ. Одна ложка носитъ названіе *внутренней*—она сплошная, другая *наружной*—она окончатая (таб. IX, рис. 32). Отношеніе ложекъ таково, что при полномъ замыканіи инструмента внутренняя, сплошная ложка—будучи меньше въ поперечникѣ и короче наружной—помѣщается въ рамкѣ окончатой ложки, которая сдѣлана нѣсколько *вогнутой*, тогда какъ внутренняя ложка *выпукла* по поверхности, обращенной къ наружной ложкѣ. Выпуклая поверхность внутренней ложки и внутренняя поверхность окончатой (наружной) ложки не гладки, а имѣютъ *поперечныя борозды* и *возвышенія*, вслѣдствіе чего захваченная между ложками ткань удерживается очень прочно. На концахъ рукоятокъ помѣщается *сжимающій аппаратъ*, состоящій изъ *винта* и *гайки*. Винтъ укрѣпляется помощью свободнаго шарнира на концѣ рукоятки внутренней ложки, затѣмъ, вводится въ вырѣзку, помѣщающуюся на концѣ рукоятки другой ложки. Обыкновенная гайка съ крыльями помѣщается на винтъ снаружи рукоятки и, двигаясь по винту, сближаетъ рукоятки и замыкаетъ инструментъ. При выборѣ инструмента слѣдуетъ обращать вниманіе на то, чтобы взаимное соприкосновеніе ложекъ было какъ можно болѣе тѣсное и чтобы *рукоятки* при полномъ завинчиваніи сжимающаго аппарата не соприкасались своими поверхностями, а обнаруживали нѣкоторое пружинящее дѣйствіе. Хорошо устроенный краниокласть держать захваченный кусокъ тонкаго полотна такъ крѣпко, что удалить его можно, только вырвавъ кусокъ ткани.

Способъ наложенія краниокласта слѣдующій. Каждая ложка вводится отдѣльно. *Первою* вводится солидная *наружная* ложка, на которой помѣщается и замковый шпенекъ; она

проводится черезъ отверстіе *въ полость* черепа и помѣщается такимъ образомъ, чтобы *выпуклая* (нарѣзная) поверхность ея была обращена въ ту сторону, куда должна лечь наружная ложка. Эта послѣдняя вводится подъ руководствомъ 2-хъ, а еще лучше 4-хъ пальцевъ (полуруки) и помѣщается на *наружныхъ покровахъ* головы. Затѣмъ, инструментъ замыкается, и рукоятки, а слѣдовательно и ложки сближаются настолько возможно больше посредствомъ винтового снаряда. Если рукоятки хорошо сближены, то ложки обыкновенно, приходятъ въ столь близкое соприкосновеніе между собою, что наружная ложка какъ бы вдавливается въ покровы головки, вслѣдствіе чего присутствіе ея не можетъ причинять никакой опасности въ смыслѣ пораненія. Что касается *затрудненій* при наложеніи краниокласта, то они обыкновенно невелики и преодолеваются сообразно особенностямъ случая. Чѣмъ выше, напр., стоитъ головка, тѣмъ ниже должны быть спущены рукоятки и тѣмъ глубже должна быть введена рука и т. п. Если встрѣчается затрудненіе при *замыканіи*, напр., вслѣдствіе несовпаденія замковыхъ частей и пр., то, удерживая *наружную* ложку *неподвижно* въ приданномъ ей положеніи, прилаживаютъ къ ней *внутреннюю* (сплошную) ложку. Передвиженія этой послѣдней, необходимыя при этомъ, совершенно безопасны, такъ какъ верхняя часть ея лежитъ *въ полости черепа*.

При введеніи второй (окончатой) ложки, вниманіе оператора обращается на то, чтобы не захватить ту или другую *зубу зѣва*,—обстоятельство, которое уже не разъ встрѣчалось въ акушерской практикѣ, но которое, по-истинѣ, не имѣетъ и не можетъ имѣть достаточныхъ оправданій. Вопросъ о томъ, *куда* помѣстить ложку инструмента по отношенію къ периферіи черепа, не можетъ быть рѣшенъ категорически; это находится въ зависимости отъ даннаго положенія подлежащей части, мѣста сдѣланнаго отверстія и пр. При *затылочныхъ* положеніяхъ, по моему мнѣнію, всего лучше захватывать *затылочную* кость, такъ какъ при этомъ получается очень прочная точка опоры, и, кромѣ того, головка (при извлеченіи) будетъ измѣняться въ своихъ размѣрахъ такимъ образомъ, что конфигурація ея всего ближе будетъ подходить къ нормальной при данномъ положеніи (вытяги-

ваніе затылка *геср.*, увеличеніе прямого и діагональнаго размѣровъ головки).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ выгоднѣе, впрочемъ, помѣстить окончатую ложку не на затылокъ, а на *лицо*, напр., при *плоскомъ тазѣ*. Этимъ путемъ Вы получаете возможность (дѣйствуя соотвѣтственнымъ образомъ) провести черезъ сѣуженное мѣсто подлежащую головку наименьшимъ размѣромъ въ состояніи *экстензіи* и извлечь (при прорѣзываніи), какъ при лицевыхъ положеніяхъ, то есть поднимая рукоятки впередъ и кверху и подводя подбородокъ подъ лонное соединеніе. Въ затруднительныхъ случаяхъ слѣдуетъ помнить этотъ совѣтъ. По личному опыту могу сказать, что такой способъ иногда облегчаетъ извлеченіе.

При *общесѣуженномъ тазѣ*, согласно механизму, свойственному этому послѣднему, наружную ложку цѣлесообразно наложить на *затылочную* кость и провести подлежащую часть черезъ тазъ въ фазѣ *сгибанія* и, въ концѣ концовъ, извлечь затылкомъ, обращеннымъ кпереди.

Что касается *направленія* влеченій, то это зависитъ отъ условій, при которыхъ предпринимается операція. Когда, захваченная краниокластомъ, подлежащая часть стоитъ высоко, влеченія должны быть дѣлаемы въ 1-й позиціи, то есть прямо *внизъ*, почти отвѣсно къ горизонту. Въ этомъ направленіи тракціи продолжаются до тѣхъ поръ, пока подлежащая часть не опустится глубже, затѣмъ онѣ переводятся во 2-ю позицію, а окончательное выведеніе совершается въ 3-й. При извлеченіи очень важно подражать естественному механизму и въ извѣстное время (при тракціяхъ) поворачивать инструментъ въ прямой размѣръ (таза), стараясь подвести затылокъ, *геср.*, подбородокъ подъ лонную дугу, чѣмъ, несомнѣнно, облегчается влеченіе вообще, и прорѣзываніе подлежащей части совершается въ наиболѣе благоприятныхъ размѣрахъ.

Единственный упрекъ, который можно было бы сдѣлать краниокласту,—это то, что при трудномъ извлеченіи сила можетъ оказаться настолько значительной, что захваченный инструментомъ участокъ черепа не выдержитъ и оторвется,—произойдетъ *выскальзываніе* инструмента, сопровождающееся неприятными послѣдствіями. Дѣйствительно, это наблюдается иногда въ практикѣ, но можетъ быть *предупреждено* заблаго-

временно, ибо влекущая рука (мало-мальски опытная) ясно чувствуетъ приближеніе этого момента. Онъ никогда не наступаетъ внезапно. Слѣдовательно, выскальзыванія инструмента очень легко избѣжать, разомкнувъ инструментъ и перемѣстивъ ложки его на другую часть черепа. Передвиженіе ложекъ не можетъ представлять какихъ либо опасностей, потому что наружная ложка переводится подъ прикрытіемъ и контролемъ руки и, притомъ, по поверхности черепа; внутренняя же можетъ быть поворачиваема въ какую угодно сторону совершенно безопасно.

Прободеніе при **лицевыхъ положеніяхъ** совершается по тѣмъ же правиламъ, какъ и при предлежаніи черепа. При выборѣ мѣста для образованія отверстия, если лицо стоитъ въ полости таза, всего проще и лучше перфорировать прямо въ лобъ. Отверстіе выпиливается (высверливается) прекрасно; доступъ въ полость черепа совершенно свободенъ и послѣдующее примѣненіе краниокласта весьма удобно. То же самое относится и къ *высоко* стоящему личику. Не всегда, однако, можно легко достать до лба; въ одномъ случаѣ, гдѣ предлежащая часть стояла подвижно и лобъ былъ почти недоступенъ, ясно прощупывались только надбровныя дуги, подбородокъ былъ обращенъ вправо и кзади, я захватилъ предлежащую часть крѣпкими щипцами (трезубцемъ), вонзивъ ихъ въ область верхней челюсти, отвелъ захваченную часть вправо и кзади, насколько было возможно, и затѣмъ приподнялъ ее кверху (дѣйствуя щипцами, какъ рычагомъ), то есть старался произвести сгибаніе головки. Это удалось, и сдѣлать отверстие въ области лба было легко. Въ другомъ подобномъ случаѣ, когда доступность лба, несмотря на влеченіе щипцами, была все-таки недостаточна, я перехватилъ предлежащую часть другими щипцами, наложивъ ихъ на верхній край глазницы и, дѣйствуя ими въ указанныхъ направленіяхъ, установилъ лобъ во входѣ въ тазъ и легко просверлилъ въ немъ отверстие. Окончатую ложку краниокласта можно помѣщать на боковую часть черепа.

Что касается прободенія **послѣдующей** головки, то оно, безъ сомнѣнія, *труднее*, чѣмъ прободеніе предлежащей. Это обуславливается болѣе труднымъ доступомъ къ головкѣ, вслѣдствіе присутствія шеи плода (иногда съ 1-й или 2-мя

ручками) въ родовомъ каналѣ — во-первыхъ, и высокимъ стояніемъ головки—во-вторыхъ. Если при прободеніи подлежащей головки нерѣдко очень удобнымъ оказывается трепанообразный прободникъ, то здѣсь, наоборотъ, только и можетъ быть употребленъ *колющій* инструментъ. такъ какъ для надлежащаго приложенія трепана, обыкновенно, нѣтъ достаточно удобнаго мѣста. Для проникновенія въ полость черепа рекомендуется нѣсколько путей:

- 1) черезъ боковые роднички (*fontic. Gasseri*),
- 2) черезъ основаніе черепа и
- 3) черезъ большую затылочную дыру.

Рекомендовать исключительно какой либо путь мнѣ кажется невозможнымъ. Нужно дѣйствовать сообразно обстоятельствамъ. Туловище плода поручается помощнику, который, сильно потягивая за него, отводитъ его въ *обратную* сторону —кпереди или къзади, смотря по мѣсту приложенія инструмента. Въ рукавъ вводится *лѣвая* рука и подъ защитой ея проникаютъ остриемъ инструмента до черепа; затѣмъ, осторожными движеніями стараются образовать отверстіе. Это, обыкновенно, легко удается не только при прободеніи черезъ тотъ или другой боковой родничокъ, но и прямо на протяженіи кости. Если приходится прокладывать дорогу въ полость черепа чрезъ его основаніе, то лучше всего, буде возможно, стараться дойти *до рта* и проложить себѣ путь *чрезъ небо* въ полость черепа. Если только удастся проникнуть въ ротъ, то образованіе отверстія въ полость черепа не представляетъ особыхъ затрудненій, какъ это мнѣ приходилось испытывать много разъ на фантомѣ и 1 разъ на живой. Если полость рта чрезъ естественное отверстіе трудно доступна, то можно проникнуть въ нее снаружи чрезъ *дно полости рта* (*Kilian*). Здѣсь встрѣчается нѣкоторое затрудненіе со стороны мягкихъ частей, которыя приходится такъ или иначе разрывать (кожные покровы, мускулатура, языкъ). Прободеніе черезъ большую *затылочную дыру* дѣлается такимъ образомъ, что ощупываютъ пальцами лѣвой руки черезъ кожу выдающуюся часть атланта и задній край затылочной дыры, вкалываютъ въ этотъ промежутокъ инструментъ и, разрушая по пути мягкія части, проникаютъ въ полость черепа (способъ *Michaëlis'a*).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда данная область трудно достижима, можно попытаться проникнуть въ полость черепа

через спинномозговой каналъ, вскрывъ его гдѣ нибудь на протяженіи шеи и удаливъ часть дужекъ позвонковъ (*Constein*); или, надрѣзавъ кожу мягкихъ частей вплоть до кости, пройти *подкожнымъ* путемъ по позвоночному столбу въ большую затылочную дыру (д-ръ *Л. Г. Личкусъ*). Этотъ способъ мы примѣняли много разъ и вынесли убѣжденіе, что онъ очень удобенъ, даже и для начинающихъ.

Vinternitz недавно описалъ случай, въ которомъ прободеніе, вслѣдствіе трудной доступности головки, было выполнено послѣ предварительнаго отрѣзыванія туловища (декапитация). Операция удалась легко. Такой приемъ нельзя, по моему, возводить въ *методъ*, а для нѣкоторыхъ случаевъ помнить его не мѣшаетъ.

Извлечение перфорированной головки можетъ быть *ручное* или *инструментальное*; въ послѣднемъ случаѣ краниокласть является весьма подходящимъ инструментомъ. При прободеніи въ области затылка наружная ложка захватываетъ затылочную (или темянную) кость, а при прободеніи основанія черепа (черезъ ротъ или дно полости рта) всего лучше помѣстить ее на *лицо*.

Выше я уже сказалъ, что прободеніе можетъ быть рассматриваемо, какъ *самостоятельная* операция, или же оно служитъ только первымъ моментомъ операций, сопровождающихся дальнѣйшимъ нарушеніемъ цѣлости черепа.

Cranioclasia. Подъ этимъ именемъ разумѣется операция, состоящая въ *выламываніи* костей черепа. Операция производится тѣмъ же краниокластомъ, который употребляется и для извлеченія послѣ прободенія. *Способъ* наложенія инструмента здѣсь будетъ, однако, нѣсколько иной, а именно: наружная ложка помѣщается не *на* кожныхъ покровахъ головы, а *подъ* ними, при чемъ предварительно, на большемъ или меньшемъ протяженіи, стараются отсепаровать ихъ отъ кости просто пальцемъ, или какимъ либо инструментомъ (зондъ и проч.). Замкнувъ инструментъ, поворачиваютъ его то вправо, то влѣво вокругъ продольной оси (не до полного оборота), стараясь расшатать захваченную кость. Дѣйствуя такимъ образомъ и потягивая инструментъ книзу, удаётся оторвать захваченный участокъ кости, или выломать всю кость, и затѣмъ вмѣстѣ съ инструментомъ вывести наружу подъ прикрытіемъ

руки, во избѣжаніе возможности пораненія мягкихъ частей родового канала острыми краями костей.

Дѣйствуя спокойно и осмотрительно, можно разломать постепенно весь черепной сводъ.

Впрочемъ, весьма значительнаго уменьшенія черепа можно достигъ и безъ выламыванія костей—однимъ только *размозженіемъ ихъ*, захватывая послѣдовательно одинъ за другимъ участки кости и подвергая ихъ *сдавливанію* ложками краниокласта.

Послѣ выламыванія черепныхъ костей извлеченіе производится также краниокластомъ, ложки котораго располагаются—сплошная на основаніи черепа, а окончатая—гдѣ нибудь на лицѣ.

Хотя выламываніе костей черепа и выполнимо помощью краниокласта, тѣмъ не менѣе этотъ инструментъ *далеко не можетъ быть* названъ вполнѣ *пригоднымъ* для этой цѣли. Онъ слишкомъ великъ и массивенъ и, безъ сомнѣнія, нуждается въ видоизмѣненіи, или какой либо замѣнѣ. Крѣпкіе костные щипцы той или другой конструкціи, но болѣе легкаго типа, здѣсь болѣе умѣстны (*Щипцы Воёр'а, Menard'а, Кашкарова, брегфотомъ проф. Лазаревича*, костные крѣпкіе щипцы съ *сremallier'ой* нашего образца и др.).

Впрочемъ, *краниоклазія*, въ истинномъ значеніи слова, примѣняется въ настоящее время *очень рѣдко* и *краниокласть* почти исключительно служитъ для извлеченія послѣ прободенія. Въ этихъ видахъ этотъ инструментъ правильнѣе было бы назвать **краниотракторомъ**. Опытъ показалъ, что, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, *нѣтъ нужды въ выламываніи* костей черепа. Перфорированная головка легко приспособляется и извлекается помощью краниокласта даже при весьма значительныхъ *степеняхъ суженія таза, близко граничащихъ съ абсолютными*.

Кефалотрипеія. Подъ этимъ именемъ разумѣется операція, задача которой состоитъ въ уменьшеніи размѣровъ головки при помощи *размозженія* ея особо придуманнымъ инструментомъ. Кефалотрибъ изобрѣтенъ въ 1827 г. *Aug. Baudelocque'омъ*, племянникомъ знаменитаго въ свое время *J. L. Baudelocque'а*. Инструментъ устроенъ на-подобіе акушерскихъ щипцовъ, но съ той разницей, что головная *кривизна* ложекъ очень мала, концы ложекъ почти сближены,

до соприкосновенія и слегка загнуты кнутри; внутренняя поверхность ложек снабжена продольнымъ возвышеніемъ (ребромъ). Тазовая кривизна весьма неодинакова у различныхъ авторовъ. У нѣкоторыхъ она очень велика; у другихъ, наоборотъ, незначительна. На концахъ рукоятокъ устроенъ крѣпкій сжимающій *аппаратъ*, помощью котораго ложки могутъ быть сближены весьма значительно. Весь инструментъ очень массивенъ, довольно неуклюжъ и тяжелъ. Достаточно сказать, что первоначальный кефалотрибъ изобрѣтателя въ силѣ 7,5 фунт., имѣлъ *три четверти* аршина длины и приводился въ дѣйствіе помощью соотвѣтственнаго сильно сжимающаго снаряда. Одному человѣку дѣйствовать такимъ инструментомъ не было никакой возможности. Несмотря на это, появленіе этого инструмента встрѣчено было весьма сочувственно и изобрѣтателю выдана премія въ 2000 франковъ. Хотя въ настоящее время первоначальное устройство инструмента значительно измѣнено въ выгодную сторону, тѣмъ не менѣе онъ все-таки остается слишкомъ массивнымъ, тяжелымъ и малоудобнымъ, сравнительно съ краниокластомъ.

Наложение кефалотриба совершается по тѣмъ же правиламъ, какъ и наложеніе щипцовъ. Ложки вводятся подъ руководствомъ полу-руки, или всей руки, и помѣщаются по сторонамъ головки, соотвѣтственно тому или другому размѣру ея, смотря по случаю. Размѣстивъ ложки, инструментъ замыкаютъ и, затѣмъ, приводятъ въ дѣйствіе сжимающій снарядъ. Повинуясь дѣйствію снаряда, ложки сближаются между собою и, такимъ образомъ, размоzzаютъ лежащую между ними головку. Операторъ все время долженъ тщательно контролировать положеніе ложекъ, во избѣжаніе ихъ *соскальзыванія*, при дѣйствіи сжимающаго аппарата. Послѣ размоzzенія, не снимая инструмента, производятъ *извлеченіе*, дѣйствуя кефалотрибомъ, какъ щипцами, и придерживаясь вышеизложенныхъ (при щипцахъ) указаній относительно тракцій.

Способъ употребленія кефалотриба *двоукій*. Или накладываютъ инструментъ на головку *безъ* предварительнаго *уменьшенія* ея объема, или дѣйствію кефалотриба *предпосылаютъ прободеніе* съ эксцеребраціей. Первый способъ (первоначально предложенный *Baudelocque*'омъ) значительно *хуже* второго. Во-первыхъ, при этомъ гораздо легче можетъ случиться *соскальзываніе* инструмента (горизонтальное), осо-

бенно, если кости черепа будутъ достаточно крѣпки. Безъ сомнѣнія, это представляетъ техническую ошибку, которая, однакожь, при тѣхъ условіяхъ, при которыхъ примѣняется кефалотрибъ (узкій тазъ, высокое, герр., подвижное стояніе головки и т. п.), подчасъ будетъ трудно устранима. Вторыхъ, примѣняя инструментъ при узкомъ, напр., плоскомъ тазѣ, Вы, какъ само собою понятно, можете наложить инструментъ только въ поперечномъ размѣрѣ таза и можете уменьшить головку въ томъ размѣрѣ, который совпадаетъ съ даннымъ размѣромъ таза. Но, сдавливая головку въ этомъ размѣрѣ, Вы неизбежно увеличиваете ее въ другомъ, находящемся къ первому подъ прямымъ угломъ. Другими словами, во взятомъ примѣрѣ Вы удлиняете головку въ томъ именно размѣрѣ, въ которомъ какъ-разъ она нуждается въ уменьшеніи, и, такимъ образомъ, увеличиваете (при извлеченіи) препятствіе въ самомъ узкомъ отдѣлѣ таза, то есть *conjug.* При наложеніи кефалотриба на головку *послѣ прободенія* и эксцеребраціи, то же самое явленіе хотя и встрѣчается, но оно выражается несравненно слабѣе. Относительно примѣненія кефалотриба *для цѣлей извлеченія* нельзя не замѣтить, что въ этомъ отношеніи онъ представляется инструментомъ совсѣмъ *неподходящимъ* ни по своей конструкціи, ни по своей массивности.

Rajot, желая воспользоваться *только раздавливающимъ* дѣйствіемъ кефалотриба, предложилъ *повторное* накладываніе его на головку въ различныхъ размѣрахъ, *безъ послѣдующаго извлеченія* (*cephalotripsie répétée sans tractions*).

Что касается *достоинствъ* кефалотрипсіи, то, хотя я и не имѣю въ этомъ отношеніи личнаго опыта, такъ какъ при значительномъ числѣ уменьшающихъ объемъ черепа операций, произведенныхъ мною лично, или подъ моимъ непосредственнымъ руководствомъ, *ни разу* ни прибѣгалъ къ помощи кефалотриба, тѣмъ не менѣе думаю, что операция кефалотрипсіи въ изложенномъ видѣ *едва ли можетъ* найти примѣненіе въ практикѣ и конкурировать, болѣе или менѣе успѣшно, съ краіюклазіей. Точно также не можетъ выдержать конкуренціи и предложенное въ свое время *Van Huevel'* емъ *распиливаніе* головки помощью сложнаго, хотя и весьма остроумнаго инструмента — *forceps-scie*. Инструментъ этотъ состоитъ изъ обыкновенныхъ акушерскихъ *щипцовъ*, между

ложками которыхъ по головной кривизнѣ натянута *щипочная тила*, которая приводится въ дѣйствіе обыкновеннымъ образомъ (руками); уровень пилы, по мѣрѣ ея вѣдренія въ распиливаемую часть, передвигается все выше и выше помощью особаго механизма. *Tarnier* видоизмѣнилъ инструментъ такимъ образомъ, что вмѣсто *одной* пилы устроилъ *два*, движущіяся въ параллельныхъ плоскостяхъ. Вслѣдствіе этого, головка распиливается на *три части*, или, лучше сказать, изъ нея выпиливается извѣстной толщины кружокъ. Несмотря на то, что распиливаніе не разъ удавалось у постели роженицъ, способъ этотъ все-таки не привился въ практикѣ, отчасти (конечно) по своей сложности, отчасти по дороговизнѣ инструмента (до 150 руб.).

Изъ новѣйшихъ видоизмѣненій кефалотриба я укажу на *basiotrib Tarnier'a*.

Инструментъ состоитъ изъ *трехъ вѣтвей* — средней и двухъ наружныхъ. Средняя вѣтвь представляетъ металлическій стержень, снабженный на верхнемъ концѣ трехграннымъ *копьемъ*, остріе котораго замѣняетъ *шпатель*. Эта часть инструмента служитъ вмѣсто *прободника*. Двѣ другія вѣтви представляютъ собою обыкновенный кефалотрибъ, но съ ложками *неодинаковой* длины. Болѣе длинная соединена со средней вѣтвью помощью *замка* со шпенькомъ и удерживается небольшимъ *крючкомъ* внизу. Болѣе длинная соединена съ болѣе короткой точно такимъ же замкомъ, и рукоятки обѣихъ ложекъ сближаются помощью съемаго сжимающаго *аппарата* (какъ въ краниокластѣ *Braun'a*). Средняя часть инструмента, прободающая черепъ, лежитъ, конечно, *внутри*; обѣ ложки накладываются *снаружи* черепа. Авторъ различаетъ *малое* дробленіе и *большое* дробленіе. *Малое* дробленіе производится при дѣйствіи только *одной* ложки, именно *короткой*. Ложка накладывается, какъ ложка щипцовъ, затѣмъ сочленяется въ замковой части съ срединной вѣтвью и сближается съ ней помощью сжимающаго аппарата, проходящаго черезъ рукоятку. Короткій крѣпкій крючокъ удерживаетъ обѣ вѣтви во взаимномъ соединеніи, а сжимающій аппаратъ разслабляется, герр., удаляется и вновь пускается въ ходъ, если является необходимость *большого* дробленія. Оно достигается примѣненіемъ длинной ложки (3-й вѣтви) инструмента, которая накладывается и фиксируется (помощью

сжимающаго снаряда), подобно второй вѣтви. Выгоды инструмента, по мнѣнію изобрѣтателя, состоятъ въ томъ, что одинъ и тотъ же инструментъ служитъ какъ для прободенія, такъ и для размозженія и для извлеченія головки. Идея инструмента не оригинальна. Онъ напоминаетъ *transforateur Hubert'a* (1860 г.), который также состоитъ изъ перфоратора и одной ложки, накладываемой снаружи.

По моему мнѣнію, базіотрибъ *Tarnier'a* и его видоизмѣненія не составляютъ цѣннаго приобрѣтенія для акушерскаго набора и, подобно разнымъ другимъ кефалотрибамъ (*basilist A. Simpson'a* и др.), не могутъ выдержать конкуренціи съ простымъ перфораторомъ и краниокластомъ. Къ этому слѣдуетъ еще прибавить значительную стоимость инструмента: у *Collin'a*, въ Парижѣ, инструментъ стоитъ 65 рублей на наши деньги.

Кромѣ вышеописанныхъ, акушерскій арсеналъ обладаетъ множествомъ другихъ инструментовъ, предназначенныхъ для той же цѣли. Я не буду описывать ихъ, такъ какъ въ настоящее время они утратили всякое значеніе.

Переходя къ разбору **показаній** для операціи прободенія, я долженъ затронуть очень щекотливый вопросъ чисто этического свойства, хотя и не имѣющей, собственно говоря, прямого отношенія къ тому или другому показанію, но съ которымъ, тѣмъ не менѣе, очень часто приходится считаться. Это вопросъ о *жизни* или *смерти* плода. Было время, когда акушеры, руководясь соображеніями религіознаго свойства, не позволяли себѣ и думать о прободеніи живого плода и даже въ случаяхъ смертельной опасности для матери полагали, что акушеру-христіанину ничего болѣе не остается, какъ удалиться, предоставивъ дѣло волѣ Божіей. Было время, когда вопросъ о жизни или смерти подвергался всестороннему обсужденію преимущественно въ смыслѣ разрѣшенія дилеммы: въ извѣстныхъ случаяхъ патологическихъ родовъ, что долженъ предпочесть акушеръ,—жизнь ли матери жизни плода, или наоборотъ? Какъ будто дѣло шло о возможности выбора, и жизнь или смерть всецѣло находились въ рукахъ акушера, и какъ будто онъ былъ въ правѣ рѣшать этотъ вопросъ въ ту или другую сторону по своему усмотрѣнію! На эту тему писались цѣлыя разсужденія, и знаменитый *Naegle* озаглавилъ свою диссертацию прямо: „*De jure vitae et necis, quod competit medico in partu*“. Heidelberg, 1826 г.

Мнѣ кажется, что вопросъ о жизни или смерти плода въ отношеніи къ прободенію, въ большинствѣ случаевъ, праздный, въ особенности, когда онъ примѣняется къ такимъ случаямъ, въ которыхъ прободеніе обусловливается песоразмѣрностью между тазовымъ каналомъ и родовымъ объектомъ. Въ самомъ дѣлѣ, если пространственныя отношенія между тазомъ и родовымъ объектомъ измѣнены настолько, что представляютъ препятствія для родоразрѣшенія одними усилиями природы (*megostocia pelvica* извѣстныхъ степеней), то спрашивается, при чемъ тутъ вопросъ о жизни или смерти плода? Если разъ пришли къ убѣжденію, что нельзя обойтись безъ измѣненія существующихъ отношеній искусственнымъ образомъ, то рѣшительно все равно, какъ бы рѣзко ни выступали признаки жизни плода,—прободеніе, все-таки, является *показаннымъ*; и я даже не вижу возможности обойти его ¹⁾. Говоря это, я очень хорошо знаю, что могу встрѣтить такого рода возраженіе: положимъ, что произвольные роды въ данномъ случаѣ *невозможны*, но этимъ не устанавливается показаніе къ *прободенію*; Вы можете попытаться окончить роды *щипцами*, или *поворотомъ* на ножки, то есть помощью операцій, при которыхъ жизнь плода будетъ сохранена, а прободеніе останется въ резервѣ, какъ *ultimum refugium*. Такія операціи не разъ, говорятъ, удавались опытнымъ рукамъ.

Какъ ни серьезно на первый взглядъ кажется это возраженіе, при внимательномъ разсмотрѣніи оно, тѣмъ не менѣе, оказывается совсѣмъ несостоятельнымъ. Во-первыхъ, потому, что при этомъ забываютъ, что одна операція исключаетъ другую, такъ какъ выборъ ея долженъ основываться на извѣстной суммѣ клиническихъ и анатомическихъ данныхъ. Слѣдовательно, тамъ, гдѣ показаны *щипцы*, нѣтъ мѣста *прободенію*, и наоборотъ. Во-вторыхъ, потому, что прободеніе черепа составляетъ настолько же самостоятельную операцію, какъ и всякая другая, и отнюдь не можетъ быть разсматриваемо, какъ операція *замѣняющая*. И если въ практикѣ приходится встрѣчать случаи, гдѣ послѣ безуспѣшнаго накладыванія щипцовъ роды оканчивались прободеніемъ, или,

¹⁾ О замѣнѣ прободенія кесарскимъ сѣченіемъ, пубіотоміей, симфизотоміей, см. въ главѣ объ этихъ операціяхъ.

наоборотъ, благополучно оканчивались щипцами тамъ, гдѣ готовились приступить къ прободенію, то это доказываетъ лишь то, что первоначальная *установка показаній* къ той или другой операціи *не имѣла достаточныхъ основаній*.

Если же объяснять такое явленіе различной степенью опытности и технической подготовки того или другого лица, и на этомъ основаніи допускать „осторожное“ примѣненіе щипцовъ для *болѣе* опытныхъ операторовъ тамъ, гдѣ *меньше* опытный долженъ прямо приступить къ прободенію, то это значить исходить изъ принципа—*quod licet Iovi, non licet bovi*, что уже совсѣмъ ненаучно и, кромѣ того, въ практическомъ отношеніи ни къ чему не ведетъ, такъ какъ сужденіе объ относительной опытности, по необходимости, предоставляется каждому на его личное усмотрѣніе, другими словами, дается извѣстный просторъ произволу, въ ущербъ прочности различныхъ данныхъ, имѣющихъ научный характеръ. Между тѣмъ, для такой операціи, какъ прободеніе, которая прямо обрекаетъ на смерть внутриутробный плодъ, образъ дѣйствій, основанный на произволѣ, по меньшей мѣрѣ, неумѣстенъ. Желательно, чтобы показанія къ операціи покоились на прочныхъ основаніяхъ.

Изъ того, что было сказано о *сущности* и *цѣли* операціи, не трудно вывести и показанія. Вы знаете, что прободеніе черепа есть операція, которая предпринимается исключительно въ интересахъ матери. Очевидно, что *во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда естественное родоразрѣшеніе становится невозможнымъ, или когда матери угрожаетъ какая либо серьезная опасность, находящаяся въ связи съ родовымъ актомъ, и когда устранить эту опасность другими пособиями нельзя,—или потому, что примѣненіе ихъ прямо невозможно, или же оно, въ свою очередь, заключаетъ въ себя источникъ серьезныхъ опасностей—операція прободенія является показанной*. Казалось бы, что это столь простое и отвѣчающее сущности дѣла опредѣленіе должно быть общепринятымъ. Между тѣмъ, это далеко не такъ. Сплошь и рядомъ можно встрѣтить случаи, гдѣ одинъ сдѣлаетъ прободеніе, другой наложитъ щипцы, а третій прибѣгаетъ и къ тому, и къ другому. Я полагаю, что такая рознь въ образѣ дѣйствій зависитъ отъ неяснаго пониманія основныхъ принциповъ операціи и ея конечной цѣли, отъ отсутствія увѣренности въ своемъ распознаваніи, под-

часть отъ боязни отвѣтственности за свои дѣйствія и отъ смутной надежды на благополучное окончаніе родовъ (безъ прободенія), въ оправданіе которой, столь некстати, является услужливая казуистика. Подобная неустойчивость, подобное „шатаніе мысли“ всего менѣе могутъ быть терпимы. Операція должна быть произведена *твердою* рукою и безъ всякихъ колебаній. И кто усвоитъ себѣ этотъ образъ дѣйствій, тотъ всего менѣе будетъ имѣть поводовъ раскаиваться и упрекать себя въ нерѣшительности, которая подчасъ обходится столь дорого роженницѣ.

Переходя къ показаніямъ въ *частности*, я укажу только на *нѣкоторыя*, и на первомъ планѣ долженъ поставить тѣ случаи, въ которыхъ *несоответствіе* пространственныхъ отношеній *родового канала и подлежащей части* служить препятствіемъ для родоразрѣшенія. Здѣсь операція прободенія имѣетъ полнѣйшій смыслъ, какъ разумная терапевтическая мѣра, ибо родоразрѣшеніе при помощи прободенія, при сказанныхъ условіяхъ (узкій тазъ), всего болѣе подходитъ къ нормальному типу родовъ, такъ какъ при этомъ нарушенныя условія равновѣсія восстанавливаются почти до нормы, благодаря тому, что подлежащая часть получаетъ возможность приспособиться надлежащимъ образомъ. Установить послѣдній предѣлъ, въ границахъ котораго операція прободенія показана, едва ли возможно съ достаточною точностью, ибо здѣсь нужно принимать во вниманіе частности даннаго случая. При этомъ, какъ уже сказано, я имѣю въ виду *прободеніе въ тѣсномъ смыслѣ*, безъ послѣдующаго уменьшенія черепа (*краниоклазія*, понимая подъ этимъ именемъ *не то, что*, обыкновенно, *понимаютъ*, т. е. *извлеченіе* помощью краниокласта, а *настоящее выламываніе костей*, въ видахъ дальнѣйшаго, болѣе значительнаго уменьшенія черепа; — *кесфалотриписія* и проч., для которыхъ границы суженія таза должны быть ниже и лежать близко къ абсолютнымъ степенямъ).

Къ числу показаній слѣдуетъ отнести еще одно крайне серьезное осложненіе родового акта—*еклампсію*. Обыкновенно, въ различныхъ учебникахъ и руководствахъ къ акушерству объ этомъ состояніи, въ смыслѣ показанія, не упоминается почти вовсе ¹⁾. Между тѣмъ, если принять во вни-

¹⁾ *Feling* также высказался въ пользу прободенія съ предваритель-

маніе, во-первыхъ, что $\frac{0}{100}$ смертности роженицъ при эклампсіи очень *высокъ* (по *Dorhn*'у $29\frac{0}{100}$), во-вторыхъ, что дѣтей погибаетъ *еще* больше (почти $50\frac{0}{100}$), и въ-третьихъ, а ргіогі и изъ ежедневнаго опыта несомнѣнно слѣдуетъ, что быстрое *окончаніе* родовъ, геср., удаленіе периферическаго раздражителя, измѣненіе давленія въ брюшной полости и пр., часто дѣйствуетъ *благоприятно* въ смыслѣ прекращенія приступовъ (по *Lantos* $69,2\frac{0}{100}$, а по *Lochlein*'у $80\frac{0}{100}$)¹⁾, то умѣстность краніотоміи въ подобныхъ случаяхъ, по моему, не можетъ подлежать сомнѣнію. Эта операція даетъ единственную возможность вполнѣ безопасно окончить роды тогда, когда другіе способы или совсѣмъ непримѣнимы, или же могутъ быть выполнены лишь съ значительнымъ ущербомъ для матери, напр., *assouchement forcé*, кесарское сѣченіе той или другой категоріи. Съ большимъ правомъ сюда же могутъ быть отнесены и предложенные *Dührssen*'омъ (l. c.) шеечно-влагалищно-промежностные разрѣзы, съ послѣдующимъ наложеніемъ щипцовъ, или примѣненіемъ поворота на ножки и извлеченіемъ. Такимъ образомъ, прибѣгая къ прободенію, можно надѣяться въ извѣстномъ числѣ случаевъ понизить $\frac{0}{100}$ смертности, который даетъ эклампсія вообще. На это могутъ возразить, что пониженіе $\frac{0}{100}$ смертности роженицъ покупается (иногда) *цѣною жизни плода*. Это возраженіе нѣсколько искусственно и не согласуется съ тѣмъ, чему учатъ тщательное взвѣшиваніе фактовъ и сознательное отношеніе къ нимъ. Вы видѣли, что $\frac{0}{100}$ смертности дѣтей при эклампсіи, самъ по себѣ, очень высокъ ($50\frac{0}{100}$, по *Winckel*'ю $77\frac{0}{100}$); но это $\frac{0}{100}$, выведенный изъ общаго числа наблюденій,—такъ сказать, валовой. Если же Вы не будете разсматривать всѣ случаи эклампсіи подъ одной рубрикой, а раздѣлите ихъ, согласно съ тѣми или другими особенностями (напр., по характеру и тяжести сопутствующихъ, геср., производящихъ заболѣваній—нефриты, почка беременныхъ, заболѣванія печени и пр.,—по числу приступовъ, частотѣ ихъ, времени появленія относительно родового акта, продолжительности послѣдняго и т. д.), хотя бы только на 2 категоріи — случаи *легкіе* и *тяжелыя*, то

ными надрѣзами зѣва, въ случаѣ недостаточности его раскрытія („Arch. f. Gyn.“ В. XXXIX, Н. 3).

¹⁾ *Dührssen*, „Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.“ В. XXIII, Н. 1. См. также *R. Ohlshausen*, „Vollkman's Sammlung klin. Vorträge“ № 39.

нѣтъ никакого сомнѣнія, что $\frac{0}{100}$ смертности дѣтей въ случаяхъ тяжелыхъ долженъ подняться гораздо выше и очень близко подойти къ безусловно неблагоприятному. Слѣдовательно, въ этихъ случаяхъ жизнь плода не можетъ быть принимаема во вниманіе, какъ противопоказаніе, если попытки къ извлеченію плода живымъ проектируются неизбежно въ ущербъ интересамъ матери.

Далѣе, приведенное возраженіе было бы вѣрно, если бы прободеніе предлагалось производить *поголовно* во *всѣхъ* случаяхъ эклампси; но объ этомъ, конечно, не можетъ быть и рѣчи.

Законность и умѣстность этой операціи вообще такъ же мало можетъ быть оспариваема, какъ и законность искуственного выкидыша при рвотѣ беременныхъ. Все дѣло сводится къ тому, чтобы операція была предпринимаема при наличности извѣстныхъ *показаній* и *условій* съ надеждою на успѣхъ. Установить съ точностью эти показанія въ формѣ общихъ правилъ невозможно. Суть дѣла заключается въ *особенностяхъ* каждаго даннаго случая, которыя, смотря по обстоятельствамъ, и служатъ рѣшающимъ моментомъ. Таковы: частота и сила отдѣльныхъ приступовъ, продолжительность болѣзни, этиологія ея, общее состояніе роженицы, характеръ теченія родового акта вообще и его отдѣльныхъ періодовъ (раскрытіе), смерть или жизнь плода,—въ послѣднемъ случаѣ характеръ сердечной дѣятельности его и т. д. Словомъ, здѣсь цѣлая совокупность различныхъ условій, надлежащее пониманіе и оцѣнка которыхъ могутъ быть лишь результатомъ наблюдательности и клинической опытности оператора.

Руководствуясь вышеизложенными соображеніями, въ большинствѣ случаевъ, не трудно будетъ опредѣлить себѣ извѣстный образъ дѣйствій у постели роженицы. Что касается выбора *времени* для операціи, то я настоятельно совѣтую прободать въ *болѣе ранніе* періоды, а не тогда, когда истощеніе физическихъ и нравственныхъ силъ роженицы достигло уже весьма значительной степени, когда тѣ или другія разстройства и осложненія родового акта успѣли выразиться настолько, что помощь можетъ оказаться слишкомъ поздней, или, по крайней мѣрѣ, принести далеко не тѣ плоды, какихъ можно было бы ожидать, если бы операція была

предпринята раньше. Особенно это нужно сказать о случаях прободенія при условіяхъ *несоотвѣтствія* между родовымъ каналомъ и подлежащей частью. Въ практикѣ какъ разъ грѣшатъ противъ этого и прибѣгаютъ къ прободенію *очень поздно*, когда угрожающія явленія заставляютъ отказаться отъ надежды (по мнѣнію моему, неосновательной уже и съ самаго начала) окончить роды, не посягая на жизнь плода (который, между тѣмъ, обыкновенно умираетъ) и не нарушая цѣлости его.

Говоря о выборѣ *времени*, предполагаютъ наличность извѣстныхъ условій, допускающихъ прободеніе; изъ такихъ условій, между прочимъ, указываютъ, какъ на необходимое, — на достаточное *раскрытіе* маточнаго зѣва. По этому поводу считаю нужнымъ замѣтить, что *малое* раскрытіе зѣва отнюдь не противопоказаніе. Кто видалъ раннія прободенія, тотъ согласится съ нами, что это обстоятельство не существенно. Весьма нерѣдко послѣ прободенія зѣвъ, который такъ долго оставался мало-открытымъ, какъ бы по волшебству сглаживается въ теченіе какихъ нибудь 1—2 часовъ. Я думаю, по этому, что выжидать значительнаго открытія зѣва нѣтъ достаточныхъ основаній. Даже болѣе того: если бы зѣвъ въ теченіе извѣстнаго времени (по излитіи водъ) не обнаруживалъ склонности къ дальнѣйшему раскрытію, то при наличности другихъ показаній (узкій тазъ), это обстоятельство побудило бы меня предпринять, такъ называемое, раннее прободеніе и, затѣмъ, не прибѣгая къ извлеченію, сдѣлать перерывъ на нѣкоторое время, предоставивъ родовой актъ его естественному ходу, въ расчетъ на то, что дальнѣйшее раскрытіе пойдетъ успѣшнѣе, ибо, *благодаря прободенію*, головка получить *возможность приспособляться* къ тазовому каналу и дѣйствовать надлежащимъ образомъ на каналъ шейки и на зѣвъ. Если бы, однако, пришлось дѣлать извлеченіе, не дожидаясь полного раскрытія зѣва, то само извлеченіе должно быть, по возможности, медленное, а въ случаѣ крайней спѣшности и малаго раскрытія зѣва — во избѣжаніе разрыва этого послѣдняго, — я считаю умѣстнымъ сдѣлать боковые *надрѣзы зѣва*, которые, по окончаніи родовъ, легко могутъ быть зашиты.

Мнѣ не разъ приходилось производить раннія прободенія (съ помощью зеркала) при мало-открытомъ зѣвѣ; показаніемъ въ такихъ случаяхъ служилъ чаще всего *endometritis sub*

partu. Хотя въ такихъ случаяхъ роды, спустя нѣсколько часовъ, и могли бы окончиться произвольно, или съ помощью щипцовъ, въ виду отсутствія *рѣзкихъ* неправильностей со стороны таза и головки, тѣмъ не менѣе, если тѣмъ или другимъ способомъ въ *самомъ скоромъ* времени нельзя добиться раскрытія зѣва достаточнаго (для окончанія родовъ), я считаю *настоятельно* показанной операцію *прободенія*, какъ дающую возможность скорѣйшаго опорожненія матки и *немедленного обеззараживанія larga тани внутренней поверхности полового канала*. При такихъ условіяхъ выжиданіе, болѣе или менѣе продолжительное, можетъ быть въ высшей степени пагубно для роженицы. Болѣзненный процессъ идетъ быстро и энергичная помощь (удаленіе содержимаго матки и обеззараживаніе ея) требуется безотлагательно. Воздерживаться отъ операціи, дѣйствуя якобы въ интересахъ плода, совершенно неосновательно. Плодъ при названныхъ условіяхъ имѣетъ очень много шансовъ *умереть до появленія на свѣтъ*, а для матери въ такихъ случаяхъ, въ *буквальномъ* смыслѣ, *дорога каждая минута*.

Предсказаніе при операціи прободенія должно быть *крайне благоприятно*; и если послѣ краниотоміи получаютъ смертельные исходы, то они, по истинѣ, не могутъ быть поставлены въ зависимость отъ операціи, ибо, при соблюденіи изложенныхъ выше правилъ, операція прободенія совершенно *безопасна*. Здѣсь огромное значеніе имѣютъ *условія*, при которыхъ предпринимается операція, а она нерѣдко производится тогда, когда надежда на успѣхъ крайне сомнительна. Такъ, напр., мнѣ два раза приходилось ассистировать при операціи прободенія, гдѣ роженицы умирали спустя 3—4 часа. Операція была предпринята при разрывѣ матки, ясно выраженномъ гнилокровіи и на завѣдомо мертвомъ плодѣ. Такіе случаи, конечно, должны быть исключены изъ общаго числа при вычисленіи $\%$ неблагоприятныхъ исходовъ.

Въ заключеніе, говоря о предсказаніи вообще, я хотѣлъ бы обратить Ваше вниманіе на то, что имѣющійся въ настоящее время статистическій акушерскій матеріалъ не можетъ еще служить основаніемъ для сужденія о достоинствахъ той или другой операціи и ея примѣнимости. Дѣло въ томъ, что этотъ матеріалъ все еще представляетъ собою, по большей части, валовыя цифры, которыя ровно ничего не объяс-

няютъ по отношенію къ частностямъ случая; это—во-первыхъ. Во-вторыхъ, сказанный матеріалъ собранъ тогда, когда наши операціи носили совсѣмъ иной характеръ и могли дѣйствительно служить источникомъ всевозможныхъ осложненій и неблагопріятныхъ исходовъ.

Уже болѣе 20 лѣтъ тому назадъ я говорилъ ¹⁾, что „настоятельно необходимо собрать новый статистическій матеріалъ, создать особую исходную точку для сужденія и отдѣлить *старое* отъ *новаго*, хотя бы по-стольку, по-скольку между ними положена рѣзкая граница, благодаря принципамъ безгнилостной хирургіи и настойчивому ихъ примѣненію. И нѣтъ никакого сомнѣнія, что статистическіе выводы изъ этого новаго матеріала будутъ совершенно другіе и совсѣмъ въ иномъ свѣтѣ представлять значеніе даже такихъ операцій, какъ ке-сарское сѣченіе и т. п.“. Въ настоящее время это оправдывается какъ нельзя болѣе.

II. EMBRYOTOMIA.

Эмбриотомія собственно есть *понятіе родовое*, и по слово-производству обозначаетъ *плодоразрушающую* операцію вообще. Подъ это понятіе, слѣдовательно, могутъ быть подведены и перфорация черепа, и краниоклазія, и кефалотрипсія и пр. и пр. Однако, какъ въ наукѣ, такъ и въ практической жизни этотъ терминъ (почти исключительно) употребляется для обозначенія плодоразрушающихъ операцій, производимыхъ на *туловищѣ* (и шеѣ) плода. Эта операція въ той или другой формѣ, безъ сомнѣнія, принадлежитъ къ числу древнѣйшихъ акушерскихъ операцій, какъ это слѣдуетъ допустить, какъ на основаніи теоретическихъ соображеній, такъ и согласно прямымъ указаніямъ на это у древнихъ авторовъ (*Hippocrates, Celsus, Aëtius Amidensis* и др.).

Задача операціи состоитъ въ *уменьшеніи* объема туловища плода. Цѣль операціи достигается двоякимъ образомъ: или 1) производится *раздѣленіе* плода на *двѣ* части въ области *шеи*, или на протяженіи *спинной части* позвоночника съ удаленіемъ каждой отдѣленной части порознь, или 2) про-

¹⁾ „Врачъ“ № 5, 1884.

изводится *вскрытіе* одной или нѣсколькихъ большихъ *полостей* (грудной и брюшной) съ удаленіемъ ихъ *содержимаго* и съ послѣдовательнымъ *выведеніемъ* уменьшеннаго такимъ образомъ плода. При этомъ нерѣдко производится и *переламываніе* (resp., разсѣченіе) *позвоночника* для того, чтобы дать плоду возможность болѣе удобнаго прохожденія черезъ половой каналъ, по типу *partus corpore conduplicato*. Вслѣдствіе сказаннаго, получается подраздѣленіе операціи: 1) *отдѣленіе головки отъ туловища*—*обезглавливаніе* (*decapitatio, detruncatio*), 2) *разсѣченіе позвоночника* (*spondylotomia*) и 3) *вскрытіе* указанныхъ *полостей* съ *опорожненіемъ* ихъ *содержимаго* *evisceratio, exenteratio*); сюда же относится и 4) операція *перерѣзки ключицъ*—*cleidotomia* (Н. Феноменовъ).

Изъ указанныхъ видовъ операцій только *декапитация* и *cleidotomia* могутъ быть названы *типическими* операціями и могутъ быть выполнены *по* строго опредѣленному *плану* съ начала до конца. Относительно же другихъ видовъ операціи этого сказать нельзя, и потому описаніе ихъ производства можетъ быть дано только въ *общихъ* чертахъ.

Всѣ эти операціи производятся на *поперечной* постели и лучше всего подъ *наркозомъ*.

1) **Decapitatio.** Для производства этой операціи предложено много весьма различныхъ *инструментовъ*. Большимъ распространеніемъ пользуется, такъ называемый, декапитационный *крючокъ* (Schlüsselhaken) *Braun'a*. Инструментъ состоитъ изъ крѣпкаго металлическаго *стержня*, длиною до 25 сант., на одномъ концѣ котораго помѣщается *рукоятка*, на другомъ *крючокъ*. Диаметръ поперечнаго сѣченія стержня отъ рукоятки постепенно суживается, такъ что загнутая часть его имѣетъ всего около $\frac{1}{2}$ сант. толщины. Вверху стержень загнутъ подъ острымъ *угломъ* и образуетъ *крючокъ*, длиною до 3-хъ сант.; конецъ его снабженъ небольшимъ *утолщеніемъ* (пуговкой), разстояніе этого послѣдняго отъ стержня (синусъ угла), по *Braun'у*, равняется 3 сант. Загнутая въ формѣ *крючка* часть стержня нѣсколько уплощена. На рукояткѣ, состоящей изъ поперечной перекладки, имѣется *мѣтка*, указывающая направленіе носика *крючка*.

Операція производится слѣдующимъ образомъ: помощникъ сильно *оттягиваетъ* выпавшую *ручку* плода книзу и въ сторону *ягодицъ* (при I положеніи—вправо, при II—влѣ-

во), а операторъ проводить въ полость таза *руку*; одни авторы совѣтуютъ проводить лѣвую руку, другіе—смотря по обстоятельствамъ: при первомъ положеніи (головкой влѣво)—правую руку, при второмъ (головкой вправо)—лѣвую. Введенной *рукой* стараются дойти *до шеи* плода, охвативъ ее такимъ образомъ, чтобы большой палецъ помѣщался спереди (у симфизы), другіе (указательный и средній)—сзади, такъ, чтобы вся окружность шеи была охвачена пальцами. Захвативъ шею и потягивая ее *книзу*, другой рукой проводятъ инструментъ плашмя, подъ руководствомъ введенной уже руки, по направленію къ большому пальцу, и затѣмъ нѣсколько выше. Поворачивая инструментъ такимъ образомъ, чтобы пуговка крючка обращена была кзади, и ошупывая пуговку, стараются помѣстить крючокъ *сверху на шею* подъ руководствомъ пальцевъ. Убѣдившись въ надлежащемъ расположеніи крючка, *потягивая* за рукоятку *книзу*, надвигаютъ крючокъ на шею сверху внизъ и, затѣмъ, *во время* самой сильной *тракціи*, при одновременномъ *потягиваніи книзу*, поворачиваютъ инструментъ вокругъ продольной оси въ одну какую либо сторону. При этомъ слышится хрусть разрываемой ткани, и захваченная шея раздѣляется или сразу, или только отчасти. Если произведено только частичное раздѣленіе, то крючокъ накладывается снова, пока не будетъ достигнуто полное разъединеніе шеи. Впрочемъ, это не всегда и требуется. Если удалось *переломить позвоночникъ* и *разорвать мышцы*, то *кожа*, хотя бы и осталась неразорванной, способна *вытягиваться* настолько, что, при влеченіи за крючокъ, она нерѣдко опускается до половой щели, гдѣ и можетъ быть легко *переръзана*.

Несмотря на то, что выполненіе этой операціи, повидимому, легко и просто, я не могу причислить этого метода къ *лучшимъ*, и вотъ на какихъ основаніяхъ.

Во-первыхъ, *сила*, потребная для того, чтобы *перервать шею* плода, иногда весьма *значительна*, что бы ни говорили защитники способа. Въ этомъ мнѣ приходилось убѣждаться, какъ при опытахъ на фантомѣ, такъ и у постели роженицъ. Во-вторыхъ, при поворачиваніи инструмента вокругъ продольной оси, *сила дѣйствія не можетъ не передаваться на сосѣднія части* плода, *геср., головку*. Головка при этомъ *не можетъ* оставаться *неподвижной*,—она должна принимать

извѣстное участіе въ *движеніяхъ*, совершаемыхъ *крючкомъ*. А такъ какъ декапитация предпринимается, обыкновенно, въ случаяхъ, такъ называемыхъ, *запущенныхъ* поперечныхъ положеній—послѣ многихъ и многихъ часовъ родовой работы, когда, слѣдовательно, *нижній сегментъ* матки *истонченъ* и *растянутъ* до послѣдней возможности, то всякое болѣе или менѣе значительное движеніе возможно только на счетъ *дальнѣйшаго растяженія* полости нижняго сегмента и, несомнѣнно, можетъ заключать въ себѣ источникъ серьезной опасности для роженицы, въ смыслѣ тѣхъ или другихъ поврежденій нижняго сегмента (протираніе, разрывъ и т. п.),—тѣмъ болѣе, что въ такихъ случаяхъ разрывъ (и произвольно) происходитъ, обыкновенно, какъ-разъ въ *томъ мѣстѣ, гдѣ* лежитъ *головка*. Это—безспорно, и сами защитники способа признаютъ это и, во избѣжаніе поврежденій, совѣтуютъ поступать такимъ образомъ, чтобы сила дѣйствія (вращенія и влеченія) инструмента передавалась *не маткѣ, а* контролирующей *рукѣ*. Для этого 1) пальцы контролирующей руки должно расположить въ полости матки на головкѣ и удерживать ее *неподвижно*; 2) необходимо тою же рукой противодѣйствовать силѣ влеченія, надавливая во время тракцій на подлежащую часть *снизу* вверхъ и какъ бы приподнимая ее. Этотъ маневръ, говорятъ, совершенно уравновѣшиваетъ силу влеченія.

Выполненіе изложеннаго предписанія, по моему, будетъ крайне трудно, если не совершенно невозможно. Начать съ того, что *одна* и та же *рука* должна выполнить *два* задачи—удерживать неподвижно головку и противодѣйствовать силѣ влеченія указаннымъ образомъ. Для того, чтобы удержать головку неподвижно въ то время, когда шейку плода поворачиваютъ, стягивая внизъ и скручивая съ значительной силой, нужно охватить головку не иначе, какъ всей рукой, и при томъ на значительномъ протяженіи (напр., затылочную область и т. п.). А для этой цѣли рука должна не только проникнуть въ полость матки (гесп., нижняго отрѣзка) гораздо выше, чѣмъ требуется для захватыванія шейки, но и имѣть извѣстную свободу дѣйствій, что при болѣе или менѣе запущенныхъ случаяхъ поперечныхъ положеній будетъ, съ одной стороны, крайне трудно, а съ другой—совсѣмъ *нежелательно*, въ виду существующаго крайняго растяженія ниж-

няго сегмента и тѣснаго охватыванія имъ головки. Вѣдь, рука не можетъ иначе проникнуть въ полость матки, какъ приподнявъ головку и, слѣдовательно, сообщая ей движеніе въ самой опасной формѣ (подниманіе кверху), а, между тѣмъ, она и вводится затѣмъ, чтобы не допускать какихъ либо движеній головки, имѣющихъ мѣсто при дѣйствіи инструментомъ. Далѣе, при удерживаніи рукой головки въ неподвижномъ положеніи, этой же рукой (вторая задача) противодѣйствовать силѣ влеченія становится невозможнымъ. Кромѣ того, дѣйствія инструмента теперь не подвергаются никакому *контролю*. Но допустимъ, что выполненіе этого требованія было бы возможно, спрашивается, какой смыслъ должна имѣть сила влеченія, если она совершенно уравновѣшивается противодѣйствіемъ руки, т. е. равняется 0? А между тѣмъ, влеченіе, очевидно, необходимо, такъ какъ поворачиваніе инструмента вокругъ его продольной оси предписывается въ моментъ самой сильной тракціи книзу.

Изъ всего сказаннаго слѣдуетъ, что крючокъ *Braun's* можно примѣнять въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не только шея плода легко доступна, но гдѣ можно свободно провести руку въ полость матки и расположить ее на головкѣ (съ цѣлью фиксаціи). Другими словами, область примѣненія крючка должна быть *ограничена*, при чемъ наиболѣе серьезные случаи, такъ называемыхъ, запущенныхъ поперечныхъ положеній съ глубокимъ вколачиваніемъ плеча должны быть *исключены*. Это только логическій выводъ изъ тѣхъ требованій, которыя предписываются самими приверженцами *Braun'*овскаго крючка. Что касается моего личнаго мнѣнія, то, нисколько не отрицая *возможности* выполненія операціи крючкомъ, я, какъ уже сказано, отнюдь *не считаю* этотъ способъ *наилучшимъ*, а тѣмъ болѣе универсальнымъ, въ отношеніи терапіи запущеннаго поперечнаго положенія, какъ это силится доказать, напр., *Pawlik* ¹⁾, настаивая на примѣненіи *Braun'*овскаго крючка съ цѣлью декапитаціи даже послѣ *eviscerati'i*. Заслуживаетъ *вниманія* нѣкоторое *видоизмѣненіе*, предложенное д-ромъ *В. А. Чудовскимъ* ²⁾ въ *техникъ* декапитаціи помощью *Braun'*овскаго крючка. Исходя

¹⁾ „Arch. f. Gyn.“. В. XVI. Н. 3.

²⁾ „Врачъ“. № 7, 1882.

изъ того положенія, что *кожные покровы* и *мягкія части* шеи представляютъ главное *препятствіе* для разъединенія шеи, авторъ предлагаетъ оперировать *Braun'*овскимъ же крючкомъ *по подкожному способу*. На захваченной шеѣ дѣлаютъ *надрѣзь* ножницами и, образовавъ *пальцемъ каналъ* въ подкожной клѣтчаткѣ, вводятъ въ него *крючокъ* и закладываютъ на позвоночникъ. Затѣмъ, сильно потягивая за крючокъ, поворачиваютъ его вокругъ продольной оси, при чемъ позвоночный столбъ легко разъединяется. *Выгоды* способа состоятъ: а) въ значительно меньшемъ количествѣ *силы*, требующейся для разъединенія позвоночника, а слѣдовательно, б) опасность отъ движенія головки, вслѣдствіе передачи силы дѣйствующей на шейку, значительно меньше; в) опасность поврежденій, могущихъ быть нанесенными непосредственно крючкомъ, совершенно *устраняется*, такъ какъ крючокъ дѣйствуетъ въ полости мѣшка, состоящаго изъ кожныхъ покрововъ шейки. Что разъединеніе позвоночника (главная цѣль операціи) безъ одновременнаго разрыва кожныхъ покрововъ достигается вполне,—это не требуетъ доказательствъ. По разъединеніи позвоночника, кожные покровы, оставшіеся неразорванными, легко могутъ быть перерѣзаны почти *внѣ* половой щели, такъ какъ они, будучи легко растяжимы, нисколько не мѣшаютъ пониженію туловища. Въ одномъ случаѣ декапитаціи мѣ съ поразительною легкостью однимъ оборотомъ крючка удалось сломить позвоночникъ по изложенному способу, при чемъ рука, лежавшая на шеѣ плода, могла ясно чувствовать, что движеніе крючка *не* передавалось головкѣ.

Недавно ¹⁾ *Zweifel* предложилъ для декапитаціи особый снарядъ на-подобіе *Braun'*овскаго крючка, или—вѣрнѣе—двухъ крючковъ, соединенныхъ въ одно. Онъ назвалъ этотъ инструментъ *trachelorhektek*. Я ни разу не примѣнялъ этого инструмента и судить о его достоинствахъ по *личному опыту* не могу.

Изъ другихъ *способовъ* декапитаціи самымъ простымъ является декапитація помощью *ножницъ*. Для этой цѣли употребляются крѣпкія, длинныя ножницы, искривленныя по плоскости, съ закругленными концами (ножницы *P. Dubois*,

¹⁾ „Centralblatt f. Gyn.“, 1895, № 20.

Siebold'а и др.). Введенная въ тазъ рука, захвативъ шею, располагается на ней (лучше всего) противоположно тому, какъ при употребленіи *Braun*'овскаго крючка, то есть верхушки пальцевъ смотрятъ книзу и шея крючкообразно охватывается сверху. Ножницы вводятъ закрытыми и, дойдя до шеи, короткими ударами, шагъ за шагомъ, подъ руководствомъ пальцевъ, ее перерѣзываютъ. Нужно замѣтить, впрочемъ, что перерѣзывать всю толщу шеи, работая *in situ*, собственно говоря, нѣтъ надобности.—достаточно только перерѣзать позвоночный столбъ; затѣмъ, пальцами введенной руки, или крючкомъ, при одновременномъ влеченіи (помощникомъ) за выпавшую ручку (плода), легко можно низвести оставшіяся неперерѣзанными мягкія части шеи *ad introitum*, и уже здѣсь перерѣзать ихъ подъ контролемъ зрѣнія.

Этотъ способъ, по моему мнѣнію, одинъ изъ лучшихъ, такъ какъ при немъ устраняется всякая возможность давленія на матку со стороны головки, или туловища, ибо операція производится на подлежащей части, въ буквальномъ смыслѣ, *in situ*. Что касается возможности пораненій мягкихъ частей роженицы и собственныхъ пальцевъ оператора, то этотъ упрекъ, безъ сомнѣнія, всецѣло падаетъ на долю оперирующаго, а отнюдь не на долю способа. При внимательномъ отношеніи къ дѣлу и давая себѣ отчетъ въ своихъ дѣйствіяхъ, очень легко избѣгать этихъ неблагоприятныхъ обстоятельствъ,— нужно только не торопиться.

Въ случаяхъ, возбуждающихъ боязнь сказанныхъ пораненій, я совѣтую поступать такимъ образомъ: сдѣлавъ на небольшомъ протяженіи глубокой надрѣзъ въ кожу, проникать ножницами въ глубину, не нарушая цѣлости кожныхъ покрововъ на остальной периферіи шеи, и, дѣйствуя ножницами въ кожномъ мѣшкѣ, стараться разрѣзать только позвоночникъ. Направить данный инструментъ указаннымъ образомъ очень легко, равно какъ очень легко услѣдить моментъ перерѣзыванія позвоночника (дабы не идти дальше въ разрѣзываніи мягкихъ частей). Это ясно скажется возможностью низвести фиксирующей шейю рукой захваченную часть книзу (такъ какъ съ перерѣзкой позвоночника сопротивление со стороны шеи уничтожается).

Для эмбриотоміи я въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ употребляю, почти исключительно, особыя крѣпкія, сильныя (съ

короткими рѣзущими вѣтвями и длинной рукояткой) ножницы, слегка искривленныя по ребру. Съ цѣлью болѣе легкаго раскрыванія инструмента при дѣйствіи въ тканяхъ, между рукоятками на внутренней поверхности помѣщена пружина, удерживающая рукоятки на извѣстномъ разстояніи одну отъ другой. До сихъ поръ я не имѣлъ причины жаловаться на неудобство инструмента. Къ слову сказать, онъ оказывался пригоднымъ и въ рукахъ лицъ, примѣнявшихъ его въ *первый* разъ и при *первомъ* же случаѣ эмбриотоміи.

Одинъ изъ товарищей, земскихъ врачей, въ одномъ изъ журналовъ текущей литературы ¹⁾ указываетъ на то, что ножницы плохо разрѣзаютъ кожу, плохо раскрываются пружинки и инструментъ трудно удерживается рукой. Къ сожалѣнію, эта жалоба имѣетъ основаніе. Дѣло въ томъ, что въ продажѣ появились весьма неудачные инструменты, исполненные *не по моимъ* указаніямъ. Кривизна у нихъ очень велика, концы ножницъ плохо прилажены и дѣйствительно съ трудомъ захватываютъ мягкія части, пружина неудовлетворительнаго качества, нерѣдко „заѣдаетъ“, и инструментъ трудно раскрывается. Въ хорошо устроенномъ инструментѣ, выполненномъ по нашему образцу (таб. X, рис. 37), этихъ недостатковъ не имѣется. Принявъ во вниманіе указаніе на нѣкоторое неудобство удерживанія рукоятокъ, я прибавилъ къ нимъ (снаружи) большія кольца и убѣдился, что въ такомъ видѣ работать инструментомъ нѣсколько легче.

Что касается другихъ способовъ декапитаціи, напр., помощью *экрэзера*, проволочной *петли*, крѣпкаго *шнурка*, пилы *Gigli* (*Строганова*) или помощью особыхъ инструментовъ, каковы декапитаторъ *Jacquemier*'а, эмбриотомъ проф. *Лазаревича*, то они, по моему, уступаютъ только что изложенному въ простотѣ и легкости производства, хотя подчасъ и этимъ способомъ операція можетъ быть выполнена очееь легко.

Эмбриотомъ, *resp.*, *брефотомъ*, проф. *Лазаревича* состоитъ изъ крѣпкаго стержня, на одномъ концѣ котораго укрѣплены двѣ короткія, крѣпкія, клювовидно изогнутыя вѣтви, называемыя авторомъ *сжимателями*. Съ наружной стороны

¹⁾ *А. Новицкій*. Еженедѣльный журналъ „Практическая медицина“ 1896 г., янв.

онѣ широки, а къ внутреннему краю приостряются. На другомъ концѣ стержня устроенъ *винтъ*, помощью котораго приводится въ дѣйствіе сжимающій *аппаратъ* такимъ образомъ, что при поворотѣ винта *вправо* сжиматели *сближаются*, при поворотѣ *влѣво*—*расходятся*.

Инструментъ вводится *закрытымъ*. Дойдя до подлежащей части, вѣтви раскрываютъ и вплотную прикладываютъ къ ней, затѣмъ приводятъ въ дѣйствіе сжимающій аппаратъ, и сжиматели *врываются* въ подлежащую часть на большую или меньшую глубину. Затѣмъ инструментъ *поворачиваютъ* вокругъ продольной оси, и захваченныя части разрываются. Инструментъ опять раскрываютъ, захватываютъ и разрываютъ слѣдующій участокъ ткани и т. д., до полного разъединенія шеи.

Для операціи помощью эмбриотома проф. *Лазаревича* остается въ силѣ возраженіе, которое я приводилъ, говоря о *Braun'*овскомъ крючкѣ, это—*неизбѣжность передачи движеній* головкѣ и туловищу при разрываніи шеи, хотя здѣсь вредное дѣйствіе должно быть *значительно меньше*, такъ какъ инструментъ разрываетъ шею по частямъ и притомъ дѣйствуетъ снизу вверхъ, вслѣдствіе чего сила влеченія или притяженія (необходимая при крючкѣ *Braun'*а) здѣсь оказывается ненужной (исключается).

По разъединеніи шеи, сперва извлекаютъ *туловище* простымъ потягиваніемъ *за ручку*, затѣмъ извлекаютъ *головку*. Въ большинствѣ случаевъ извлеченіе разъединенныхъ частей плода не представляетъ серьезныхъ затрудненій.

Извлеченіе *отдѣленной головки* производится различно: или а) помощью *ручныхъ* приемовъ—палецъ (пальцы) лѣвой руки вводится въ *ротъ*, а *снаружи* черезъ брюшныя покровы производится *давленіе* на головку правой рукой (какъ при способѣ *Wigand'*а); или б) помощью весьма различныхъ *инструментовъ*, каковы: щипцы, кефалотрибъ, краніокласть, щипцы-пила *Van Huelvel'*я, острые крючки, различные *tiretêtes* и проч.

Всѣ только что названныя инструменты *мало пригодны* для данной цѣли. По моему мнѣнію, всего проще поступать такимъ образомъ: введя въ тазовой каналъ *пол-руки* или всю *руку*, смотря по надобности, войти двумя *пальцами* въ *ротъ*, а въ *затылочной* части (*gesp.*, на кульгѣ) захватить

крѣпкими острыми щипцами (употребляемыми при гинекологическихъ операціяхъ) и такимъ образомъ извлечь головку, *подражая* естественному *механизму* рожденія послѣдующей головки. Этотъ способъ дѣйствій одинаково удобенъ и цѣлесообразенъ какъ при нахожденіи головки въ *полости* таза, такъ и *надъ входомъ*. Если головка уже въ *полости*, то, захвативъ ее указаннымъ образомъ и потягивая щипцы *внизъ*, слѣдуетъ *повернуть* лицо въ крестцовую впадину, а затѣмъ вывести его обыкновеннымъ порядкомъ по промежности. Если головка еще не вступила въ тазъ, то ее слѣдуетъ поставить такимъ образомъ, чтобы *длинникъ* ея соотвѣтствовалъ *поперечному* размѣру таза, и въ этомъ положеніи, потягивая за щипцы и пальцами (во рту) за нижнюю челюсть, нужно провести головку черезъ *входъ* въ тазъ, а когда она опустится уже въ *полость* таза, нужно повернуть *лицо* (рукою) въ крестцовую впадину, а *затылокъ* (щипцами) къ *лонному* соединенію.

Такой способъ я *много разъ* испыталъ *на живой* и на *фантомѣ* и нахожу его вполне цѣлесообразнымъ и наиболее простымъ и легкимъ. Само собою разумѣется, что ничего подобнаго нельзя сдѣлать при помощи вышеуказанныхъ инструментовъ, напр. акушерскихъ щипцовъ, тѣмъ болѣе кефалотриба и проч. При наложеніи щипцовъ, напр., на головку, стоящую надъ входомъ, придется отказаться отъ мысли подражать естественному механизму, а просто прибѣгнуть къ грубой силѣ.

Даже при пространственномъ несоотвѣтствіи такихъ степеней, гдѣ вообще извлеченіе головки возможно безъ дальнѣйшаго нарушенія ея цѣлости, помощью рекомендуемаго мною приема извлеченіе можетъ быть сдѣлано гораздо легче, чѣмъ другими способами, между прочимъ и потому, что Вы имѣете (полную) возможность установить головку, *наименьшимъ* размѣромъ, соотвѣтственно *наименьшему* размѣру таза, напр. провести головку черезъ конъюгату малымъ поперечнымъ размѣромъ (*bitemporal'нымъ*).

Въ томъ случаѣ, гдѣ приходится прибѣгать къ *уменьшенію оставшейся* головки, важнѣе всего позаботиться о *неподвижномъ* положеніи ея. Это достигается весьма удовлетворительно удерживаніемъ головки опять-таки *острыми* щипцами чрезъ рукавъ и *давленіемъ* на головку чрезъ *брюшныя*

стѣнки. Этотъ способъ фиксаціи, конечно, и проще и удобнѣе, чѣмъ наложеніе акушерскихъ щипцовъ, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ операціонное поле значительно стѣсняется. Обезпечивъ себѣ достаточную фиксацію, прободають черепъ и удаляютъ мозгъ. При подходящихъ условіяхъ, работая *съ зеркалами*, можно навѣрное обезпечить себя отъ различныхъ случайностей. Извлеченіе можетъ быть сдѣлано или краіюкломомъ, или помощью рекомендованнаго мною приѣма. Въ одномъ случаѣ, при фиксаціи головки *крѣпкими* щипцами въ *лицевомъ* положеніи, операторъ по моему совѣту, ввелъ безъ предварительной перфораціи сплошную ложку краіюкломомъ въ *ротъ* (къ твердому небу), а другую наложилъ на черепъ черезъ *лобъ*. При полномъ замыканіи инструмента мозговая масса въ значительномъ количествѣ выступила черезъ большую затылочную дыру, и извлеченіе краіюкломомъ, по типу обыкновеннаго механизма при *лицевомъ* положеніи, сдѣлано было очень легко.

2) *Перерѣзка ключицъ* (cleidotomia) можетъ считаться столь же *типической* операціей, какъ и обезглавливаніе. Въ виду ясно поставленной задачи, она можетъ быть выполнена по *заранѣе намѣченному* плану, а не по случайнымъ требованіямъ и указаніямъ, возникающимъ уже во время производства самой операціи.

Цѣль операціи заключается въ уменьшеніи размѣровъ плечевого пояса. Это достигается *перерѣзкою ключицъ* съ послѣдующимъ смѣщеніемъ перерѣзанныхъ концовъ костей. — *Показаніемъ* къ операціи служатъ такіе случаи, въ которыхъ, по рожденіи головки, рожденіе туловища дѣлается невозможнымъ, вслѣдствіе большого размѣра *плечиковъ*,—будетъ ли то въ зависимости отъ величины плода, или въ зависимости отъ суженія таза той или другой степени. Словомъ—въ относящихся сюда случаяхъ Вы имѣете дѣло съ пространственнымъ несоотвѣтствіемъ родового канала и родового объекта. Плечики въ такихъ случаяхъ, обыкновенно, стоятъ высоко *во входъ* или *надъ входомъ* въ тазъ и не имѣютъ возможности опуститься въ полость. Измѣненіе взаимныхъ отношеній между плодомъ и родовымъ каналомъ становится необходимымъ, и оно, по мнѣнію моему, всего проще и цѣлесообразнѣе можетъ быть достигнуто *перерѣзкою ключицъ*, то есть устраниеніемъ сопротивленія со стороны плечевого пояса.

Для выполненія этой задачи, по мнѣнію моему, лучше всего поступать слѣдующимъ образомъ. Головку нужно сильно оттянуть отъ половой щели и отодвинуть въ соотвѣтственномъ направленіи, дабы доставить большій просторъ рукъ, вводимой въ тазовой каналъ. Операторъ вводитъ въ тазъ лѣвую руку (4 пальца) и, дойдя до туловища, тщательно ориентуруется на счетъ положенія *плечевого пояса* и отношеній его къ тазу. Ощупавъ ключицу, проводитъ подъ защитой лѣвой руки крѣпкія ножницы (вышеописаннаго образца) къ мѣсту положенія ключицы и перерѣзываетъ ее (съ мягкими частями) подъ защитой и руководствомъ пальцевъ лѣвой руки. Это удается легко и выполняется однимъ—двумя короткими ударами ножницъ. Покончивъ съ одной стороной, пальцы и инструментъ переводятъ на другую сторону и точно такимъ же образомъ перерѣзываютъ и другую ключицу. Затѣмъ, инструментъ удаляютъ, и операція кончена. Нарушенный въ своей цѣлости плечевой поясъ теперь, подъ вліяніемъ внѣшней силы (тракціи и проч.), можетъ измѣнить свое очертаніе въ выгодномъ смыслѣ—концы перерѣзанныхъ костей сдвигаются кнутри и книзу, resp., кверху, и наибольшей *размѣръ* плечиковъ (biscromial'ный) *уменьшается*. При первыхъ же сильныхъ тракціяхъ за головку плечики опускаются въ полость таза настолько, что подмышковья впадины теперь становятся доступными для пальца, resp., инструмента. Съ введеніемъ въ подмышковую впадину тупого крючка извлеченіе несомнѣнно облегчается, и дальнѣйшее выведеніе туловища, буде въ немъ нѣтъ другихъ аномалій, совершается безъ затрудненій.

Нѣтъ нужды доказывать, что, дѣйствуя осмотрительно и не торопясь, навѣрно можно избѣжать пораненій (ножницами) какъ мягкихъ частей полового канала, такъ и своихъ собственныхъ пальцевъ. Такъ какъ съ технической стороны эта операція очень проста, легко выполняема, весьма непродолжительна и вѣрно приводитъ къ цѣли, то я полагаю, что она и должна занять опредѣленное мѣсто въ ряду другихъ акушерскихъ пособій, предпринимаемыхъ съ цѣлью уменьшенія объема туловища, resp., сглаживанія пространственныхъ несоотвѣтствій, и въ извѣстныхъ случаяхъ найти преимущественное, если не исключительное, примѣненіе.

Если непременно нужно дать особое названіе этой опе-

раціи, какъ *типической*, то я считалъ бы подходящимъ названіе „перерѣзка ключиць“—*cleidotomia*.

3) *Exenteratio, evisceratio, eventeratio, embryuleia*. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ декапитация невыполнима, рекомендуется другой видъ эмбриотоміи—именно *вскрытіе грудной, или брюшной полости и разъединеніе позвоночника на протяженіи одной изъ нихъ*. Для этой цѣли поступаютъ слѣдующимъ образомъ: помощникъ сильно оттягиваетъ выпавшую ручку книзу, а операторъ,—подъ защитой лѣвой руки, или при помощи американскаго зеркала (какъ это мы не разъ практиковали на живыхъ),—тѣмъ или другимъ острымъ инструментомъ вскрываетъ одну изъ большихъ полостей черезъ предлежащій бокъ. Всего проще, по моему, и здѣсь пользоваться *ножницами* (хотя очень легко сдѣлать прободеніе помощью того или другого остроконечнаго прободника, брэфотома проф. *Лазаревича*, ножка *Levre'a* и т. п.). Образовавъ отверстіе въ грудную или брюшную полость, *извлекаютъ* пальцами и какими нибудь щипцами (двухъ зубцами, обыкновеннымъ корнцангомъ и т. п.) *внутренности* наружу.

Отверстіе дѣлается значительной величины. Далѣе, изъ одной полости иногда проникаютъ (черезъ діафрагму) въ другую. Изъ органовъ брюшной полости выгоднѣе всего удалить *печень*, которая представляется очень объемистой. Это, впрочемъ, далеко не всегда необходимо.

Вмѣсто этой кропотливой и грязной работы удаленія внутренностей, я советую лучше прямо позаботиться о разрушеніи цѣлости позвоночника. Это даетъ плоду возможность складываться вдвое, и рожденіе въ такомъ видѣ (*partus согорое conduplicato*), въ большинствѣ случаевъ, становится легко возможнымъ.

Раздѣленіе позвоночника (*spondylotomia*) можетъ быть выполнено на тѣхъ же началахъ, какъ и декапитация, то есть *рѣжущими инструментами, или крючкомъ*. Я и здѣсь отдаю рѣшительное предпочтеніе ножницамъ. Можно прямо *перерѣзать позвоночникъ* крѣпкими *ножницами* подъ руководствомъ лѣвой руки, или же, еще лучше, *открывъ зеркалами операционное поле и освѣтивъ его*, захватить крѣпкими острыми щипцами за позвоночникъ и, притянувъ насколько возможно книзу подлежащую разрѣзу часть, смѣло работать ножни-

цами, стараясь перерѣзать позвоночникъ. При этомъ—огромное преимущество—Вы *видите*, что дѣлаете. Могу Васъ увѣрить по личному опыту, что особой трудности эта часть операціи не представляетъ. Да и при операціи *на-ощуть* (безъ зеркаль) я рекомендую (и убѣдился въ этомъ), нащупавъ часть, подлежащую перерѣзкѣ, захватить ее крѣпкими щипцами, не столько съ цѣлью потягивать книзу, сколько затѣмъ, чтобы при послѣдующей работѣ ножницами не сбиваться съ пути и имѣть все время вѣрный указатель того мѣста, гдѣ нужно рѣзать. Очень понятно, что при случающихся перерывахъ операціи, гср., удаленіи изъ полового канала пальцевъ и ножницъ, при вторичномъ введеніи ихъ, пальцами *легче* будетъ отыскать щипцы, а слѣдовательно и то мѣсто, гдѣ уже сдѣланы были разрѣзы, чѣмъ въ томъ случаѣ, если бы этой мѣтки (щипцовъ) не было.

Хотя не указываютъ, обыкновенно, *мѣста, гдѣ* нужно *раздѣлить позвоночникъ*, но, по моему, для цѣлей болѣе легкаго складыванія плода вдвое и послѣдующаго извлеченія его въ такомъ видѣ, съ прорѣзываніемъ ягодичнаго конца при дальнѣйшемъ влеченіи, всегда выгоднѣе — произвести раздѣленіе *въ поясничной части*. Въ одномъ случаѣ, гдѣ шея плода была весьма трудно достижима и охватить ее пальцами, гср., гарантировать надлежащее приложеніе инструмента было нельзя, я сдѣлалъ первый разрѣзъ въ подмышковой впадинѣ и затѣмъ, дѣйствуя ножницами, шагъ за шагомъ перерѣзалъ плодъ по окружности, проходящей чрезъ предлежащую подмышечную впадину и чрезъ плечевой поясъ противоположной стороны (разрѣзъ прошелъ чрезъ ключицу). Захвативъ за предлежащій бокъ крѣпкими щипцами, я извлекъ туловище съ одной (выше лежавшей) ручкой, а другая осталась въ связи съ головкой, которая при потягиваніи за ручку и была извлечена очень легко.

Если полнаго раздѣленія плода на двѣ части (какъ при декапитациі) не сдѣлано, а только такъ или иначе нарушена (вполнѣ) цѣлость позвоночника (спондилотомія), то и въ такомъ случаѣ послѣдующее извлеченіе, по моему, лучше всего сдѣлать при помощи острыхъ крѣпкихъ щипцовъ, захвативъ ими въ 2-хъ — 3-хъ мѣстахъ и сильно потягивая книзу. Для цѣлей извлеченія, какъ легко понять, выгоднѣе всего захватить туловище *въ области разрѣза* позвоночника,

то есть въ области возможнаго теперь, resp., искусственно-созданнаго, перегибанія плода. По мѣрѣ того, какъ плодъ будетъ опускаться внизъ по родовому каналу, полезно переложить одни изъ щипцовъ ближе къ *ягодичному* концу, имѣя въ виду вывести его изъ половой щели первымъ.

Показанія къ эмбриотоміи въ общихъ чертахъ могутъ быть формулированы точно такъ же, какъ и показанія для краниотоміи (см. стр. 321). Въ частности, показаніями къ операціи будутъ:

а) Такъ называемыя *запущенныя поперечныя положенія*, то есть такіе случаи, при которыхъ исправленіе положенія плода помощью поворота (въ той или другой его формѣ) или *не можетъ* быть выполнено (отсутствіе подвижности плода), или само выполнение его *угрожаетъ* серьезной опасностью матери (растяженіе нижняго сегмента), а плодъ, между тѣмъ, въ обоихъ случаяхъ *мертвый*. Такіе случаи будутъ служить *наибольше частыми* показаніями къ эмбриотоміи. Устанавливая это показаніе, считаю нужнымъ еще разъ возобновить въ Вашей памяти то, о чемъ я говорилъ уже при изложеніи операціи поворота на ножки, а именно: въ такихъ случаяхъ лучше *не дѣлать и попытокъ къ повороту, а прямо приступить къ эмбриотоміи*. И если по этому поводу на Вашу долю достанутся (со стороны) упреки и обвиненія въ недостаткѣ технической ловкости, въ преувеличенной квалификаціи опасности случая и т. п.,— въ сознаніи своей правоты, относитесь къ этому спокойно, помня, что Вашъ образъ дѣйствій всецѣло оправдывается заботами объ интересахъ *живой*, въ ущербъ интересамъ *трупа*. Исходная точка этихъ взглядовъ, конечно, лежитъ въ убѣжденіи, что эмбриотомія, сама по себѣ, есть операція, вполне *безопасная* для матери.

б) Случаи различныхъ *заболѣваній и уродствъ* плода, начиная, напр., съ простаго увеличенія живота, вслѣдствіе водянки ¹⁾, до сросшихся двойней включительно.

Въ этихъ случаяхъ операція будетъ *атипическою*, слѣдовательно, точныхъ указаній дать для нея нельзя. Дѣйствія

¹⁾ Увеличеніе объема головки, вслѣдствіе водянки (hydrocephalia), служитъ показаніемъ къ краниотоміи, иногда въ простѣйшей ея формѣ прокола черепа (punctio).

Ваши должны сообразоваться съ особенностями каждаго даннаго случая. Поэтому, извѣстная находчивость и нѣкоторая техническая ловкость здѣсь будутъ очень и очень не лишними. Здѣсь больше, чѣмъ гдѣ либо, необходимо дѣйствовать съ увѣренностью, а не наугадъ; поэтому точное *распознаваніе* отношеній частей плода другъ къ другу и къ родовому каналу должно быть прочно установлено. А если Вы убѣждены въ правильности Вашего распознаванія ¹⁾, если ясно ориентировались во взаимныхъ отношеніяхъ плода къ родовымъ путямъ, то могу Васъ увѣрить, что выполнение операціи не представитъ непреодолимыхъ затрудненій, въ виду ясно поставленной задачи: уменьшить объемъ плода *какимъ угодно способомъ*, хотя бы даже раздробленіемъ его на части и удаленіемъ по кускамъ, но съ непременнымъ условіемъ—*безъ поврежденій матери*. Присутствуя на операціяхъ въ гинекологической клиникѣ, Вы не разъ видали, что при, такъ называемомъ, влагалищномъ чревосѣченіи, примѣняя кускованіе, удавалось удалять по частямъ очень большія опухоли матки (доходившія почти до пупка). Это удавалось не только у женщинъ много разъ рожавшихъ, но и у нерожавшихъ, а иногда даже и у дѣвицъ. Само собою понятно, что операція удаленія плода по кускамъ во *время родовъ* съ технической стороны представляетъ гораздо болѣе благоприятныя условія, чѣмъ при вышеуказанныхъ обстоятельствахъ. Слѣдовательно, и *выполненіе операціи будетъ дѣломъ сравнительно болѣе простымъ и легкимъ*. Нужно только дѣйствовать по какому нибудь опредѣленному плану и не отступать отъ него при первомъ же, часто только кажущемся, затрудненіи, помня, что *безпорядочныя дѣйствія и торопливость* меньше всего подходятъ подъ понятіе объ операціи, то есть правильномъ, систематическомъ и обдуманномъ дѣйствіи. Я твердо увѣренъ, что современно-образованный акушеръ-гинекологъ сумѣетъ сдѣлать эмбриотомію во время родовъ, даже и въ самыхъ затруднительныхъ случаяхъ.

По удаленіи плода, resp., послѣда, я совѣтую на общемъ

¹⁾ Я говорю о распознаваніи клиническомъ, а не по существу той или другой болѣзненной формы или аномаліи. Распознаваніе въ этомъ послѣднемъ смыслѣ часто можетъ быть сдѣлано только послѣ подробнаго анатоми-гистологическаго изслѣдованія (уродства, тератомы, опухоли и т. п.).

основаніи сдѣлать промываніе полости матки и рукава какой нибудь обезпложенной, герп., противогнилостной жидкостью.

Такъ какъ операція производится *на плодъ*, а не *на матери*, то **предсказаніе** для этой послѣдней должно быть безусловно *благопріятно*, разумѣется, если при этомъ не было грубыхъ погрѣшностей съ технической стороны и со стороны обстановки операціи (анти-или асептика), и если роженица не была заражена до поступленія подъ Ваше наблюденіе.

акusher-lib.ru

Операции, помощью которых родоразрѣшеніе совер- шается чрезъ искусственно сдѣланные пути.

Къ этой группѣ операций относятся: а) *кесарское сѣченіе и его разновидности*, б) *чревосѣченіе (coeliotomia) и отчасти в) симфизеотомія, resp., pubiotomia*.

КЕСАРСКОЕ СѢЧЕНИЕ. SECTIO CAESAREA (LAPARO- HYSTEROTOMIA).

Что операція кесарскаго сѣченія практиковалась въ весьма глубокой древности—это не подлежитъ сомнѣнію. Греческая мифологія содержитъ указанія на нѣкоторые примѣры этой операціи. Между прочимъ, самъ *Эскулапъ*¹⁾, по сказаніямъ мифологіи, былъ извлеченъ послѣ смерти матери (*Корониды*) помощью кесарскаго сѣченія, произведеннаго его отцомъ (*Аполлономъ*). Помимо этихъ мифологическихъ преданій, въ памятникахъ древней письменности мы имѣемъ не только указанія на эту операцію, но даже положительныя предписанія въ формѣ закона, по смыслу котораго умершую беременную или роженицу воспрещалось хоронить прежде, чѣмъ не будетъ сдѣлано кесарское сѣченіе, въ виду возможнаго спасенія плода послѣ смерти матери.

Историки приводятъ примѣры счастливаго выполненія предписаній этого закона. Такимъ образомъ, будто бы, были рождены *Scipio Africanus*, *Manilius*, графъ *Burkard* изъ *Lingow*, прозванный *ingenitus*, шотландскій король *Robert II*,

1) Срав. *Ovidius. Metam. Lib. II, fol. 8.*

Sancho Mayor, король наваррскій, *Andreas Doria* и друг. Законъ этотъ (*lex regia de inferendo mortuo*), ведущій свое начало съ *Нумы Помпиля*, а по нѣкоторымъ авторамъ—еще и раньше, въ послѣдствіи вошелъ и въ новѣйшія законодательства христіанскихъ народовъ. Законодательства послѣднихъ въ этомъ случаѣ руководствовались главнымъ образомъ религіозными побужденіями, имѣя въ виду не лишать таинства св. крещенія утробнаго плода, который могъ быть извлеченъ живымъ.

Такъ, ст. 1742 т. XIII (кн. III Уст. Суд. Мед.) Св. Зак. Россійск. Имп. 1858 г. гласитъ, что „когда беременная женщина на второй половинѣ своей беременности скоропостижно умерла, (то немедленно) въ семь случаѣ для спасенія плода и окрещенія онаго должно произвести Цесарское сѣченіе со всѣми предосторожностями, какія при семь обыкновенно наблюдаются у живыхъ“.—Статья 1821-я тоже гласитъ, „что въ случаѣ скоропостижной, несомнѣнной смерти беременной женщины должно немедленно приступить къ Цесарскому сѣченію (*Sectio Caesarea*) для спасенія жизни плода, или, по крайней мѣрѣ, для окрещенія его по христіанскому вѣроисповѣданію“.

Изъ изложеннаго слѣдуетъ, что, хотя кесарское сѣченіе и относится къ числу древнѣйшихъ акушерскихъ операций, но производство его, повидимому, предписывалось и предпринималось только на мертвыхъ. Что же касается вопроса о томъ, кто *первый* произвелъ операцию кесарскаго сѣченія на *живой*, то мнѣнія по этому поводу расходятся. По однимъ, первую операцию на живой произвелъ *Nicolaus de Falconiis* въ XV вѣкѣ, по другимъ—это было не *кесарское сѣченіе*, а *извлеченіе* помощью чревосѣченія костей умершаго плода *при* внѣматочной беременности.

Haeser въ своихъ „Основахъ исторіи медицины“ ¹⁾ первый случай кесарскаго сѣченія относитъ къ 1350 г.; операция (въ Медингенѣ, въ Швабіи) была произведена на приговоренной къ смертной казни.

Точно также многіе не считаютъ за кесарское сѣченіе операцию, произведенную въ 1501 г. въ Зигерсгаузенѣ, въ кантонѣ Тургау, „орхотомомъ“ *Jacob*'омъ *Nufer*'омъ на своей

¹⁾ Русскій переводъ 1790 г., стр. 233.

женѣ. Въ этомъ случаѣ, послѣ того, какъ цѣлыхъ *тринадцатъ бабокъ* и нѣсколько „грыжесѣковъ“ и „камнесѣковъ“, собравшись одни за другими у постели роженицы, не могли оказать никакой помощи, *J. Nufer*, съ согласія жены и испросивъ разрѣшенія властей, рѣшилъ окончить роды при помощи чревосѣченія. Онъ предложилъ бабкамъ помочь ему при операциі, но изъ 13 только *двѣ* нашли въ себѣ достаточно мужества присутствовать при операциі, остальные удалились изъ комнаты, но остались за дверью. Затворивъ дверь и призвавъ Бога на помощь, *Nufer* положилъ жену на столъ и однимъ взмахомъ ножа вскрылъ животъ и быстро извлекъ младенца. Какъ только новорожденный закричалъ, подслушивавшія у дверей бабки начали проситься въ комнату, но были впущены не прежде, чѣмъ брюшная рана была зашита „*veterinario modo*“. Больная не только выздоровѣла, но впослѣдствіи родила безъ помощи искусства шестерыхъ дѣтей, изъ нихъ одинъ разъ двойни. На этомъ основаніи, а равно и потому, что о разрѣзѣ матки въ изслѣдованіи *Caspar'a Bauhin'a* ¹⁾ вовсе не упоминается, считаютъ, что здѣсь дѣло шло только о разрѣзѣ живота, слѣд., о внѣматочной беременности, а не о кесарскомъ сѣченіи въ истинномъ его смыслѣ.

Такое объясненіе по меньшей мѣрѣ проблематично. Нельзя не принять во вниманіе, что операциа кесарскаго сѣченія несравненно болѣе проста, чѣмъ операциа чревосѣченія при внѣматочной беременности и живомъ плодѣ (обращеніе съ дѣтскимъ мѣстомъ, плоднымъ мѣшкомъ и т. п.).

Если эти и подобные имъ случаи (описанные, напр., *Matthias Cornax* и др.) такъ или иначе могутъ быть оспариваемы, то случай, относящійся къ 1610 г., наблюдавшійся въ родильномъ домѣ въ Виттенбергѣ, не подлежитъ никакому сомнѣнію. Операциа (21 апрѣля) произведена д-ромъ *Jeremias Trautmann'*омъ у жены бочаря, которая, будучи беременной, получила сильное поврежденіе нижней части живота отъ лопнувшего обруча, вслѣдствіе чего развилась грыжа матки (*Gebärmutterbruch*). Плодъ извлеченъ живымъ и остался въ живыхъ, а мать, когда ей позволено было уже вставать, умерла внезапно на 24-й день послѣ операциі

¹⁾ Der Wittenberger Kaiserschnitt von 1610. Leipzig, 1868.

16 мая). Вскрытіе показало, что смерть не зависѣла отъ поврежденія матки.

Д-ръ *Wachs* ¹⁾ (будучи директоромъ родильнаго дома въ Виттенбергѣ) сообщилъ подробный протоколъ этого случая на основаніи записей подлинныхъ документовъ, имѣвшихся въ архивѣ родильнаго дома.

Начиная съ этого времени, операція хотя и производилась неоднократно въ разныхъ странахъ, но въ рукахъ лучшихъ представителей нашей науки давала весьма печальные результаты. Для примѣра, достаточно указать на то, что даже въ сравнительно болѣе близкое къ намъ время *Paul Dubois* изъ 12 случаевъ кесарскаго сѣченія не имѣлъ ни одного съ исходомъ въ выздоровленіе. У *Van Huevel*'я и барона *Seutin*'а (извѣстный хирургъ) двадцать случаевъ кесарскаго сѣченія дали 100% смертности. Въ виду этого, операція не только не могла найти распространенія и завоевать себѣ симпатіи въ средѣ акушеровъ, но прямо подверглась остракизму. Даже лучшие представители извѣстной эпохи цвѣтущаго состоянія акушерства во Франціи, какъ *François Mauriceau*, *Philippe Peu*, *Cosmos Viardel* и др., не допускали этой операціи на живыхъ; хотя, съ другой стороны, были люди, всею силою своего авторитета старавшіеся доказать законность и умѣстность операціи (*Andreas Levret*). Не будемъ удивляться этому, особенно, если вспомнимъ, что операція, получившая право гражданства въ болѣе близкое къ намъ время, еще такъ недавно подвергалась положительному гоненію. Я говорю объ *овариотоміи*. Давно ли безспорно гениальные представители анатоміи (*Гиртль*) ²⁾, хирургіи и акушерства возставали противъ этой операціи и предавали чуть ли не проклятію отважныхъ, рѣшавшихся на нее, а теперь эта операція производится почти въ каждой деревнѣ (resp., деревенской больницѣ). По-истинѣ, *tempora mutantur*..

Въ исторіи этой операціи есть одна страница, которую я не могу пройти молчаніемъ. Она отлично иллюстрируетъ тѣ условія, при которыхъ приходилось работать защитни-

¹⁾ Топографическая анатомія. Ч. II, стр. 181. Рус. пер. 1861 г.

²⁾ Латинскій перев. сочиненія *François Roussset*. *Traité nouveau de hysterotomotokie ou enfantement caesarien etc.* Paris, chez Denys du Val. 1851.

камь этой операціи, и тѣ препятствія, которыя возникали на ихъ пути.

Въ концѣ XVIII-го столѣтія, въ дни великой французской революціи, въ Парижѣ жилъ и дѣйствовалъ знаменитый *Jean Louis Baudelocque*, который былъ защитникомъ операціи кесарскаго сѣченія въ тяжелыхъ случаяхъ, гдѣ родоразрѣшеніе *per vias naturales* было невозможно, и не разъ производилъ эту операцію, но, къ сожалѣнію, неизмѣнно со смертельнымъ исходомъ. Это послужило поводомъ къ цѣлому ряду обвиненій *Baudelocque*'а чуть ли не прямо въ умышленномъ убійствѣ со стороны нѣкого *Jean François Sacombe*'а¹⁾. Стоитъ сказать два слова объ этомъ человѣкѣ, „*Citoyen Sacombe*“ никогда не былъ врачомъ. Будучи 14-лѣтнимъ мальчикомъ, онъ досталъ у своего двоюроднаго брата, акушера въ Лангедокѣ, сочиненіе *Mauriceau* и, прочитавъ его, почувствовалъ влеченіе къ акушерству. Затѣмъ жилъ нѣкоторое время въ монастырѣ; выйдя оттуда, началъ изучать медицину въ Тулузѣ и Монпелье. Но такъ какъ тамъ акушерство излагалось согласно ученію *Levret*'а и *Roderer*'а, то это ему не нравилось, и онъ скоро уѣхалъ въ Лондонъ, гдѣ слушалъ *Hunter*'а, *White*, *Osborn*'а и *Mitchell*'я. Вернувшись въ Парижъ, поступилъ воспитателемъ въ коллегію „Наварра“. Желая изучить акушерство практически, онъ нанялъ помѣщеніе, въ которомъ бѣдныя женщины разрѣшались подъ его наблюденіемъ. Понаблюдавъ, такимъ образомъ, 471 роды, онъ счелъ себя достаточно образованнымъ и свѣдущимъ акушеромъ и сталъ выступать съ своими обличеніями, или, лучше сказать, памфлетами, направленными противъ операціи кесарскаго сѣченія и ея защитниковъ, по преимуществу—*Baudelocque*'а. Онъ издалъ прокламацію, въ которой вызывалъ на состязаніе современныхъ ему акушеровъ и открыто утверждалъ, что у всякой женщины, которой, по мнѣнію акушеровъ, слѣдовало бы сдѣлать кесарское сѣченіе, или симфизеотомію, онъ беретъ окончить роды только руками, если эта женщина будетъ передана въ его вѣдѣніе за 8 дней до начала родовъ и съ условіемъ, чтобы во время беременности ей не было дѣлаемо кровопусканія. Въ случаѣ

¹⁾ *Fr. B. Osiander*. Lehrbuch der Entbindungskunst. Erster Theil 1799. Göttingen.

неудачи опыта, онъ рискуеть своей честью, въ случаѣ же выигрыша требуетъ, чтобы всѣ акушеры, прибѣгающіе къ помощи инструментовъ, были объявлены мошенниками. Не ограничиваясь личнымъ противодѣйствіемъ, *Sacombe* основалъ (21 дек. 1797 г.) даже общество (*L'Ecole anti-cesarienne*), издававшее періодическій журналъ ¹⁾, въ которомъ воздвигалось гоненіе на *Dubois*, *Baudelocque*, *Coutouly* и *Pelletan* за то, что они были защитниками операціи кесарскаго сѣченія. Не довольствуясь этимъ, *Sacombe* устроилъ для защиты своихъ тезисовъ (въ приѣмной залѣ *Palais Royal'*я) публичныя засѣданія съ присужденіемъ наградъ. Первая награда состояла изъ серебряной медали, цѣнностью въ 46 ливровъ (франковъ): на одной сторонѣ медали изображенъ былъ *Геркулесъ*, поражающій Лернейскую гидру, внизу подпись: *Plus d'opération cesarienne*; на другой сторонѣ изображенъ пчелиный улей съ летающимъ роемъ пчелъ. Внизу подпись: *Ecole anticesarienne de Sacombe*.—Второй наградой служили *объятія* m-me *Sacombe* (*Das Accessit in einer Umarmung der Madame Sacombe bestand*).

Хотя вся эта „арлекинада“, какъ справедливо выражается *Osiander* (I. с. р. 502), не имѣла особаго успѣха, тѣмъ не менѣе она не могла не вредить дѣлу кесарскаго сѣченія и, въ связи съ постоянно неудачными исходами, до извѣстной степени тормозила развитіе этой операціи.

Совсѣмъ въ иномъ свѣтѣ представляется эта операція въ наши дни. Если прежде она считалась безусловно или почти безусловно смертельной, и случаи съ благополучнымъ исходомъ публиковались, какъ величайшая рѣдкость, то съ тѣхъ поръ, какъ введеніе асептическихъ и антисептическихъ принциповъ въ хирургическую практику развязало руки операторамъ, на эту операцію начали смотрѣть далеко не столь серьезно и, по моему мнѣнію, даже *злоупотребляютъ* ею, принимая ее съ легкимъ сердцемъ и подчасъ безъ достаточныхъ основаній. Лучшимъ доказательствомъ сказаннаго могутъ служить случаи, время отъ времени появляющіеся въ

¹⁾ Les Douze Mois de l'Ecole anti-cesarienne; ouvrage périodique rédigé par le citoyen *Sacombe*, de Carcassonne, depart. de l'Aude, médecin-accoucheur, la faculté de Montpellier, Professeur de Médecine et de Chirurgie des accouchement au Louvre etc. T. I. à Paris, 1797. L'an 6 d. E. R. 8. 64. S.

текущей литературѣ. Такъ, въ началѣ 1896 г. опубликованъ случай кесарскаго сѣченія, произведеннаго д-ромъ *J. Esser*’омъ въ *Altona*. Обстоятельства этого случая были слѣдующія. Дѣло шло о женщинѣ, рожаящей *2-й разъ*, хорошо сложенной, съ совершенно *нормальнымъ* тазомъ и вообще здоровой. Роды *преждевременные*, на 6-мъ мѣсяцѣ; дно матки на ладонь выше пупка; черепное предлежаніе; головка въ *выходѣ*, маленькая; плодъ *мертвый*. Прождавъ около часу, авторъ подѣ наркозомъ *дважды* накладывалъ щипцы, но безуспѣшно, или, лучше сказать, *черезчуръ успѣшно*, ибо при тракціяхъ онъ извлекъ головку, *оторвавъ ее отъ туловища*. Выпали обѣ ручки. Операторъ вошелъ всей рукой въ полость матки, мимоходомъ оборвавъ пуповину, и нашелъ значительно разбитое туловище плода,—ножечъ найти не могъ (хотя онѣ и были),—и такъ какъ этотъ плодъ,—по его мнѣнію, цѣликомъ не могъ пройти *per vias naturales*, а долженъ былъ подвергнуться пункціи или извлеченію по частямъ, то операторъ рѣшилъ сдѣлать *кесарское сѣченіе*. Сдѣлалъ и извлекъ плодъ вѣсомъ 3400 гр. Послѣоперационное теченіе осложнилось небольшимъ нарывомъ брюшной стѣнки. Оперированная выздоровѣла ¹⁾.

Подъ именемъ кесарскаго сѣченія разумѣется операція, при которой предпринимается разрѣзъ *брюшной стѣнки*, разрѣзъ *матки* и черезъ искусственно образованное отверстіе производится *извлеченіе* плода.

Различаютъ слѣдующія *разновидности* кесарскаго сѣченія:

1) кесарское сѣченіе, такъ называемое *классическое* (со швомъ на рану матки). Въ настоящее время едва ли, впрочемъ, кому либо придетъ въ голову оставлять рану матки незашитой, какъ то практиковалось съ глубокой древности до сравнительно недавняго времени. Слѣдовательно, выдѣлать въ особую рубрику операцію *безъ наложенія шва* на матку—нѣтъ надобности.

2) Операцію *Porro*—*amputatio utero-ovarica s. supravaginalis uteri parturientis, resp., gravidi*.

Приготовленія къ операціи. Что касается обстановки при операціи, то она должна быть такая же, какъ *при* всякомъ

¹⁾ „Centralblatt f. Gyn.“ 1896, № 12.

чревосъченіи, т. е. самая щепетильная чистота и педантическое соблюденіе правилъ обезгниливанія—на первомъ планѣ. Эти правила Вамъ хорошо извѣстны, и потому о нихъ я распространяться не буду. Подготовка должна распространяться на *помѣщеніе, оперирующаго, оперируемую* и на *все, что*, такъ или иначе, *приходитъ въ соприкосновеніе* съ оперируемой. Въ виду такихъ требованій, производство операціи должно быть предпринимается въ клиникахъ, родильныхъ домахъ и больницахъ, словомъ—тамъ, гдѣ имѣется подъ руками все, что нужно, согласно современнымъ требованіямъ. Въ всякаго сомнѣнія,—въ этихъ заведеніяхъ условія для операціи будутъ гораздо болѣе выгодными, чѣмъ при производствѣ операціи на частной квартирѣ, гдѣ неизбѣжно будутъ встрѣчаться различные недочеты и упущенія, которые могутъ имѣть фатальное значеніе. Въ крайнихъ случаяхъ, не терпящихъ отлагательства, приходится, однако, рѣшаться на это, и если нельзя надлежащимъ образомъ подготовить помѣщенія, то, по крайней мѣрѣ, сама роженица, оперирующіе и все входящее въ соприкосновеніе должны быть безупречно *чисты*. Для этихъ цѣлей, какъ извѣстно, употребляются растворы тѣхъ или другихъ антисептическихъ веществъ (сулема, карболовая кислота, двуидистая ртуть и т. п.) въ $\frac{1}{100}$ различной крѣпости. Что касается лично меня, то я уже съ 1886/87 академическаго года отказался при производствѣ чревосъченія отъ какихъ бы то ни было антисептическихъ средствъ, ограничиваясь только соблюденіемъ строжайшей чистоты (асептика), и не имѣлъ причинъ раскаиваться въ этомъ. Впрочемъ, это дѣло убѣжденія, и потому я не возвожу этого въ обязательное правило. А для случаевъ производства операцій въ *частной* практикѣ даже прямо согласенъ на примѣненіе противогнилостныхъ средствъ.

Необходимые *инструменты* и другія *принадлежности* при операціи—слѣдующіе: а) брюшистый скальпель, б) 2 длинныхъ пинцета съ крючками, в) 2-е ножницъ—изогнутыя подъ угломъ и обыкновенныя, г) нѣсколько кровоостанавливающихъ зажимовъ *Péan-Koerberle-Kocher*'а (собачки) разной величины, д) нѣсколько пулевыхъ (resp., музейскихъ) щипцовъ, е) резиновый шнуръ (лучше *трубка*), ж) иглы разной величины и 2 иглодержателя, пинцетъ и ножницы обыкновенныя, для подающаго иглы.

Въ качествѣ швейнаго матеріала, асептическіе: *шелкъ* или *кэтгутъ*, гесп., оленьи сухожилія.

Для выборапія крови, удерживанія и защиты внутренностей я употребляю, такъ называемыя *салфетки изъ бѣлой марли*, подвергнутыя предварительному обезпложиванію въ автоклавѣ. Салфетки готовятся двухъ величинъ: большія и малыя. И тѣ и другія подаются для операціи въ опредѣленномъ количествѣ и для большаго удобства (у насъ) салфетки приготавливаются въ пачкахъ по 5 штукъ, чуть-чуть связанныхъ между собою ниткой. Завѣдующій ими помощникъ знаетъ, сколько ихъ было взято, и во всякое время, гесп., предъ закрытіемъ брюшной раны, можетъ безошибочно подтвердить наличность какъ оставшихся неизрасходованными, такъ и бывшихъ уже въ употребленіи, обязательно бросаемыхъ въ одно опредѣленное мѣсто (въ тазъ). Такимъ образомъ устраняется опасность случайнаго оставленія салфетки въ брюшной полости.

Само собою разумѣется, что операція производится *подъ наркозомъ* и что все, необходимое для это цѣли, должно быть наготовѣ. Точно также долженъ быть въ готовности запасъ перевязочнаго матеріала и *повязка* для живота. Способъ наложенія указанъ ниже. Кромѣ этого, требуется достаточное количество асептическаго бѣлья, обезпложенной воды, гесп., физиологическаго раствора NaCl, виннаго спирта 90% или какого либо противогнилостнаго раствора и пр., смотря по тому, кто что употребляетъ, антисептическая марля, наконецъ, лигатуры для пуповины и средства для оживленія плода.

Число *помощниковъ* можетъ быть, конечно, различно, смотря по обстоятельствамъ, но человекъ, не разъ принимавшій участіе въ производствѣ лапаротоміи, всегда будетъ не лишнимъ. Какъ минимумъ, можно ограничиться: однимъ для наркоза, однимъ—противъ ножа и двумя акушерками, изъ коихъ одна завѣдуетъ иглами съ нитками, другая перемѣняетъ воду и пр., а по извлеченіи плода принимаетъ на себя заботы о новорожденномъ, особенно въ случаѣ необходимости его оживленія. Что для этой послѣдней цѣли предпочтительнѣе имѣть врача—понятно само собою.

Роженица помѣщается на столѣ съ приспособленіемъ для положенія по *Trendelenburg'у* въ *горизонтальномъ* положеніи, операторъ становится справа (покойный *Schroeder* при лапаро-

томіи всегда становился слѣва и разрѣзъ проводилъ снизу вверхъ, работая правой рукой), помощникъ *vis-à-vis*. Около оператора помѣщаются инструменты, около помощника—салфетки. Животъ, нижняя часть груди и верхняя часть бедеръ покрываются стерилизованными (и намоченными въ спиртѣ, физиологическомъ растворѣ соли) салфетками изъ марли. На мѣстѣ разрѣза въ такой салфеткѣ дѣлается окно.

Производство операціи можно раздѣлить на нѣсколько *моментовъ*:

- 1) вскрытіе брюшной полости,
- 2) вскрытіе полости матки и плоднаго яйца,
- 3) извлеченіе плода и послѣда,
- 4) зашиваніе раны матки и брюшныхъ стѣнокъ.

1-й моментъ. Разрѣзъ стѣнокъ живота, по авторамъ, начинается отъ пупка и идетъ къ лонному соединенію, примерно, около 15 сант. въ длину. Изъ опасенія поранить мочевоу пузырь, разрѣзъ не доходитъ до симфизы на 1—2 пальца. Это опасеніе, впрочемъ, при нѣкоторой элементарной осторожности (предварительная тщательная катетеризація пузыря, разрѣзъ брюшины на свѣтъ и т. п.), по моему, весьма мало основательно. Разрѣзъ стѣнокъ живота производится по общимъ правиламъ. Напрягая пальцами лѣвой руки кожные покровы, однимъ ударомъ разсѣкаютъ кожу и подкожную клетчатку, затѣмъ по бѣлой линіи постепенно доходятъ до брюшины, которая легко узнается по своей про-свѣчиваемости. Захвативъ ее въ складку двумя пинцетами, одинъ изъ нихъ передаютъ помощнику и дѣлаютъ разрѣзъ между пинцетами. Отверстіе дѣлаютъ небольшое, затѣмъ въ отверстіе вводятъ указательный палецъ (или два) лѣвой руки и по пальцу кривыми ножницами, или ножомъ, расширяютъ рану вверхъ и внизъ. Само собой разумѣется, что при этомъ обращаютъ вниманіе на то, чтобы сальникъ и кишечныя петли не попадали въ область разрѣза и не подвергались опасности пораненія. При разрѣзѣ стѣнокъ подъ руководствомъ одного или двухъ пальцевъ этого всегда можно избѣжать.

Разрѣзъ ведется по *бѣлой линіи* живота. Желательно при этомъ, чтобы разрѣзъ проникалъ въ брюшную полость именно по *linea alba*, а не уклонялся въ сторону той или другой прямой мышцы. По моему мнѣнію, въ глубинѣ разрѣза всегда легко ориентироваться на счетъ положенія бѣлой

линии, нужно только отыскивать ее ближе къ верхнему углу раны и здѣсь же сдѣлать первое отверстіе въ брюшинѣ. Съченіе по бѣлой линіи въ настоящее время представляетъ общепринятый способъ разрѣза стѣнокъ живота. Предложенное въ разное время различными авторами иное направленіе разрѣза, напр. разрѣзъ *справа* или *слѣва* бѣлой линіи, отступя на 2—3 пальца кнаружи—по *Levet'u* и др.; *поперечный* разрѣзъ по *Lawverjat*; *косой или диагональный*—по *Stein'u* младш.; разрѣзъ въ видѣ *ломанной линіи*—по *Zang'u* и др. видоизмѣненія въ настоящее время почти не употребляются ¹⁾.

Указанную длину разрѣза (около 15 сант.) я считаю *недостаточной*, если оперировать по распространенному способу *P. Müller'a*. По моему мнѣнію, лучше сдѣлать нѣсколько *большій* (20 сант.) разрѣзъ *сразу*, чѣмъ, провозившись съ первичнымъ небольшимъ разрѣзомъ, только потомъ увеличивать его. Удлиняя разрѣзъ кверху (за пупокъ), не только не слѣдуетъ, какъ правило, щадить этотъ послѣдній, обходя его слѣва, а, наоборотъ, слѣдуетъ дѣлать разрѣзъ прямо *чрезъ* пупочное кольцо и вырѣзывать такъ часто имѣющееся здѣсь истонченіе стѣнки и нерѣдко выпячиваніе въ видѣ грыжевого мѣшка. Нижняя граница разрѣза можетъ значительно не доходить до симфизы, такъ какъ главная работа предстоитъ въ верхнемъ отдѣлѣ матки. Величина разрѣза въ настоящее время не должна смущать оператора. Практика чревосъченій показала, что это обстоятельство на теченіе послѣоперационнаго періода, само по себѣ, неблагоприятнаго вліянія не оказываетъ. Неудобство, соединенное съ большимъ разрѣзомъ и на которое особенно указываютъ авторы, а именно, выпаденіе *кишекъ* и *сальника*, по моему мнѣнію, *черезчуръ преувеличено*. Во-первыхъ, выпаденіе кишекъ и сальника не представляетъ собою чего-либо особенно неблагоприятнаго. Во-вторыхъ, выпаденіе кишекъ и сальника при кесарскомъ съченіи должно встрѣчаться весьма рѣдко, между прочимъ, потому, что, по извлеченіи матки наружу (по *P. Müller'u*), въ брюшной полости остается очень много пространства, въ которомъ кишечныя петли помѣщаются съ большимъ удобствомъ, и, наконецъ, въ третьихъ, если уже хотѣтъ устранить это неудобство, опери-

¹⁾ Впрочемъ поперечный разрѣзъ опять начинаетъ находить своихъ защитниковъ.

руя ради этого при возможно маломъ разрѣзѣ, то самое простое—это, по извлеченіи матки, наложить на *верхній уголъ* брюшной *раны*, на скорую руку, *2—3 шва* и, такимъ образомъ, временно замкнуть брюшную полость, или, облизивъ *края* раны, *захватить ихъ* (черезъ кожу) *пулевыми щипцами*. Кромѣ всего этого, выпаденіе кишекъ и сальника стоитъ *въ* весьма тѣсной *связи* со степенью и характеромъ *наркоза*. При *глубокомъ* и *спокойномъ* наркозѣ *выпаденія* въ огромномъ большинствѣ случаевъ *не бываетъ*, а если въ извѣстный моментъ операциіи придать оперируемой положеніе по *Trendelenburg'у*,—то тѣмъ болѣе.

Я остановился нѣсколько болѣе на этомъ вопросѣ потому, что это обстоятельство можетъ смущать начинающихъ. Появленіе внутренностей наружу производитъ извѣстное впечатлѣніе, нарушаетъ необходимое спокойствіе оператора, начинается какъ бы борьба съ этимъ выпаденіемъ, непродолжительно тратится время, и операциія идетъ негладко. Встрѣчающееся въ этотъ моментъ операциіи кровотеченіе изъ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ, обыкновенно, незначительно; отдѣльно кровоточащіе сосуды временно захватываются въ зажимы или скручиваются.

2-й моментъ. Вслѣдъ за вскрытіемъ брюшной полости, въ рану, обыкновенно, выпячивается матка. Если разрѣзъ брюшной стѣнки достаточно великъ, то *матка* своимъ дномъ легко *выводится* наружу или просто сдвиганіемъ съ нея брюшныхъ покрововъ, или—рукой, введенной за дно, стараются вытолкнуть матку черезъ разрѣзъ (способъ *P. Müller'a*); нужно имѣть въ виду, что иногда легче вывести матку не прямо, такъ сказать, en face, а направляя ее въ рану какимъ либо однимъ (чаще лѣвымъ) угломъ. По выведеніи наружу, матку *покрываютъ теплыми влажными салфетками*, по возможности, со всѣхъ сторонъ. Затѣмъ, во избѣжаніе кровотечения при разрѣзѣ самой матки,—кровотеченіе, подчасъ можетъ быть очень большимъ,—совѣтуютъ оперировать съ предварительнымъ *наложеніемъ* эластическаго *жгута* (resp., трубки). Наложеніе совершается слѣдующимъ образомъ: помощникъ удерживаетъ матку, а операторъ, захвативъ трубку лѣвой рукой, упирается большимъ пальцемъ въ симфизу (неподвижная точка); затѣмъ, сильно растягивая (правой рукой) трубку, обводитъ ее во-

кругъ матки такимъ образомъ, чтобы она помѣстилась ниже подлежащей части и, конечно, ниже фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ. Трубку накладываютъ или въ два ряда, или довольствуются однимъ рядомъ и, затѣмъ, сильно натягивая оба конца, закрѣпляютъ въ данномъ положеніи, захватывая ихъ въ тотъ или другой зажимъ. Такъ какъ съ наложеніемъ и закрѣпленіемъ жгута *притокъ крови къ маткѣ прекращается*, то плоду грозитъ *опасность* смерти отъ *асфиксии*. Поэтому, выполненіе 2-го момента операціи должно *совершаться*, по возможности, *быстро*. Наложивъ жгутъ, быстро вскрываютъ полость матки на протяженіи 11—12 сант. Разрѣзъ нужно начать у *дна*, вести по срединной линіи и оканчивать *не доходя* до контракціоннаго кольца, т. е. оперировать въ области *дна* и *тыла* матки. Это имѣетъ значеніе потому, что Вы, благодаря этому, оперируете въ такомъ отдѣлѣ матки, который наиболѣе способенъ къ сокращенію, что представляетъ значительную гарантію какъ противъ возможности послѣдовательнаго кровотеченія, такъ и противъ опасенія послѣдующаго расслабленія ткани въ послѣродовомъ періодѣ. Кромѣ того, при этомъ не ранится безъ нужды круговая вена крупнаго калибра, проходящая въ области контракціоннаго кольца. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, возможны исключенія изъ этого правила. Такъ, при поперечномъ положеніи плода и продолжительной работѣ матки, когда плодъ весь, или почти весь, изгнанъ за границу кольца сокращенія, можетъ оказаться болѣе удобнымъ сдѣлать разрѣзъ въ тонкостѣнномъ *нижнемъ* отрѣзкѣ матки, при раненіи котораго вѣроятность болѣе или менѣе значительнаго кровотеченія очень невелика. Если бы разрѣзъ попалъ какъ-разъ на мѣсто *прикрѣпленія послѣда* (такъ называемая *placenta praevia caesarea*), то, не теряя времени, нужно *разрѣзать дѣтское мѣсто* и проникнуть въ полость яйца. Это осложненіе, однако, можетъ быть *предусмотрѣно*, по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Дѣло въ томъ, что наблюденія при кесарскихъ сѣченіяхъ показали, что распознаваніе мѣста прикрѣпленія *placenta* можетъ быть сдѣлано до вскрытія полости матки, если обратить вниманіе на *отношеніе фаллопиевыхъ трубъ къ маткѣ*. Если мѣста прикрѣпленія трубъ *сходятся* довольно близко, значитъ *placenta* прикрѣпляется на *задней* стѣнкѣ матки; если, наоборотъ,

маточные концы трубъ *расходятся* и отстоять далеко другъ отъ друга—дѣтское мѣсто прикрѣпляется *на передней стѣнкѣ*. Въ двухъ случаяхъ кесарскаго сѣченія я имѣлъ возможность провѣрить это наблюденіе и убѣдиться въ его правильности. Насколько возможно считать это несомнѣннымъ для *всѣхъ* случаевъ,—сказать не берусь.

Проф. *H. Fritsch* предложилъ дѣлать разрѣзъ матки не въ продольномъ, а въ *поперечномъ* направленіи (матки), именно, *черезъ дно* матки отъ одной фаллопиевой трубы до другой—такъ называемый—*Fundalschnitt*. Это мотивируется тѣмъ, что разрѣзъ при этихъ условіяхъ идетъ *параллельно* ходу сосудовъ матки, а не пересѣкаетъ ихъ подъ прямымъ угломъ (какъ это должно быть при продольномъ разрѣзѣ). Вслѣдствіе этого опасность кровопотери изъ разрѣза при поперечномъ его направленіи будетъ (будто бы) меньше, чѣмъ при продольномъ. Въ своихъ случаяхъ я нѣсколько разъ слѣдовалъ этому совѣту, но не вынесъ впечатлѣнія, что, въ смыслѣ ограниченія кровопотери изъ разрѣза, рекомендуемое направленіе (разрѣза) имѣетъ замѣтное преимущество предъ общепотребительнымъ. Здѣсь кстати могу сказать, что, проектируя операцію съ примѣненіемъ разрѣза матки по *Fritsch*'у, я нѣсколько видоизмѣнялъ и самый разрѣзъ брюшной стѣнки, а именно, я начиналъ его *гораздо выше*, чѣмъ это дѣлаютъ обыкновенно; значительная часть разрѣза приходилась выше пупка, а нижній уголъ раны лежалъ, въ такихъ случаяхъ, приблизительно на срединѣ между пупкомъ и верхнимъ краемъ лоннаго соединенія. Черезъ такой разрѣзъ операція выполнялась легко, и дальнѣйшаго продолженія его книзу не требовалось. Я упоминаю объ этомъ обстоятельствѣ потому, что думаю, что по вопросу о послѣдовательномъ развитіи грыжи передней брюшной стѣнки (послѣоперационная грыжа), можетъ быть, это имѣетъ извѣстное, болѣе благоприятное значеніе, то есть вѣроятность развитія грыжи будетъ меньше, чѣмъ при обыкновенномъ, ниже идущемъ, разрѣзѣ брюшной стѣнки.

Вскрывши полость матки, нужно проникнуть въ полость *яйца*, то есть *разорвать оболочки*; буде воды еще не прошли, пузырь вскрывается *тутъ же* очень легко. Предварительный разрывъ оболочекъ черезъ рукавъ, по моему, невыгоденъ, хотя бы потому, что разрывъ оболочекъ черезъ маточную

рану при цѣльномъ пузырьѣ будетъ проще и легче, чѣмъ тогда, когда воды сошли и оболочки прилегаютъ къ поверхности плода и могутъ, слѣдовательно, затруднить непосредственный доступъ къ нему. Да, кромѣ того, и возможность случайнаго раненія плода (при вскрытіи матки) при предварительномъ разрывѣ пузыря болѣе вѣроятна (и дѣйствительно наблюдалась).

3-й моментъ. Проникнувъ въ полость яйца, *быстро извлекаютъ плодъ*, при чемъ дѣйствуютъ различно, смотря по тому, съ какимъ предлежаніемъ имѣютъ дѣло: или, захвативъ головку, выводятъ ее черезъ рану и, затѣмъ, извлекаютъ туловище (за плечики), или, захвативъ за паховыя сгибы, или за ножку, или ножки, извлекаютъ сперва туловище, затѣмъ головку. Указываемая нѣкоторыми авторами возможность задержанія головки въ полости матки послѣ извлечения туловища, вслѣдствіе сокращенія, герсп., уменьшенія маточной раны и ущемленія шеи, по моему, едва ли можетъ встрѣтиться при разрывѣ надлежащей величины (11—12 сант.).

Для *устѣха* операціи (*жизнь плода*) необходимо помнить, что съ момента затягиванія жгута до окончательнаго извлечения плода должно пройти *не болѣе* 2—3 мин., что, впрочемъ, легко выполнимо, такъ какъ въ техническомъ отношеніи трудностей здѣсь не представляется. Нужно только оперировать *спокойно* и *увѣренно*. Извлеченный плодъ отдѣляется отъ пуповины, передается заранѣе намѣченному лицу, у котораго всѣ средства, необходимыя для оживленія, находятся *подъ рукой*. По извлеченіи плода, если послѣдъ самъ не отдѣлился къ тому времени, его отдѣляютъ отъ мѣста прикрѣпленія и удаляютъ. Если есть сомнѣніе въ асептичности случая, полость матки промывается и вытирается *помощью ватныхъ, завернутыхъ въ марлю, шариковъ, кусковъ марли и т. п.*, при чемъ употребляютъ какое либо дезинфицирующее средство; затѣмъ, полость матки рыхло выполняютъ (іодоформной) марлей, концы которой выводятся (черезъ каналъ шейки) въ рукавъ (дренажъ матки), и переходятъ къ 4-му моменту операціи.

4-й моментъ. Сшиваніе маточной раны и раны брюшныхъ стѣнокъ.

„*Сшивать*, или *не сшивать*“ рану матки?—вотъ вопросъ, который ставится очень давно и серьезно.

Какъ всегда бываетъ, и онъ имѣлъ своихъ защитниковъ и своихъ противниковъ. Я не стану разбирать историческаго прошлаго этого вопроса; укажу только на то, что многіе свѣтлыя умы изощрялись надъ изобрѣтеніемъ различныхъ способовъ сшиванія, и многія изъ этихъ попытокъ отличались положительнымъ остроуміемъ. Въ виду того, что результаты получались неутѣшительныя, авторы видоизмѣняли способы сшиванія, измѣняли матеріаль и пр.; такимъ образомъ, накопилось весьма много различныхъ предложеній. Но принципиально вопросъ о необходимости сшиванія или несшиванія не поддавался положительному рѣшенію, ибо, и со швомъ, и безъ шва, оперируемая умирали въ огромномъ числѣ. По нѣкоторымъ статистическимъ даннымъ, послѣ сшиванія даже нѣсколько больше; несмотря на это, все-таки нельзя было не склоняться въ пользу сшиванія раны. Да оно и понятно. Одной опасностью (кровотеченіе), угрожающей жизни оперируемой, было меньше. Чѣмъ ближе къ нашему времени, тѣмъ больше идея сшиванія матки завоевывала себѣ приверженцевъ, и съ того времени, какъ мы научились производить асептически внутри-брюшныя операціи, принципъ сшиванія маточной раны установился, надо думать, безповоротно. Исчезла боязнь оставленія въ брюшной полости инороднаго тѣла (лигатуры). Ясно стало, что сближенныя швами края раны не срастаются не потому, что органъ сокращается, что швы ослабѣваютъ и т. п., а что поверхности раны, будучи *инфицированы*, какъ бы плотно онѣ не прилегали, рег ргітап сrostись не могутъ. Безразлично стало, какой матеріаль для шва долженъ быть употребляемъ. И шелкъ, и кѣгутъ, и crin de Florence, и проволока и пр.—все оказалось одинаково пригоднымъ, при одномъ *непремѣнномъ* условіи—*безгнилостности* матеріала.

Время и его вѣянія сдѣлали свое дѣло. И нынѣ едва ли кому либо придетъ въ голову погрузить въ брюшную полость матку съ *незащитой* раной. Для этого нельзя указать достаточныхъ основаній. *Принципъ* сшиванія *общепринятый*—равныя поверхности должны быть какъ можно болѣе *сближены* и находиться во взаимномъ соприкосновеніи. Что же касается *техники*, то она варьируетъ въ рукахъ различныхъ авторовъ. Одни примѣняютъ *этажный* шовъ и различаютъ мышечно-субдецидуальный, мышечно-мышечный, мышечно-

субсерозный и серозо-серозный швы; другіе дѣлать швы на *глубокіе* и *поверхностные*. Нѣкоторые не видятъ надобности въ томъ или другомъ рядѣ швовъ (напр., seroso-seros'ныхъ (Veit) и т. п.). Самый *характеръ* швовъ не одинаковый: шьютъ узловатымъ, шьютъ непрерывнымъ швомъ и, наконецъ, тѣмъ и другимъ вмѣстѣ.

Что касается моего личнаго мнѣнія на этотъ счетъ, то, по моему, способъ сшиванія и самый матеріалъ не играютъ значительной роли, лишь бы то и другое удовлетворяло основнымъ началамъ сшиванія—*поверхности раны должны быть, по возможности, тѣсно сближены на всемъ протяженіи и матеріалъ долженъ быть асептический*. Такими швами, по моему, могутъ считаться узловые швы—глубокіе и поверхностные, а матеріаломъ—шелкъ, извѣстнымъ образомъ приготовленный.

Глубокіе швы накладываются чрезъ брюшину и мышечный слой матки, *не захватывая отпадающей оболочки, resp., не проходя въ полость* матки. Если въ разрѣзѣ видны зіяющіе кровотокающіе сосуды—ихъ приходится иногда обкалывать. При затягиваніи швовъ, разумѣется, нужно позаботиться, чтобы края раны находились въ тѣсномъ соприкосновеніи и губы раны не выворачивались наружу. Въ этихъ видахъ, совѣтуютъ пользоваться листками брюшиннаго покрова матки, загибая ихъ слегка внутрь (только по краю) раны, подобно тому, какъ это предписывается при надвлагалищной ампутаціи по Schröder'у. Предварительная *резекція* мышечной ткани (Sänger) для того, чтобы получить нѣкоторый избытокъ брюшины, вовсе *не нужна*, ибо пуэрперальная сократившаяся матка образуетъ *избытокъ* брюшины въ видѣ складокъ, идущихъ въ *продольномъ* направленіи. Лучше, однако, вовсе *не заворачивать* внутрь *края* брюшиннаго покрова, такъ какъ при этомъ поверхности *мышечной* раны на извѣстномъ протяженіи были бы отдѣлены другъ отъ друга ввернутымъ краемъ брюшиннаго покрова и лишены были бы возможности непосредственно сростись другъ съ другомъ. Листки брюшины при тщательномъ накладываніи и завязываніи швовъ весьма легко прилаживаются другъ къ другу и соприкасаются самымъ тѣснымъ образомъ. Поверхностные швы располагаются между глубокими, смотря по надобности, и ими окончательно достигается полное закрытіе маточной раны (изоляция отъ брюшной полости). Нѣкоторые совѣтуютъ на-

кладывать поверхностные швы по типу кишечного шва, по *Lemberg*'у. Я не раз дѣлалъ это и нахожу удобнымъ.

Количество швовъ должно сообразоваться съ длиной разрѣза и можетъ быть различно. По наложеніи швовъ распускаютъ эластическую трубку (жомъ), и если гдѣ нибудь показывается—между швами, или изъ уколовъ—болѣе или менѣе значительное кровотеченіе, его останавливаютъ новыми поверхностными, или обкалывающими, швами.

Убѣдившись въ отсутствіи кровотеченія, матку опускаютъ въ брюшную полость; если во время операціи не попало ни крови, ни околоплодной жидкости, то прямо приступаютъ къ зашиванію брюшной раны. Въ противномъ случаѣ этому предпосылается туалетъ брюшной полости. Брюшная рана зашивается, обыкновенно, узловатыми (поверхностными и глубокими) швами ¹⁾, послѣ чего на животъ накладывается повязка. По моему, слѣдуетъ на первое время наложить *давящую* повязку. Такія повязки переносятся оперированными безъ всякаго затрудненія, между тѣмъ *выгода* повязки *очевидна* (возможность расслабленія матки, кровотеченіе, рвотныя движенія и т. п.). По окончаніи операціи, подъ кожу впрыскивается 1 шприцъ 5—10⁰/₀ раствора *ерготина*. Дальнѣйшій *уходъ* такой же, какъ за всякой оперированной послѣ чрезосѣченія. Кромѣ того, должны быть выполнены требованія ухода за родильницами. Кормленіе грудью послѣ того, какъ оперированная оправится отъ наркоза, *не* противопоказано.

Изложенный способъ кесарскаго сѣченія носить названіе *классическаго* кесарскаго сѣченія, или *консервативнаго* кесарскаго сѣченія по *Sänger*'у. Не желая нисколько умалять за-

¹⁾ И здѣсь, такъ же какъ и на рану матки, многіе накладываютъ этажные швы, сшивая въ отдѣльности—брюшину, апоневрозы, мышцы и пр. Я не считаю этого обязательнымъ, а поступаю, смотря по обстоятельствамъ. Если нахожу нужнымъ сшивать брюшную рану погружнымъ швомъ, то для этого также употребляю тонкій шелкъ. Обыкновенно я накладываю только апоневротическій шовъ. Глубокіе швы, проходящіе чрезъ всю толщю брюшной стѣнки, я накладываю *изнутри кнаружи*, то есть со стороны брюшины на кожу, а не наоборотъ. Это дѣлается въ тѣхъ видахъ, чтобы не проводить чрезъ весь каналъ укола иглу и нитку, бывшія уже въ соприкосновеніи съ кожей, и не создавать, такимъ образомъ, болѣе благоприятныхъ условій загрязненія раневого канала со стороны кожи, абсолютная асептичность которой внушаетъ сомнѣнія. Швы накладываются при помощи длинной нити съ *двумя* иглами на концахъ.

слуги *Sänger*'а въ вопросѣ о кесарскомъ сѣченіи, послѣднее названіе „по *Sänger*'у“ я, лично, считаю *неудачнымъ*.

Дѣло въ томъ, что современное кесарское сѣченіе отличается отъ классическаго (первоначальнаго) тѣмъ, что въ настоящее время мы а) оперируемъ почти безкровно и б) зашиваемъ наглухо рану матки. Первымъ мы всецѣло обязаны нашему соотечественнику, д-ру *Клебергу* (Одесса), предложившему эластическій жгутъ для предупрежденія кровотеченія при внутрибрюшинныхъ операціяхъ на маткѣ (міомотоміи). Что же касается 2-го, то идея маточнаго шва и необходимость зашиванія матки не только существовала *ранѣе* *Sänger*'а, но и приводилась не разъ въ исполненіе, и притомъ съ благополучными исходами. Правда, *результаты* послѣ операцій при сшиваніи матки по способу *Sänger*'а несравненно *лучше*, чѣмъ это было *раньше*, но не надо забывать, что операція по *Sänger*'у произведена въ первый разъ *въ 1886 г.*, — стало быть въ самый разгаръ развитія ученія объ антисептикѣ, — и придавать выдающееся значеніе, въ отношеніи исходовъ операцій, собственно *способу* сшиванія матки *едва ли позволительно*; тѣмъ болѣе, что предложенный *Sänger*'омъ способъ ¹⁾ употреблялся всего нѣсколько лѣтъ, самъ авторъ *отказался* отъ него и, несмотря на то, что онъ въ настоящее время больше уже *не* употребляется, результаты продолжаютъ быть не только не худшими, а становятся лучше и лучше.

Чтобы покончить съ техникой кесарскаго сѣченія, я долженъ указать на то, что, несмотря на всѣ выгоды, въ смыслѣ предупрежденія потери крови, *при употребленіи эластическаго жгута*, примѣненіе его встрѣчаетъ нѣкоторыя *возраженія*. Эти возраженія сводятся къ слѣдующему:

1) При употребленіи жгута младенцу грозитъ гораздо большая *опасность асфиксiи*, чѣмъ безъ жгута. Это объясняется временнымъ прекращеніемъ маточно-послѣдоваго кровообращенія и, слѣдовательно, возможностью появленія у плода дыхательныхъ движеній въ неподходящей средѣ (околоплодная

¹⁾ *Sänger*, какъ сказано выше, предложилъ на всемъ протяженіи раны матки *отсепаровывать* на нѣкоторомъ разстояніи *брюшину*; затѣмъ вырѣзать изъ обѣихъ губъ раны по пластинкѣ *мышечной* ткани матки (резекція) и, *завернувъ* сдѣлавшійся избыточнымъ лоскутъ *брюшины* внутрь, сплечь края раны.

жидкость). Теоретически противъ такой постановки вопроса нельзя ничего возразить, — она совершенно правильна; но едва ли это такъ серьезно. Практика можетъ привести цѣлую серію примѣровъ, гдѣ, при данныхъ условіяхъ, плодъ извлекался безъ всякихъ признаковъ асфиксіи, вполне жизнеспособный. Само собою разумѣется, что все дѣло *во времени*, которое проходитъ съ момента затягиванія жгута до момента извлеченія плода изъ матки. Оно, поэтому, должно быть *возможно меньше продолжительно*. При нѣкоторой ловкости и привычкѣ къ операціямъ въ брюшной полости, на вскрытіе матки и (плоднаго пузыря) и извлеченіе плода едва ли потребуется болѣе 1—2 мин. Изъ акушерской практики (напр. при извлеченіи за тазовой конецъ, при выпаденіи и прижатіи пуповины, наконецъ, при выпаденіи дѣтскаго мѣста и т. п.) Вы знаете, что плодъ переноситъ безъ особаго вреда измѣненіе условій, resp., прекращеніе маточно-плацентарнаго кровообращенія и болѣе продолжительное время; слѣдовательно, промежутокъ времени въ 1—2 мин. едва ли можетъ считаться *безусловно* пагубнымъ.

2) Примѣненіе жгута ведетъ, будто бы, къ *последовательному кровотеченію*. Послѣ снятія жгута матка находится въ атоническомъ состояніи и кровоточитъ, и это-де находится въ связи съ болѣе или менѣе продолжительнымъ обезкровливаніемъ, resp., сжатіемъ матки.

Что кровотеченіе (атоническое) послѣ примѣненія жгута *можетъ* случиться, этого нельзя отрицать, но оно, вѣдь, *можетъ* случиться и внѣ всякой зависимости отъ жгута, даже послѣ самыхъ обыкновенныхъ родовъ, совершившихся одними силами природы, безъ всякаго пособія искусства.

Кромѣ того, въ такихъ случаяхъ и разобратъ почти невозможно. Противники жгута будутъ доказывать, что кровотеченія не было бы, если бы не былъ наложенъ жгутъ, а защитники будутъ утверждать, что жгутъ тутъ ни при чемъ, что это именно такой случай, въ которомъ и безъ жгута, все равно, кровотеченіе непремѣнно было бы, тѣмъ болѣе, что кровотеченіе послѣ употребленія жгута, хотя и встрѣчается, но не какъ правило. Въ подтвержденіе вреднаго дѣйствія жгута ссылались на наблюденія изъ хирургической практики, показавшія, что послѣ операцій со жгутомъ, по *Эсмарху*, послѣдовательное кровотеченіе составляетъ довольно

частое осложненіе. На это можно возразить, что способъ примѣненія жгута при кесарскомъ сѣченіи, и при хирургическихъ операціяхъ на конечностяхъ значительно различается, такъ какъ перетягиванію конечности жгутомъ предшествуетъ обезкровливаніе ея методическимъ наложеніемъ упругаго бинта, чего нѣтъ при кесарскомъ сѣченіи. Далѣе, сравненіе это не выдерживаетъ критики и потому, что матка есть органъ, состоящій изъ гладкой мышечной ткани, направленіе и расположеніе пучковъ которой представляется своеобразнымъ, особенно во время родовъ.

3) Не всегда, однако, примѣненіе жгута, говорятъ, можетъ быть выполнено, напр. въ случаѣ глубокаго положенія предлежащей части. Это едва ли вѣрно. Если предлежащая часть стоитъ надъ входомъ—а вѣдь такіе случаи и нужно считать показанными,—нѣтъ необходимости накладывать жгутъ непремѣнно на шейку. Можно охватить, въ случаѣ нужды, верхній отдѣлъ рукава (вытянувши его за входъ въ тазъ), какъ это примѣнялось при міомотоміи въ такихъ случаяхъ, гдѣ шейка изглажена. Результатъ, въ смыслѣ обезкровливанія, получается вполне удовлетворительный.

Для категорическаго и прочнаго рѣшенія этихъ возраженій, мнѣ казалось, слѣдовало подвергнуть этотъ вопросъ *экспериментальному* изслѣдованію и выяснить: 1) дѣйствительно ли употребленіе жгута способствуетъ, или вызываетъ атонію матки (послѣдовательное кровотеченіе)? 2) если такъ, то сколько времени долженъ лежать жгутъ, чтобы вызвать это явленіе? 3) какъ относится обезкровленная матка къ раздраженіямъ механическому, термическому и проч.?

По моему предложенію, докторомъ *В. А. Столытинскимъ* ¹⁾ произведены были въ этомъ направленіи *опыты на различныхъ животныхъ* (овцы, собаки, кошки, кролики). Этими опытами было установлено, что *время*, въ теченіе котораго примѣняется жгутъ, представляется *не безразличнымъ* для плода и для матери, для перваго—въ смыслѣ болѣе легкой возможности наступленія асфиксіи, для второй—въ смыслѣ атоніи, *гесп.*, послѣдовательнаго кровотеченія, при чемъ это явленіе обуславливалось *не непосредственно сжатіемъ* маточной ткани (*гесп.*, *нервовъ*), а только *обезкровливаніемъ*

¹⁾ „Къ вопросу о technikѣ кесарскаго сѣченія“. Казань, 1889 г. Дисс.

органа. Кромѣ того выяснилось, что *матка*, подвергавшаяся дѣйствию жгута,—какъ во время его дѣйствія, такъ и по прекращеніи дѣйствія, *реагировала* на механическія и другія раздраженія значительно *слабѣе*, чѣмъ матка, не подвергавшаяся дѣйствию жгута.

Такимъ образомъ, на основаніи этихъ данныхъ, можно сдѣлать слѣдующіе выводы. Хотя кровоостанавливающій эффектъ примѣненія жгута оказывается блестящимъ, тѣмъ не менѣе желательно возможно большее *ограниченіе* его вреднаго дѣйствія. Въ виду этого, практическій образъ дѣйствій у постели роженицы можетъ быть такой:

Наложить жгутъ и, *не затягивая* его, приступить къ разрѣзу матки. Кровотеченіе, сопровождающее этотъ моментъ, имѣетъ далеко не всегда угрожающій характеръ, по крайней мѣрѣ, оно далеко не всегда такъ велико, чтобы изъ-за него стоило рисковать результатами операціи, то есть жизнью плода (асфиксія) и возможностью послѣдовательнаго кровотеченія (атонія). Если бы, однако, кровотеченіе оказалось очень значительнымъ (напр., при разрѣзѣ дѣтскаго мѣста—*placenta praevia caesarea* и пр.), то ограничить его всегда въ Вашей власти. Стоитъ только затянуть заранѣе наложенный жгутъ, и кровотеченіе тотчасъ останавливается. Времени на это требуется такъ мало, что объ этомъ не стоитъ и говорить, тѣмъ болѣе, что въ хорошо обставленномъ случаѣ это исполняется ассистентомъ, заранѣе готовымъ къ этому, и, слѣдовательно, операція продолжается безъ всякаго замедленія. Другими словами, она не теряетъ въ быстротѣ, а слѣдовательно болѣе худшихъ условійхъ. Такой способъ примѣненія жгута *предпочтительнѣе* закрѣпленія его до разрѣза матки, между прочимъ, потому, что при этомъ исключается возможность излишняго (геср., вреднаго) сжатія (сдавливанія) тканей матки, такъ какъ, по разрѣзѣ матки, сдавливаніе можетъ быть, такъ сказать, дозировано по столько, по сколько это требуется *для остановки* кровотеченія, тогда какъ при предварительномъ затягиваніи и закрѣпленіи жгута *силу*, или *степень* необходимаго *сдавливанія* матки *разсчитать нельзя*, за неимѣніемъ руководящихъ данныхъ (отсутствіе кровотеченія).

Такимъ образомъ, если жгутъ не былъ затянутъ по требованію обстоятельствъ при разрѣзѣ матки, то въ дальнѣй-

шемъ теченіи операціи примѣненіе его дѣлается уже излишнимъ, ибо, по извлеченіи плода, resp., опорожненіи матки, она быстро и рѣзко сокращается, а слѣдовательно, и не кровоточить скольконибудь значительно. Попавшіе въ разрѣзъ и кровоточащіе сосуды болѣе или менѣе крупнаго калибра легко могутъ быть обколоты, или захвачены во временно наложенные зажимы. Да даже и въ томъ случаѣ, если бы, по отдѣленіи послѣда, появилось сильное кровотеченіе изъ мѣста прикрѣпленія плаценты (и изъ разрѣза), примѣненіе жгута не имѣло бы смысла. Въ этомъ случаѣ кровотеченіе слѣдуетъ разсматривать *не какъ* непосредственный *результатъ раненія* (такъ сказать, кровотеченіе *хирургическое*), а какъ послѣдствіе *разслабленія* матки—кровотеченіе *атоническое*, которое, какъ таковое, можетъ быть остановлено только возбужденіемъ *сокращеній* матки. А изъ предыдущаго Вы знаете, что, во время дѣйствія жгута и нѣкоторое время спустя, матка находится въ состояніи разслабленія и плохо отвѣчаетъ сокращеніями на различныя внѣшнія раздраженія. Слѣдовательно, къ имѣющейся уже атоніи примѣненіемъ жгута Вы прибавили бы еще вызванную *искусственно*.

Въ такихъ случаяхъ, по мнѣнію моему, лучше всего стараться тотчасъ же закрыть рану матки швомъ, дѣйствуя въ то же время на внутреннюю поверхность полости ея горячей (40—45° R) обезпложенной водой, resp., физиологическимъ растворомъ NaCl и механически раздражая органъ снаружи. Самый актъ шиванія маточной раны уже служить довольно надежнымъ средствомъ для возбужденія маточныхъ сокращеній.

Совѣтъ, въ случаѣ кровотеченія, *тампонировать* полость матки іодоформной марлей и вывести конецъ ея въ рукавъ (*Dührssen*)—едва ли практиченъ. На матку въ этомъ случаѣ слѣдовало бы смотрѣть, какъ на *полостную* рану, имѣющую опредѣленную *вмѣстимость*, выполняя которую, Вы способствуете остановкѣ кровотеченія по принципу *прижатія*. Но матка послѣ родовъ способна значительно *измѣняться* въ объемъ (разслабляться), при рѣзко выраженной атоніи, доходя иногда до колоссальныхъ размѣровъ. Въ такихъ случаяхъ тампонъ, по необходимости, будетъ лежать въ полости (разслабленной матки) болѣе или менѣе *свободно*, безъ тѣснаго соприкосновенія со стѣнками ея, и дѣйствіе его будетъ

весьма проблематично. Если же держаться правила—набивать полость матки *ad maximum*, то есть до степени ея *наибольшаго* (возможнаго въ данную минуту) *растяженія*, то кромѣ *неувѣренности* въ томъ, что черезъ нѣкоторое время *объемъ* органа *не увеличится*, получается еще *неудобство*, что *зашивать* рану матки, по наложеніи тампона, придется при условіяхъ значительнаго *напряженія краевъ*. Недавно (1894) и самъ *Dührssen* призналъ справедливость этихъ возраженій. Едва ли можно согласиться, что какъ то, такъ и другое ставить матку въ условія, близко подходящія къ физиологическимъ условіямъ послѣродового періода. Такимъ образомъ, *теоретически*, по крайней мѣрѣ, приведенныя *возраженія неустрашимы*. Если же, въ доказательство пригодности метода, ссылаться на успѣшные случаи *in practica*, то, во-первыхъ, есть случаи, гдѣ тампонада *не останавливала* кровотеченія (проф. *Оттъ*), а во-вторыхъ, никто не можетъ утверждать съ достаточной положительностью, что кровотеченіе обязано остановкою *именно* примѣненію тампона. Несмотря на сказанное, въ нѣкоторыхъ своихъ случаяхъ я и самъ охотно допускалъ примѣненіе іодоформенной марли, но не какъ *тампона*, а съ дѣлюю *дренажа*, въ особенности при сколько нибудь подозрительныхъ (въ смыслѣ асептичности) случаяхъ. На это я и обращаю здѣсь Ваше вниманіе.

Возвращаясь опять къ вопросу о жгутѣ, я долженъ въ заключеніе сказать, что жгутъ слѣдуетъ примѣнять *только съ кровоостанавливающей* цѣлью, слѣдовательно, при *наличности* кровотеченія, а *не профилактически*—стало быть, *не во всѣхъ* случаяхъ, а только въ нѣкоторыхъ. Когда кровоостанавливающій эффектъ достигнуть, то относительно времени удаленія жгута, по моему, можно пользоваться слѣдующимъ признакомъ. Если, по опороженіи матки, *gesp.*, удаленіи послѣда, матка *хорошо сокращается*, можно распустить жгутъ, и если кровотеченіе изъ разрѣза ничтожно, жгутъ можно удалить; если же кровотеченіе окажется значительнымъ—можно опять стянуть жгутъ и поскорѣй зашить рану. При этомъ желательнаго, чтобы жгутъ, будучи затянутъ, лежалъ *какъ можно меньше* времени.

Въ теченіе послѣднихъ 9 лѣтъ я, однако, ни въ одномъ случаѣ кесарскаго сѣченія не примѣнялъ жгута, а довольствовался сжатіемъ нижняго отрѣзка матки руками асси-

стента. А въ послѣднихъ 10 случаяхъ кесарскаго сѣченія не примѣнялось и это массовое сжиманіе, а производилось только сжиманіе *маточныхъ* артерій. Для того, чтобы выполнить хорошо этотъ пріемъ, конечно, требуется надежный помощникъ, обладающій извѣстной ловкостью и яснымъ пониманіемъ дѣла. Обыкновенно, мы поступали такимъ образомъ, что по извлеченіи матки изъ брюшной полости помощникъ ощупывалъ и точно опредѣлялъ мѣсто положенія маточныхъ артерій. Это при нѣкоторомъ вниманіи удается довольно легко. Ясно чувствуется пульсація артерій, а если сдавить сосудъ, то получается особое ощущение какъ бы *жуужжанія*. Найдя артеріи, помощникъ былъ, такъ сказать, насторожѣ и *по разрѣзъ матки*, если кровотеченіе было сильное, сжималъ ихъ (артеріи) между пальцами. Сдавливаніе дѣлалось такимъ образомъ, что большой палецъ помещался на задній листокъ брюшины, остальные располагались на переднемъ. Изъ вышеизложеннаго ясно, что при операціи кесарскаго сѣченія вполне возможно обойтись безъ примѣненія резинового жгута. Если тѣмъ не менѣе я описалъ способъ его употребленія (указавъ на возможность устраненія отрицательныхъ сторонъ), то имѣлъ въ виду не акушеровъ-гинекологовъ, производящихъ десятки и сотни чревосѣченій, а имѣлъ въ виду тѣхъ, кто не владѣетъ широкимъ опытомъ и вынужденъ оперировать при болѣе или менѣе скромной обстановкѣ и скромной ассистенціи.

Результатъ, въ смыслѣ ограниченія кровотеченія, не оставляетъ желать лучшаго. Но я долженъ замѣтить, что при затянувшемся зашиваніи матки пальцы очень устаютъ, требуется извѣстная настойчивость въ удерживаніи ихъ въ одномъ и томъ же положеніи, а потому сшиваніе слѣдуетъ вести хотя и систематически, но по возможности быстро. Я самъ, ассистируя при кесарскомъ сѣченіи, убѣдился въ этомъ. Вотъ почему этотъ способъ, будучи очень хорошъ по идеѣ и по получаемымъ результатамъ, конечно, болѣе утомителенъ, чѣмъ, напр., сжатіе нижняго отрѣзка *en masse*, а тѣмъ болѣе наложеніе жгута. Само собою разумѣется, что (временное) *личное* неудобство оператора или его помощника не можетъ служить основаніемъ считать этотъ способъ менѣе пригоднымъ и отказываться отъ его примѣненія въ пользу другихъ способовъ, менѣе выгодныхъ для больныхъ, хотя,

можетъ быть, и болѣе удобныхъ для оперирующихъ.— Впрочемъ, я долженъ обратить Ваше вниманіе на то, что настойчивое, непрерывное *сдавливаніе* артерій далеко *не* всегда *необходимо*. Будутъ случаи — и мнѣ приходилось встрѣчать ихъ, — въ которыхъ, по извлеченіи плода и послѣда, матка сокращалась очень хорошо, и кровотеченіе изъ разрѣза бывало весьма ничтожное и опасеній не внушавшее. Оно не усиливалось и послѣ того, какъ прекращали сдавливать артеріи. Думается мнѣ, что направленіе разрѣза матки имѣетъ извѣстное значеніе, — а именно самымъ благопріятнымъ можно считать то направленіе, которое какъ разъ совпадаетъ *съ срединной линіей* матки, идущей сверху внизъ и дѣлящей ее на двѣ равныхъ части.— Это своего рода *linea alba* матки.

Предложеніе — по вскрытіи брюшной полости не выводить матку (способъ *P. Müller'a*), а оперировать (и сначала до конца) *in situ*, по моему, *не заслуживаетъ подражанія*. Правда, при этомъ длина брюшной раны можетъ быть *меньше* (что, какъ выше указано, существеннаго значенія не имѣетъ), но за то выполненіе деталей операціи болѣе затруднительно, да и опасность отъ кровотеченія (неудобство или даже невозможность сдавить сосуды матки, наложить жгутъ) и возможность попаданія крови, околоплодной жидкости и пр. въ полость брюшины несравненно больше.

ОПЕРАЦІЯ PORRO.

Въ виду того, что исходы послѣ операціи кесарскаго сѣченія были большею частью крайне печальны, явилась мысль видоизмѣнить эту операцію такимъ образомъ, чтобы послѣ удаленія плода вырѣзывать и матку. Мысль, положенная въ основаніе этого способа, была та, что такъ какъ главныя причины смерти послѣ кесарскаго сѣченія находятся въ зависимости отъ *кровотеченія* изъ раны матки и *зараженія* брюшины изъ той же раны, какъ тогда думали, то требовалось уничтожить источникъ этихъ опасностей.

Такая операція, съ заранѣе обдуманнѣмъ намѣреніемъ и по предначертанному плану, впервые была произведена (и съ полнымъ успѣхомъ) 21 мая 1876 г. проф. *Ed. Porro* (въ Миланѣ) и носить его имя.

Эта операція отличается отъ кесарскаго сѣченія тѣмъ, что, по извлеченіи плода, разрѣзъ матки не зашивается, а производится частичное *удаленіе* самого органа вмѣстѣ съ *придатками*, то есть операція представляетъ собою комбинацію кесарскаго сѣченія съ надвлагалищной *ампутаціей* матки (*amputatio utero ovarica*).

Моменты операціи слѣдующіе: 1) вскрытіе брюшной полости, 2) извлеченіе матки изъ брюшной полости, 3) наложеніе 1) жгута, 4) вскрытіе матки, 5) извлеченіе плода и удаленіе послѣда, 6) ампутація матки въ надвлагалищной части, при чемъ удаляются трубы и яичники 2). Послѣдній моментъ операціи выполняется такимъ образомъ, что, отступя пальца на 3 выше мѣста наложенія жгута, циркулярнымъ разрѣзомъ отрѣзываютъ матку, трубы и яичники; на мѣстѣ матки остается культя, охваченная жгутомъ. Сосуды, видимые глазомъ на поверхности разрѣза, перевязываются отдѣльно, или *en masse* (Это, впрочемъ не безусловно необходимо, если оперируютъ по внѣбрюшинному способу и выводятъ наружу культю, крѣпко перетянутую *жгутомъ*). Дальнѣйшія дѣйствія будутъ различны, въ зависимости отъ обращенія съ культей. Существуютъ два метода—*внѣ* брюшинный и *внутривнутрибрюшинный*.

При *внѣбрюшинномъ* способѣ культя, перетянутая жгутомъ, или безъ него, выводится и укрѣпляется въ нижнемъ углу раны. Въ послѣопераціонномъ періодѣ культя, перетянутая жгутомъ, конечно, должна омертвѣть и отвалиться.

Время, потребное для *отторженія* культы, различно. Большею частью оно совершается въ $\frac{1}{2}$ или въ концѣ 3-й нѣдѣли. По отпаденіи культы, въ нижнемъ углу разрѣза брюшной стѣнки имѣется воронкообразное углубленіе (иногда довольно значительное), покрытое грануляціями. Окончательное заживленіе совершается *per secundam*.

Я изложилъ внѣбрюшинный методъ съ *принципіальной* стороны; въ деталяхъ его выполненія у авторовъ встрѣчаются нѣкоторыя особенности, напр. по вопросу о примѣненіи жгута, зажимовъ и т. п.

1) *Затягивать* жгутъ я совѣтую *послѣ* извлеченія плода.

2) Вопросъ объ удаленіи или оставленіи *придатковъ* въ каждомъ данномъ случаѣ лучше всего ставить и рѣшать согласно особенностямъ случая и сопутствующимъ обстоятельствамъ; *принципіально не слѣдуетъ* удалять *придатки* (въ особенности яичники).

Внутрибрюшинный способ отличается отъ предыдущаго тѣмъ, что культия опускается въ брюшную полость, и брюшная рана наглухо закрывается. Я производилъ эту операцію по тѣмъ же правиламъ, какія приняты мною при надвлагалищной ампутаціи матки, напр., по поводу фиброміомъ и т. п. По извлеченіи плода, resp., послѣда, я перевязываю питающіе матку сосуды. Чтобы открыть себѣ свободный доступъ къ маточной артеріи (*art. uterina*), наложивъ лигатуру, я разсѣкаю круглую связку и ея брыжжейку; затѣмъ разрѣзъ идетъ справа налѣво, или наоборотъ, по брюшинѣ, давая возможность тупымъ путемъ произвести дальнѣйшую отслойку брюшины съ передней поверхности матки и отодвинуть, насколько требуется, мочевой пузырь. Это удается очень легко. Затѣмъ я углубляюсь въ подбрюшинное пространство въ толщу широкой связки, держась ближе къ маткѣ. Артерія, которая легко ощупывается пальцемъ и, обыкновенно, видна глазомъ, захватывается въ крѣпкій зажимъ. Исчезаніе пульсаціи въ сосудѣ по ту сторону зажима служить указателемъ, что зажимъ наложенъ хорошо. Далѣе, я захватываю въ зажимы верхній отдѣлъ широкой связки, накладывая зажимы сверху внизъ или спереди назадъ, то есть, дѣлая отверстіе въ задней пластинкѣ широкой связки и пропуская чрезъ него (спереди назадъ) одну вѣтвь зажима. Послѣ этого связка (между зажимами) перерѣзывается ножницами вплоть до зажима, лежащаго на *art. uterina*. Покончивъ съ одной стороной, перехожу на другую, гдѣ дѣлается то же самое. Когда связки съ обѣихъ сторонъ разсѣчены, матка становится еще болѣе подвижною и легко приподнимается надъ уровнемъ брюшной раны. Теперь, круговымъ разрѣзомъ я отдѣляю матку. Разрѣзъ проводится такимъ образомъ, что остающаяся культия представляетъ собою небольшую часть шейки. При этомъ я обращаю вниманіе на то, чтобы сдѣлать разрѣзъ съ такимъ расчетомъ, дабы остался избытокъ (брюшины), вполне достаточный для покрытія культи при окончательной обработкѣ ея. Кровотеченія изъ разрѣза, обыкновенно, не наблюдается, но такъ какъ зажимы на *art. uterina* накладываютъ близко къ маткѣ, resp., послѣ отхожденія отъ главнаго ствола *arter. uterinae* ея вѣтви—*ram. vagin.*, то въ область разрѣза могутъ попасть мелкія артеріальныя вѣтви, которыя тутъ же захваты-

вають въ зажимы или, еще лучше, ткань культи крѣпко захватываютъ пулевыми или музейскими щипцами, что и останавливаетъ кровотеченіе и, кромѣ того, даетъ возможность удерживать культу, дабы она не ушла въ брюшную полость. По удаленіи матки, я перевязываю сосуды и снимаю зажимы. Если въ нихъ былъ захваченъ избытокъ ткани, которая подверглась сильному сдавливанію, то этотъ избытокъ срѣзывается ножницами. Дальнѣйшая обработка культи ведется такимъ образомъ, чтобы въ полость брюшины не выдавалось *никакой раненой* поверхности, обнаженной отъ брюшины. Это достигается слѣдующимъ образомъ. Культа широкихъ связокъ 1 — 2 тонкими швами притягивается къ культѣ шейки сбоку, къ ея обнаженной отъ брюшины поверхности. Затѣмъ, лоскутъ брюшины спереди (вмѣстѣ съ круглой связкой) прилаживается къ брюшинному лоскуту сзади и пришивается. Образовавшіяся въ брюшинѣ щели (вслѣдствіе надрѣза широкихъ связокъ) также закрываютъ тонкими швами. Самый разрѣзъ шейки я, обыкновенно, закрываю швами, проходящими чрезъ оба брюшинныхъ лоскута (передній и задній) и сближающими ихъ. Обработанная такимъ образомъ культа имѣетъ подобіе (какъ бы) маленькой матки съ придатками. Въ случаѣ надобности, я оставляю часть культи не зашитой и чрезъ просвѣтъ канала шейки провожу марлевый дренажъ въ рукавъ, который и кромѣ того рыхло тампонируется. При обработкѣ культи положеніе по *Trendelenburg*'у значительно облегчаетъ выполнение деталей операціи.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ нѣкоторые авторы совѣтовали поступать и иначе. Наложивъ крѣпкія лигатуры по сторонамъ шейки (перевязка а.а. *uterinae et spermaticae*), снять ягутъ и вывернуть культу въ рукавъ такимъ образомъ, чтобы вмѣстѣ матки осталась воронка, выстланная брюшиннымъ покровомъ матки (культи), а поверхность срѣза, вмѣстѣ съ лигатурами, смотрѣла въ рукавъ. Это, стало быть, — искусственная инверсія матки (геср., культи). При мягкости тканей культи, ширококомъ каналѣ шейки и зѣвѣ, вывернуть культу въ рукавъ, дѣйствуя со стороны брюшной полости (сверху внизъ) или чрезъ рукавъ (снизу вверхъ), напр., захватывая музейскими щипцами или потягивая за нитки, предварительно проведенныя чрезъ края культи и выведенныя въ

рукавъ, удается легко ¹⁾. Затѣмъ, воронка со стороны брюшной полости зашивается, при чемъ брюшинныя поверхности соединяются спереди назадъ, то есть швы накладываются въ фронтальномъ направленіи. Такимъ образомъ, брюшная полость совершенно изолируется. Избытокъ тканей культи, вывернутой въ рукавъ, обрѣзывается, и рукавъ тампонируется іодоформной марлей. Въ послѣоперационномъ періодѣ культи сморщивается, заживленіе происходитъ *per secundam*, лигатуры отпадаютъ медленно, держась иногда цѣлыя недѣли, и окончательное закрытіе раны (образование рубца) затягивается, хотя безъ замѣтныхъ неудобствъ для больныхъ, которыя, чувствуя себя удовлетворительно, обыкновенно, выписываются изъ больницы гораздо раньше этого срока.

Идея этого видоизмѣненія *Porro*вской операциі предложена *Frank*'омъ. *Beaucamp* ²⁾ описалъ нѣсколько случаевъ производства операциі по этому плану. Въ сообщенныхъ ³⁾ позже случаяхъ *Frank* поступалъ нѣсколько иначе. По опороженіи матки, онъ не дѣлалъ ампутаціи, а, проведя черезъ губы маточной раны крѣпкія лигатуры и захвативъ ихъ въ пинцетъ, снималъ жгутъ, опускалъ пинцетъ съ нитками чрезъ полость матки въ рукавъ и, затѣмъ, изъ половой щели наружу. При сильномъ влеченіи за нитки и дѣйствуя со стороны брюшной полости, операторъ производилъ *выворотъ* всей матки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ яичники были предварительно удаляемы, а въ послѣднихъ изъ описанныхъ выворачивались цѣликомъ матка и придатки. По образованіи выворота закрывалась и брюшная рана. На вывернутую такимъ образомъ и вытянутую изъ половой щели матку накладывался *жгутъ*, ниже котораго матка срѣзывалась. Культи со жгутомъ вправлялась въ рукавъ, который тампонировался іодоформной марлей.

Относительно достоинствъ этихъ предложеній я думаю, что рекомендовать ихъ въ качествѣ *способовъ*, сознательно (а не случайно) примѣняемыхъ — *нѣтъ никакого основанія*. Что искусственный выворотъ матки, наложеніе на нее жгута и пр.—пріемъ грубый, отнюдь не хирургическій и неоправ-

¹⁾ *Frascani* (Pisa) оперировалъ по этому плану съ благополучнымъ исходомъ для матери и плода. „Annali di Ost. Gin.“ 1892, № 8.

²⁾ Archiv f. Gyn. B. XXXVI, H. 2.

³⁾ Ibid. B. XL, H. 1.

дываемый необходимостью—это ясно для всякаго. Да и первое видоизмѣненіе — выворачиваніе культи матки въ рукавъ — приемъ тоже совершенно не нужный. Если желаете оставить возможно меньше тканей культи, то вѣдь стоитъ только провести отдѣляющій (ампутаціонный) матку разрѣзъ возможно ниже, гср., ближе къ сводамъ, то и выворачивать будетъ нечего. Мнѣ приходилось оставлять столь ничтожную культию, что она состояла почти только изъ губъ зѣва, такъ что, по закрытіи культи брюшиной, получалось впечатлѣніе, что теперь углубленія передняго дугласа не существуетъ.

Изъ описанія всѣхъ этихъ методовъ видно, что при этой операціи удаляются и матка (частично), и *придатки*. Последнее, по мнѣнію моему, не только *не необходимо*, но и прямо *нежелательно* и будетъ въ ущербъ оперируемой. Какое огромное значеніе для организма женщины имѣетъ присутствіе этихъ органовъ—Вы знаете. Поэтому, я совѣтую и при Porro'вской операціи, и при ея видоизмѣненіяхъ *не удалять яичники*, если они, сами по себѣ, не требуютъ удаленія (кистовидное перерожденіе и т. п.). Нельзя лишать женщину половыхъ железъ только потому, что для оставленія ихъ пришлось бы оператору нѣсколько видоизмѣнить технику. Выше я уже указывалъ Вамъ, какъ нужно поступать въ этихъ случаяхъ.

Не вдаваясь въ подробный критическій разборъ достоинствъ и недостатковъ *внѣбрюшиннаго* и *внутрибрюшиннаго* способовъ обращенія съ культей, уже одно то, что при *внѣбрюшинномъ* способѣ неизбежно создаются *нестественныя* анатомо-топографическія отношенія органовъ брюшной и тазовой полостей—помимо другихъ неудобствъ (длительное заживленіе раны, возможность образованія брюшно-влагалищнаго свища и т. п.), заставляетъ меня принципиально высказаться въ пользу *внутрибрюшиннаго* способа. Что же касается случаевъ, въ которыхъ операція предпринимается на *подозрительномъ* или *завѣдомо инфицированномъ* органѣ (endometritis sub partu), то, вмѣсто того, чтобы оставлять зараженный кусокъ матки (очагъ инфекціи) вшитымъ въ брюшную рану, гораздо цѣлесообразнѣе сдѣлать операцію *полнаго удаленія* матки. Съ технической стороны выполненіе этого плана не представитъ особыхъ затрудненій, а гарантіи, несомнѣнно, будетъ больше.

По удаленіи матки и остановкѣ кровотеченія, отверстіе въ сводѣ не нужно зашивать, а необходимо установить широкій дренажъ, обезпечивающій стокъ чрезъ рукавъ изъ брюшной (тазовой) полости. Брюшная же рана зашивается наглухо.

GASTRO-ELYTRO TOMIA.

Эта операція носитъ имя *Ritgen*'а. Идея операціи состоитъ въ томъ, чтобы устранить два неблагоприятныхъ обстоятельства, неизбѣжныхъ при операціи кесарскаго сѣченія, а именно—*вскрытіе брюшной полости и раненіе матки*. Способъ производства операціи слѣдующій: разрѣзъ брюшной стѣнки идетъ параллельно пупартовой связкѣ, начинаясь отъ *spina il. ant. sup.* и до *tubercul. ileopect.* Это, такъ называемый, *Пироговскій* разрѣзъ, употребляемый при перевязкѣ *art. ilіаса*. Дойдя послойнымъ сѣченіемъ до брюшины, *не вскрываютъ ее*, а отсепааровываютъ кнутри, проникая по *подбрюшинной* клѣтчаткѣ (*parametrium, spat. subperitoneale*) вглубь до верхнихъ отдѣловъ рукава (часть, лежащая выше діафрагмы таза). Теперь пальцами, введенными въ рукавъ, изнутри кнаружи напрягаютъ стѣнки его и выпячиваютъ, по возможности, въ рану, со стороны которой влагалище и вскрывается длиннымъ разрѣзомъ; направленіе его, приблизительно, должно совпадать съ направленіемъ наружнаго разрѣза. Чрезъ сдѣланный разрѣзъ *рука* вводится въ *рукавъ* и оттуда въ *полость* матки. Затѣмъ, по общимъ правиламъ производится *поворотъ* на ножки съ послѣдующимъ извлеченіемъ плода. Такимъ образомъ, какъ введеніе руки, такъ и извлеченіе плода, совершается *минуя полость брюшины*, которая остается, или, по крайней мѣрѣ, по идеѣ, *должна* оставаться не вскрытою. Говорю „должна“ потому, что во многихъ операціяхъ, даже въ *первой*, предпринятой *Ritgen*'омъ, избѣжать вскрытія брюшины *не удалось*, равно какъ и разрѣза самой матки.

Эта операція, имѣвшая цѣлью избѣжать раненія брюшины (которое считалось весьма опаснымъ) и раненія матки (кровотеченіе), если и имѣла нѣкоторый смыслъ „во время оно“, то въ болѣе близкое къ намъ время, въ періодъ расцвѣта внутрибрюшинной хирургіи, казалось, должна была быть забыта, между тѣмъ еще въ 1877—78 г. эта операція

(въ Америкѣ) была примѣняема на живыхъ—одинъ разъ со смертельнымъ (*G. Thomas*) и 2 раза съ благополучнымъ исходами (*A. Skene*).

Несмотря на это и не входя въ подробный разборъ операціи по существу, можно смѣло утверждать, что *gastro-elytrotomia* не имѣетъ будущности уже по одному тому, что сравнительная простота и легкость производства операціи всегда будутъ на сторонѣ классическаго кесарскаго сѣченія. Другіе же (основные) мотивы разбираемой операціи (опасность раненія брюшины и матки) въ наше время не имѣютъ прежняго значенія.

Въ самое послѣднее время на международномъ съѣздѣ въ Лиссабонѣ *Frank* сдѣлалъ докладъ о надлобковомъ родоразрѣшеніи. При этомъ способѣ разрѣзь проводится черезъ кожу, апоневрозъ и мышцы на 2—3 сант. выше лона. Въ брюшинѣ дѣлается окно; затѣмъ отсепаровывается брюшина передняго дугласа (отъ матки) и передній листокъ широкой связки. Отслоенный листокъ пришивается къ пристѣночному листку брюшины, такимъ образомъ часть матки (нижній сегментъ), лишенная брюшины, вскрывается внѣбрюшинно; черезъ разрѣзь производится родоразрѣшеніе и послѣ родовъ рана или зашивается наглухо (чистые случаи), или дренируется—инфицированные случаи. Этотъ способъ въ *идеѣ* имѣетъ много сходнаго съ предъидущимъ (внѣбрюшинное оперированіе, въ способѣ *Ritgen'a*, проведенное болѣе строго). По моему мнѣнію, примѣненіе этихъ способовъ можетъ найти себѣ мѣсто развѣ въ инфицированныхъ случаяхъ, гдѣ желаніе оперировать (по возможности) внѣбрюшинно и по принципу открытой раны—можетъ считаться теоретически обоснованнымъ.

Показаніемъ къ кесарскому сѣченію служатъ такіе случаи, при которыхъ окончаніе родовъ чрезъ естественные пути невозможно ни силами природы, ни помощью какихъ либо акушерскихъ операцій, напимѣръ прободенія, краниоклазії и проч. Это, слѣдовательно, такіе случаи, въ которыхъ дѣло идетъ о существованіи рѣзкихъ пространственныхъ несоотвѣтствій между размѣрами родового канала матери и размѣрами плода. Въ частности, сюда относятся различнаго рода суженія таза абсолютныхъ степе-

ней, то есть такіе тазы, наименьшій размѣръ которыхъ не превышаетъ 5,5—6 сант. Чаще всего это будутъ тазы, суженные въ конъюгатѣ (рахитическіе). Кромѣ того, могутъ быть тазы, обезображенные вслѣдствіе размягченія костей, развитія новообразованій (остеохондромы, остеосаркомы и т. п.), равно какъ и такіе случаи, гдѣ препятствіе не принадлежитъ собственно тазу, а только помѣщается въ его полости и почему либо *не можетъ быть устранено* въ данный моментъ.

Далѣе, идутъ случаи различныхъ новообразованій въ мягкихъ частяхъ полового аппарата, на примѣръ миомы матки, чаще всего въ видѣ шейчныхъ (ретроцервикальныхъ) миомъ, если помощью соответственныхъ операцій (вылущеніе) они не могутъ быть устранены, и нормальное отношеніе между размѣрами плода, гесп., головки и родовыхъ путей, не можетъ быть восстановлено. Затѣмъ, обыкновенно, указываютъ на *ракъ* шейки матки. Затрудненіе родового акта (*dystocia*) въ этомъ случаѣ обусловливается *не* столько *уменьшеніемъ емкости* таза, вслѣдствіе роста новообразованія, сколько тѣмъ, что *раскрытіе зѣва*, пораженного ракомъ, становится чрезвычайно *труднымъ* и *опаснымъ* (кровотеченіе, вслѣдствіе нарушенія цѣлости новообразованія и пр.). Нужно замѣтить, впрочемъ, что въ этихъ случаяхъ показаніе слѣдуетъ ставить не на основаніи одного только присутствія новообразованія, а *послѣ нѣкотораго наблюденія* за теченіемъ родового акта. Дѣло въ томъ, что, несмотря на обширное пораженіе зѣва, если гдѣ либо на его периферіи остается непораженный участокъ известной величины—раскрытіе зѣва на счетъ этой сохранившейся ткани, сверхъ ожиданія, происходитъ иногда удовлетворительно и въ относительно короткій срокъ. Я лично наблюдалъ такой случай.

При производствѣ операцій ради этихъ показаній я совѣтовалъ бы имѣть въ виду *полное вырѣзываніе* матки, особенно при ракъ, если для этого нѣтъ противопоказанія въ зависимости отъ распространенія инфильтрата и т. п. Для выполненія это операціи, кромѣ чревосѣченія, можно пользоваться и влагалищнымъ путемъ. Такая операція носитъ названіе „влагалищнаго кесарскаго сѣченія“. Сущность операціи состоитъ въ томъ, что, отдѣливъ шейки матки отъ сво-

довъ и отслоивъ пузырь, вскрываютъ полость матки *сагитальнымъ* разрѣзомъ шейки и нижняго сегмента. Широко открывъ, такимъ образомъ, дорогу въ полость матки, разрываютъ плодный пузырь и извлекаютъ плодъ или помощью поворота и экстракціи, или помощью щипцовъ. По опорожненіи матки тутъ же производятъ ея удаленіе по типу обыкновенной влагалищной экстирпаціи матки, въ случаѣ надобности, съ примѣненіемъ кускованія.

Если, при установкѣ показанія къ кесарскому сѣченію, разсматривая эту операцію въ связи съ возможностью окончанія родовъ при помощи уменьшающихъ объемъ плода операцій, то одного только факта суженія въ томъ или другомъ отдѣлѣ таза до 5,5—6 сант.—недостаточно. Несомнѣнно, будутъ случаи, гдѣ и при такихъ (частичныхъ) суженіяхъ таза выполнение разрушающихъ операцій, при нѣкоторомъ навыкѣ и осмотрительности, будетъ не только возможно, но иногда и не особенно затруднительно. Необходимо принимать во вниманіе *величину плода, общій характеръ таза, мѣсто суженія* и проч. Большая разница, на примѣръ, оперировать при суженномъ въ *conjuga'tъ* рахитическомъ тазѣ, а тѣмъ паче—въ комбинаціи съ уменьшеніемъ размѣровъ таза вообще (общесъсуженный-плоскорахитическій тазъ), въ сравненіи съ укороченіемъ поперечника выхода, наприм. при кифотическомъ тазѣ. Здѣсь выполнение операціи несравненно легче, вслѣдствіе большей доступности подлежащей части и ограниченности суженія на протяженіи родового канала.

Установивъ показаніе въ *абсолютной* формѣ, спрашивается: какую предпринять операцію—кесарское сѣченіе или операцію *Porro*, resp., ея видоизмѣненіе? При первой операціи Вы обрекаете больную, въ случаѣ наступленія беременности, на рискъ повторнаго кесарскаго сѣченія; при второй операціи дѣлаете, говорятъ, больную *неспособной къ дѣторожденію*.

Эти вопросы, по моему, только на первый взглядъ представляются трудно разрѣшимыми. Дѣло въ томъ, что данная женщина вѣдь и до операціи была *неспособна къ дѣторожденію*,—такую же остается она и послѣ ампутаціи матки. Другое дѣло, если операція кесарскаго сѣченія, *ad hoc*, предпринята была вслѣдствіе такихъ дистогій, которыя, такъ или иначе, могутъ быть устранены во время операціи, или впо-

слѣдствіи. Тамъ сохраненіе матки имѣло бы смыслъ, ибо послѣдующая беременность могла бы окончиться естественнымъ образомъ. Таковы, наприм., случаи lithopaedion'a, подававшіе поводъ къ кесарскому сѣченію (*Hugenberger, Schauta*)¹⁾, или несмѣшаемаго камня мочевого пузыря (случай проф. *Н. В. Ястребова*), или какой либо опухоли, которая во время родовъ не могла быть удалена, напр., міомы (случай *Everke*)²⁾ и проч. Правда, оправданіемъ сохраняющаго кесарскаго сѣченія могутъ служить случаи *повторнаго* производства этой операциіи со счастливымъ исходомъ. Такихъ случаевъ мы знаемъ нынѣ много. Для примѣра, я укажу только на операциіи, производившіяся въ *Россіи*; таковъ случай *Sommer'a*, оперировавшаго въ 1796 г., въ Ригѣ; *Rhode*, оперировавшаго *ту же* женщину въ 1810 г.; въ болѣе близкое къ намъ время—случай *А. Я. Крассовскаго*, оперировавшаго въ 1-й разъ въ 1886 г.³⁾ и во второй разъ въ 1891 г.⁴⁾, и др. Но, съ другой стороны, нельзя не принять во вниманіе *нравственное состояніе* оперированной, которой Вы обязаны разъяснить ея настоящее положеніе, предупредивъ, что слѣдующая беременность также не можетъ окончиться силами природы. Очевидно, такая женщина обречена будетъ жить подъ гнетомъ мучительнаго сознанія предстоящей операциіи и *каждый разъ* дрожать за свое будущее, или должна удовлетворять половое чувство противоестественными способами (*coitus reservatus, coitus à la Онанъ* и пр.), или же, при недѣйствительности этихъ мѣръ, въ случаѣ беременности, прибѣгать къ искусственному выкидышу, который при этихъ условіяхъ, по моему, долженъ считаться законнымъ (см. главу о выкидышѣ).

На этихъ основаніяхъ—въ случаяхъ абсолютнаго препятствія къ родамъ—можетъ возникнуть вопросъ о примѣненіи или способа *Porro* (въ той или другой формѣ), или кесарскаго сѣченія съ кастраціей.

Изъ этихъ двухъ операциіи, по моему, кесарское сѣченіе имѣетъ преимущество, какъ по простотѣ и легкости выпол-

1) Centralblatt f. Gyn. 1891, № 13.

2) Deutsche medic. Wochenschr. 1890.

3) Сообщено въ Акуш.-гинек. Обществѣ въ Петербургѣ д-ромъ *Н. О. Даниловичемъ*.

4) Тамъ же. Сообщено д-ромъ *Мазуркевичемъ*.

ненія, такъ и по меньшей продолжительности. Что касается комбинаціи кесарскаго сѣченія съ кастраціей, то послѣдняя, несомнѣнно, предлагается для *предотвращенія* возможности *зачатія* въ будущемъ ¹⁾. Слѣдовательно, кастрація должна быть сдѣлана самымъ тщательнымъ образомъ, дабы не случилось такого „недоразумѣнія“, о которомъ въ свое время сообщалось въ Акушерско-гинекологическомъ Обществѣ въ С.-Петербургѣ. Въ этомъ случаѣ при кесарскомъ сѣченіи сдѣлана была и кастрація; оперированной выяснили ея положеніе и категорически увѣрили въ невозможности зачатія. Тѣмъ не менѣе, она въ довольно скоромъ времени „доказала“ неосновательность заявленія врачей и явилась въ родовспомогательное заведеніе за помощью. Беременность была несомнѣнна и пришлось еще разъ дѣлать кесарское сѣченіе. Какъ ни исключителенъ этотъ случай самъ по себѣ, тѣмъ не менѣе его необходимо имѣть въ виду. Не могу еще разъ не указать здѣсь на *невыгодную* сторону *кастраціи*. Дѣло въ томъ, что при этой операциіи удаляютъ *половые железы*, а относительно значенія ихъ для организма и функцій вообще, кромѣ овуляціи, наши свѣдѣнія еще очень скудны. А между тѣмъ не подлежитъ никакому сомнѣнію, что преждевременное удаленіе этихъ железъ (кастрація) рѣзко отражается на общемъ состояніи организма и порождаетъ цѣлый рядъ иногда весьма тягостныхъ припадковъ. Вотъ почему лучше отказаться отъ кастраціи и совсѣмъ *не трогать* яичниковъ, а предупредить возможность зачатія другимъ путемъ. Пусть половыя железы (яичники) функціонируютъ попрежнему, но если преградить къ нимъ и ихъ продуктамъ (яйцу) доступъ сѣмянныхъ нитей—зачатіе, все равно, становится невозможнымъ. Проще всего это можетъ быть достигнуто, напр., *резекціей* (не простою перерѣзкою) яйцеводовъ съ наложеніемъ лигатуры на центральный конецъ; а для большей гарантіи можно разрушить слизистую оболочку въ просвѣтѣ центральнаго конца трубы, *выжигая* ее Раquelin'овскимъ аппаратомъ и закрывая культю брюшиной. Обращаю Ваше *особенное* вниманіе на то, что при *этихъ операціяхъ*, безповоротно *обрекающихъ* женщинъ на *бесплодіе*, Вы должны за-

¹⁾ Исключеніе составляютъ случаи остеомалациі, при которыхъ кастрація можетъ имѣть, какъ говорятъ, *лечебное* значеніе.

пасться *согласіемъ* оперируемыхъ, которымъ должно быть *точно разъяснено* ихъ положеніе. Я смѣло утверждаю, что найдутся женщины, которыя не захотятъ навсегда лишиться надежды сдѣлаться матерями, хотя бы и съ рискомъ втораго кесарскаго сѣченія, и Вы, конечно, *не въ правѣ будете пойти противъ ихъ желанія.*

Кромѣ безусловныхъ показаній, существуютъ еще и, такъ называемыя, *относительныя* показанія. Сюда относятся случаи, въ которыхъ роды, хотя и могутъ быть очень легко окончены помощью операціи прободенія и др., но предпринимается кесарское сѣченіе ради извлеченія плода *живымъ*. Слѣдовательно, кесарское сѣченіе предпринимается здѣсь въ обходъ операціи прободенія. Это показаніе циркулируетъ въ нашей наукѣ сравнительно недавно, а именно съ тѣхъ поръ, когда, благодаря производству операціи по принципамъ безгнилостности, на кесарское сѣченіе стали смотрѣть, какъ на операцію, мало чѣмъ отличающуюся по исходамъ отъ обыкновенной оваріотоміи и даже имѣющую сравнительно больше шансовъ на благопріятное предсказаніе. Это мнѣнію проповѣдуется и защищается какъ иностранными, такъ и русскими учеными. Поднимается вопросъ: *кесарское сѣченіе или краниотомія на живомъ плодѣ?* И рѣшается въ пользу кесарскаго сѣченія. При такомъ взглядѣ на дѣло и при такой постановкѣ вопроса, естественно, въ выборѣ случаевъ не стѣсняются размѣрами суженія. Кесарское сѣченіе считается показаннымъ и предпринимается не только при 7—8 сант., но и 9—10, и даже—*horribile dictu*—при нормальномъ тазѣ и даже при *мертвомъ* плодѣ.

Читая описаніе нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ, я не могъ отрѣшиться отъ мысли, что въ числѣ мотивовъ операціи не послѣднюю роль играло желаніе непременно сдѣлать кесарское сѣченіе. Для примѣра укажу на случай *H. Obermann'a* ¹⁾, оперированный *Sänger*'омъ. Въ этомъ случаѣ дѣло шло о *многорожавшей*, беременной въ *4-й разъ*. Трое родовъ окончились безъ помощи искусства, при чемъ двое дѣтей родилась мертвыми, одинъ—въ глубокой асфиксии, не оживленъ. Въ какой моментъ родового акта умирали дѣти, а равно и что было сдѣлано для оживленія асфиктическаго

1) Arch. f. Gyn. B. 27, p. 266.

плода,—неизвѣстно; другими словами, могли бы дѣти при своевременной и разумной помощи родиться живыми, или нѣтъ, осталось невыясненнымъ. Измѣреніе таза показало: D. sp. 22,5, сг. 24,5, troch. 31, с. е. 17,5, с. d. 9. Явилась мысль окончить роды кесарскимъ сѣченіемъ. Недоставало согласія роженицы, но она и слышать объ этомъ не хотѣла. Тѣмъ не менѣе, послѣ того, какъ роды тянулись *болѣе 2-хъ сутокъ, боли были очень часты и сильны*, послѣ того, какъ впрыскиванія морфія *не надолго облегчали боли*, когда роженица *совсѣмъ измучилась*, вслѣдствіе почти непрерывныхъ болей, и *готова была избавиться отъ страданій какой угодно цѣной (um jeden Preis)*, ей вторично предложили кесарское сѣченіе, и она согласилась. Операция была сдѣлана... И это называется „свободнымъ согласіемъ“ роженицы, которое, обыкновенно, выставляютъ, какъ необходимое условіе и на которое ссылаются, желая избѣжать упрека въ произволѣ...

Нѣтъ нужды особенно доказывать, что тотъ, кто рѣшается на прорбоденіе *живого* плода, поступаетъ такъ въ силу тяжелой *необходимости*; нѣтъ нужды доказывать также, что идея операціи кесарскаго сѣченія весьма симпатична, но для того, чтобы она могла найти практическое примѣненіе и должное распространеніе, необходимо, чтобы сама операція была неуязвима со стороны показаній: необходимо, чтобы эти послѣднія отличались опредѣленностью, устойчивостью и вовсе или, по возможности, меньше находились бы въ зависимости отъ личныхъ взглядовъ оператора, а покоились бы на такихъ данныхъ, которыя, по существу, не возбуждали бы „превратныхъ толкованій“. Въ противномъ случаѣ нельзя выбиться изъ круга противорѣчій, разногласій и пр. А между тѣмъ, этой-то опредѣленности и ясности и недостаетъ тѣмъ *условіямъ*, которыми, по мнѣнію защитниковъ, должна быть обставлена операція и изъ существованія которыхъ вытекаетъ умѣстность самой операціи. Для примѣра, я укажу на нѣкоторыхъ авторовъ, которые устанавливаютъ слѣдующія правила ¹⁾: единственное научное показаніе для операціи—*здоровье роженицы*. Кесарское сѣченіе должно производиться *только* на женщинахъ крѣпкихъ, здоровыхъ, неистощен-

¹⁾ *Новицкій*. „Врачъ“. 1891. № 47, ст. 1058.

ныхъ продолжительнымъ теченіемъ родового акта. Роженица не должна быть *заражена*. *Сердцебиеніе* плода должно ясно слышаться. Операция должна быть производима въ *благоприятной обстановкѣ* (клиника, родильный домъ). Попытки оперировать въ земствахъ (?) и частныхъ жилищахъ заслуживаютъ строгаго порицанія.

Остановимся пока на этомъ. По мнѣнію моему, здѣсь *все условно*, начиная съ состоянія роженицы. Въ самомъ дѣлѣ, что считать крѣпкимъ, здоровымъ организмомъ? Говорю это потому, что мнѣнія въ этомъ отношеніи очень расходятся. Напр., „истощеніе“ роженицы исключаетъ, повидимому, понятіе о крѣпкомъ и здоровомъ состояніи, а между тѣмъ изъ среды самихъ же приверженцевъ одни оперируютъ на роженицахъ, которыя истощены ¹⁾, другіе оперируютъ долгое время страдавшую гнойнымъ воспаленіемъ тазобедреннаго сустава, происходившую изъ завѣдомо чахоточной семьи ²⁾ и проч. Какъ видите, понятія о здоровьи весьма условныя. Да, кромѣ того, я хорошенько не понимаю основныхъ мотивовъ, почему кесарское сѣченіе составляетъ удѣлъ крѣпкихъ и здоровыхъ, а краніотомія, resp., эмбриотомія — удѣлъ не обладающихъ этими качествами. Практика чревосѣченій показала, что худенькія, слабаго сложенія, иногда значительно истощенныя женщины нерѣдко переносятъ операцию лучше крѣпкихъ и упитанныхъ. Да это, въ сущности, и не представляетъ чего либо непонятнаго, если признать, что дурные исходы операци, за немногими исключеніями, обусловливаются зараженіемъ, которое представляетъ собою (въ настоящее время) явленіе случайное.

Слѣдующее условіе — *отсутствіе зараженія*. Это условіе не только самое важное, но и положительно *необходимое*. Къ сожалѣнію, у постели роженицы оно далеко не всегда легко и точно можетъ быть установлено. Дѣло въ томъ, что если распознаваніе инфекции и можетъ быть сдѣлано удовлетворительно тогда, когда признаки ея выступаютъ весьма замѣтно, зато въ теченіе всего промежутка, начиная съ момента поступления яда и до обнаруженія его дѣйствія, Вы не имѣете

¹⁾ А. И. Заминъ, „Къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи“. Дис. Спб. 1888. См. таблицу—случ. 1, 12, 16 и 17.

²⁾ Obermann, 1. с.

никакихъ ошутительныхъ клиническихъ данныхъ для распознаванія зараженія въ это время и не знаете даже, какова продолжительность этого инкубационнаго періода. Весьма вѣроятно, она различна, судя, по крайней мѣрѣ, по тому, что наблюдается при зараженіи во время операціи чревосѣченія. Изъ этого слѣдуетъ, что въ извѣстныхъ случаяхъ можно съ положительностью говорить объ инфекціи, если признаки ея выражены замѣтнымъ образомъ, но нельзя утверждать, что инфекціи *нѣтъ*, если *нѣтъ* на лицо клиническихъ признаковъ. Это разсужденіе не имѣетъ большого значенія въ томъ случаѣ, если роженица, гесп., беременная, продолжительное время находится подъ Вашимъ наблюденіемъ и при опредѣленной обстановкѣ. Здѣсь самая *возможность* зараженія исключается съ извѣстной вѣроятностью. Но дѣло стоитъ совсѣмъ не такъ, если роженица является уже въ періодъ родовъ, если она подвергалась неоднократнымъ изслѣдованіямъ со стороны лицъ, опытность и чистота которыхъ, по малой мѣрѣ, подозрительны и пр. Здѣсь, по моему мнѣнію, можетъ быть (есть) мѣсто для сомнѣнія. Не мало сомнѣній могутъ возбуждать и *другіе вопросы*, возникающіе при этомъ. Напр., у роженицы t^0 повысилась до $37-37,5^0$, пульсъ соотвѣтственно учащенъ. Что это? Выраженіе пуэрперальной инфекціи (*endometritis sub partu*) или *нѣтъ*? Въ дальнѣйшемъ теченіи, конечно, это не замедлитъ разъясниться, но самое выжиданіе можетъ отразиться неблагоприятно, а иногда и прямо губельно для матери и плода. А подобныя вопросы могутъ возникать много. Они, конечно, относятся не исключительно къ операціи кесарскаго сѣченія, а имѣютъ общее значеніе, но рѣшеніе ихъ въ ту или другую сторону, и притомъ съ положительностью, при установкѣ *относительнаго* показанія къ кесарскому сѣченію должно играть важную роль, и гораздо большую, чѣмъ при другихъ условіяхъ. Это понятно. Рѣшаясь на краниотомію, напр., Вы не нуждаетесь въ *немедленномъ* и положительномъ разрѣшеніи этихъ вопросовъ.

Далѣе, и самый вопросъ о *жизни* или *смерти* плода можетъ иногда быть трудно разрѣшимымъ. Если сердцебіеніе ясно *слышно*—плодь *живъ*, но если его *не слышно*, то это *не значитъ*, что плодь *мертвый*. Практика знаетъ очень хорошо, что при сомнительномъ сердцебіеніи, когда одни утвер-

ждають, что они какъ будто слышать сердцебіеніе, другіе говорятъ, что совсѣмъ не слышать, — приходится нерѣдко извлекать плодъ не только живымъ, но даже не въ асфиктическомъ состояніи. Слѣдовательно, и это *условно*.

Наконецъ, необходимо разсмотрѣть вопросъ о **времени**, когда слѣдуетъ приступать къ операціи. Для случаевъ *абсолютнаго* суженія таза и пр. этотъ вопросъ можетъ быть разрѣшаемъ *легко*. Если операція предрѣшена заранѣе, если беременная находится подъ наблюденіемъ, то къ операціи можно приступать *въ началъ родовъ*. Нѣтъ смысла подвергать женщину родовымъ мукамъ, которыя все равно будутъ бесполезны. Опасеніе, что раненіе матки въ первый періодъ родовъ будетъ способствовать послѣдовательному кровоточенію, вслѣдствіе недостаточнаго развившейся энергіи сокращенія матки, не оправдалось.

Совсѣмъ иначе дѣло обстоитъ въ томъ случаѣ, если операція при *относительныхъ* суженіяхъ таза, въ особенности не высокихъ степеней (с. d. 9,5—10 и даже выше), не предрѣшена заранѣе, а мысль о ней возникаетъ только *во время родовъ*. Для того, чтобы показаніе было прочно установлено, одного факта уменьшенія даннаго размѣра не достаточно. Недостаточно также и однихъ только анамнестическихъ указаній, что предшествовавшіе роды требовали перфорациі или оканчивались произвольно, но мертвыми плодами. Необходимо, чтобы установкѣ показанія предшествовало точное изученіе теченія родового акта вообще. Необходимо изучить силу сокращеній матки, характеръ изгоняющей дѣятельности, ихъ вліяніе на теченіе родовъ и, главнымъ образомъ, на поступательное движеніе головки. Необходимо, хотя бы приблизительно, знать величину этой послѣдней, равно какъ плотность костей черепа и т. п. А самое важное, — необходимо убѣдиться, насколько велика и *какова* вообще *способность аккомодации* данной головки, ибо мы знаемъ, что только благодаря этой способности къ конфигураціи и возможно сглаживаніе пространственныхъ несоотвѣтствій и прохожденіе головки черезъ суженное мѣсто. Клиника насъ учитъ, что такое благоприятное измѣненіе размѣровъ совершается исподволь, потихоньку, и при хорошей родовой дѣятельности требуетъ не малаго количества времени, которое, во всякомъ случаѣ, измѣряется *часами*. И, притомъ, время это

нужно считать съ начала 2-го періода родовъ, или, по крайней мѣрѣ, съ момента достаточнаго раскрытія зѣва и разрыва плоднаго пузыря. Очевидно при этомъ, что только послѣ продолжительнаго наблюденія и неоднократнаго изслѣдованія можно съ извѣстной увѣренностью (въ предѣлахъ вѣроятности клиническаго распознаванія вообще) толковать о возможности или невозможности рожденія не уменьшенной въ объемѣ головки. Это признаютъ и защитники кесарскаго сѣченія. Но, съ другой стороны, „слишкомъ длительное теченіе родовъ отзывается крайне неблагоприятно на жизни ребенка и здоровья матери“... Иными словами, при необходимости выждать—предсказаніе для операціи кесарскаго сѣченія ухудшается. И вотъ, для устраненія этого затрудненія (необходимости выжиданія), является предложеніе примѣнить, такъ называемые, „пробные щипцы“. Если головка малымъ даже сегментомъ установилась во входѣ въ тазъ, накладываютъ щипцы (*Breus'a*) и нѣсколькими сильными влеченіями убѣждаются, подвигается головка внизъ, или нѣтъ. Если головка не подвигается, щипцы снимаютъ и производятъ кесарское сѣченіе. Такимъ путемъ снимается, говорятъ, съ оператора тяжелый упрекъ въ томъ, что кесарское сѣченіе произведено на такой женщинѣ, которая, быть можетъ, *родила бы и сама*. Въ подтвержденіе приводятъ примѣры успѣшнаго извлеченія щипцами у такихъ роженицъ, которыхъ готовили на кесарское сѣченіе.

Такимъ образомъ, это предложеніе является съ цѣлью замѣнить необходимость наблюденія за теченіемъ родового акта. Вы видѣли раньше, что сужденіе о возможности или невозможности прохожденія головки черезъ данное препятствіе основывается главнѣйшимъ образомъ на способности ея къ конфигураціи, для оцѣнки которой и требуется болѣе или менѣе продолжительное наблюденіе. Стремленіе замѣнить это наблюденіе, въ видахъ сокращенія времени, употребленіемъ щипцовъ, по моему, не основательно. Во-первыхъ, влеченіе щипцами нельзя приравнивать къ дѣйствию произвольныхъ родовыхъ силъ. Тамъ дѣйствуетъ *vis a tergo*, здѣсь головка втягивается въ каналъ снизу. Это одно. Далѣе, конфигурація головки при влеченіи щипцами находится совсѣмъ въ другихъ условіяхъ, чѣмъ при дѣйствии естественныхъ родовыхъ силъ. При щипцахъ (хотя бы и *Breus'a*) стѣсняется свобод-

ное движеніе головки; затѣмъ, головка, захваченная щипцами, подвергается неизбежному сжатію (вредное дѣйствіе щипцовъ), а такъ какъ сжимаемость головки не абсолютная, то ясно, что черепъ, сжимаемый въ однихъ размѣрахъ, долженъ компенсаторно увеличиваться въ другихъ. Это установлено еще со временъ *Baudelocque*'а (дяди). Во взятомъ примѣрѣ это вредное вліяніе будетъ выражено тѣмъ больше, что компенсаторное увеличеніе должно произойти именно въ поперечномъ размѣрѣ головки, которымъ она какъ-разъ и должна проходить черезъ суженное мѣсто въ тазу (conjug.), такъ какъ, вѣдь, (общеупотребительные) щипцы на высоко (почти надъ входомъ въ тазъ) стоящую головку могутъ быть наложены только въ поперечномъ размѣрѣ таза (resp., въ прямомъ или косомъ размѣрѣ головки). А, между тѣмъ, при естественномъ механизмѣ родовъ при узкомъ (плоскомъ) тазѣ измѣненіе (уменьшеніе) поперечнаго размѣра, уплощеніе задней темянной кости, смѣщеніе костей, захожденіе ихъ въ области швовъ одной за другой (отношеніе стрѣловиднаго шва) и т. п. представляются самыми существенными обстоятельствами. При щипцахъ условія естественной, единственно благопріятной, конфигураціи несомнѣнно разстраиваются. Съ этой стороны примѣненіе щипцовъ не встрѣтило бы возраженія, если бы наши щипцы были идеальными, т. е., *давая возможность* приложить къ головкѣ внѣшнюю силу, отнюдь не стѣсняли бы естественныхъ условій ея конфигураціи и т. д. Изъ предшествовавшаго изложенія Вы уже знаете, что ни одни изъ щипцовъ, имѣющихся въ употребленіи, къ сожалѣнію, не удовлетворяютъ этимъ условіямъ.

Кромѣ того, совѣтъ—накладывать щипцы, хотя бы головка даже малымъ только сегментомъ установилась въ тазу, противорѣчитъ принятому нами принципу, допускающему наложеніе щипцовъ на головку только тогда (при узкомъ тазѣ), когда значительная окружность черепа прошла плоскость тазового входа. Разница огромная и, притомъ, разница по существу. Во второмъ случаѣ щипцы накладываются, когда головка почти прошла тазовой входъ, когда необходимое условіе для рожденія—*конфигурація* (вполнѣ или почти) *окончилась*, а въ первомъ—она, въ лучшемъ случаѣ, только что *началась*; слѣдовательно, въ одномъ случаѣ требуется только замѣнить недостаточную *vis a tergo*, а въ другомъ тре-

буется создать надлежащую конфигурацію головки, поставленной, притомъ же, въ неблагопріятныя условія (щипцами), затѣмъ, возмѣститъ недостаточность изгоняющихъ силъ, *дѣйствуя въ обоихъ случаяхъ совершенно одинаково*, т. е. производя тракціи внизъ. Если бы, поэтому, наложили щипцы при сказанныхъ условіяхъ и, сдѣлавъ нѣсколько сильныхъ тракцій, замѣтили, что головка не подается внизъ, было бы весьма рисковано сдѣлать заключеніе, что въ этомъ случаѣ, при естественной родовой работѣ, головка (не стѣсненная щипцами) не можетъ удовлетворительно конфигурироваться и пройти черезъ препятствіе. По крайней мѣрѣ, *данный опытъ отнюдь не доказываетъ* этого; онъ доказываетъ, по моему, скорѣе всего то, что *щипцы наложены несвоевременно*, когда вообще нельзя было и ожидать отъ нихъ благопріятныхъ результатовъ, такъ какъ не было надлежащихъ условій для ихъ примѣненія. Это отнюдь не фразы. Очень можетъ быть, что, наложивъ щипцы нѣсколько времени спустя, получили бы совсѣмъ другіе результаты. Повседневная практика подтверждаетъ это. Недаромъ же въ руководствахъ оперативнаго акушерства указывалось, что если наложили щипцы и, послѣ нѣсколькихъ сильныхъ тракцій, убѣдились, что головка не подвигается, слѣдуетъ снять щипцы, подождать 3—4 часа и наложить ихъ вторично. Очевидно, что въ этихъ случаяхъ головка не имѣла достаточно времени надлежащимъ образомъ сконфигурироваться произвольно, а при насильственномъ влеченіи щипцами не могла этого выполнить а) въ такой короткій срокъ и б) при такихъ невыгодныхъ, (для конфигураціи) условіяхъ. Наконецъ, въ самомъ выполненіи операціи щипцовъ нельзя не отмѣтить неопредѣленности. Въ самомъ дѣлѣ, сколькимъ числомъ тракцій и какой силы нужно ограничиться, чтобы сказать: нѣтъ, здѣсь рожденіе черезъ естественные пути невозможно? Вѣдь всякому практическому акушеру извѣстно, что при высокомъ наложеніи щипцовъ нерѣдко приходится дѣлать сильныя и въ теченіе продолжительнаго времени тракціи, которыя не оказываютъ замѣтнаго вліянія на поступательное движеніе головки, и только въ послѣдствіи головка начинаетъ мало-по-малу подвигаться впередъ, и плодъ нерѣдко извлекается или живымъ, или хотя и въ асфиксіи, но его часто удается оживить. Не создается ли въ силу этого большой просторъ

произволу, при желаніи произвести кесарское сѣченіе? Правда, условія *для жизни плода*, а слѣдовательно, и *для успѣха операціи* кесарскаго сѣченія за время этого выжиданія могутъ ухудшиться; но если исходить изъ этого принципа, если, въ сущности говоря, заботиться только о сохраненіи жизни плода ¹⁾, которому въ дальнѣйшемъ теченіи родового акта *можетъ* угрожать опасность (болѣе или менѣе вѣроятная), то я не вижу причины, почему бы не производить кесарскаго сѣченія и при *другихъ осложненіяхъ, угрожающихъ плоду*, напр. при выпаденіи пуповины, если она не поддается вправленію и если *быстро* окончить роды нельзя. Это было бы только послѣдовательно.

Высказывая эти соображенія, я долженъ, однако, заявить, что *не принадлежу* къ числу *безусловныхъ* противниковъ кесарскаго сѣченія при, такъ называемомъ, относительномъ показаніи. Несомнѣнно, будутъ случаи, въ которыхъ кесарское сѣченіе можно считать показаннымъ.

При устанавливаніи (относительнаго) показанія, я хотѣлъ бы, чтобы какъ можно меньше было увлеченія и чтобы показаніе покоилось на незыблемыхъ, прочныхъ основаніяхъ.

Рѣшаясь, ради такихъ показаній, на операцію кесарскаго сѣченія, врачъ, по мнѣнію моему, беретъ *большую отвѣтственность* на себя; онъ исходитъ изъ принципа, что кесарское сѣченіе—операція, *безопасная* для матери. Это значитъ забѣгать впередъ. Нужно надѣяться, что это такъ и будетъ и, быть можетъ, въ сравнительно недалекомъ будущемъ, но до сихъ поръ этого сказать еще нельзя. Я уже выше изложилъ свой взглядъ при выборѣ показанія къ искусственному выкидышу; и здѣсь я совѣтовалъ бы держаться такого же образа мыслей. Когда приходится имѣть дѣло съ случаями узкаго таза, напр., сѣуженнаго въ соѣjug., я держусь слѣдующихъ правилъ. Если дѣло идетъ о беременности въ первый разъ и о сѣуженіи таза невысокой степени, то я не считаю себя въ правѣ вмѣшиваться въ теченіе беременности, не имѣя никакого представленія о томъ, какъ пойдутъ въ этомъ случаѣ роды, буде беременная доносить до срока. Въ этихъ случаяхъ я ограничиваюсь наблюденіемъ, а во время родовъ поступаю согласно обстоятельствамъ, при

¹⁾ Опасность для матери очень легко устраняется прободеніемъ.

чемъ *въ случаѣ* опасности для матери и *невозможности* извлечь плодъ безъ нарушенія его цѣлости, я не задумаясь сдѣлать *краниотомію*. Это тѣмъ легче, что данная женщина при этомъ будетъ имѣть полную возможность сдѣлаться матерью живого ребенка впоследствии, при помощи возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Если же при данномъ суженіи таза дѣло идетъ о повторно-беременной, у которой прежніе (срочные) роды оканчивались или произвольно, но неизмѣнно мертвымъ плодомъ, или требовали уменьшающихъ объемъ плода операций, то я предлагаю ей на выборъ—или операцию преждевременныхъ родовъ, которая и можетъ быть предпринята съ надеждой на успѣхъ въ 32—35 нед., или кесарское сѣченіе, геср., симфизео-пубіотомію—во время самыхъ родовъ. Въ практикѣ въ такихъ случаяхъ приходится давать отвѣты на вопросы: можно ли ручаться за жизнь ребенка и какова его жизнеспособность при преждевременныхъ родахъ и при кесарскомъ сѣченіи во время срочныхъ родовъ? Правдивый отвѣтъ на этотъ вопросъ будетъ, конечно, въ пользу кесарскаго сѣченія, а не операциі преждевременныхъ родовъ.

Если бы такая женщина поступила подъ наблюденіе уже *во время родовъ*, или въ такомъ періодѣ беременности, когда вызываніемъ преждевременныхъ родовъ нельзя было бы сгладить пространственныя несоотвѣтствія, то при выборѣ пособія я остановился бы или на уменьшеніи объема плода, или на симфизео-пубіотоміи, или на кесарскомъ сѣченіи. Устанавливать то или другое показаніе я, однако, не совѣтовалъ бы единолично, а по совѣщанію съ товарищами, не по недостатку гражданскаго мужества и не изъ боязни понести отвѣтственность за свои дѣйствія, а изъ понятнаго желанія провѣрить свое мнѣніе и, такимъ образомъ, избѣгать всегда возможной ошибки.

При возможности того и другого пособія, *окончательное рѣшеніе*, однако, я ставлю *всецѣло въ зависимость отъ желанія и согласія самой роженицы*. Ей, и только ей, принадлежитъ право распорядиться своею судьбою. Предпринять что либо *противъ воли больной*, хотя бы и *въ ея интересахъ*, полагаю, не позволить себѣ ни одинъ уважающій свое званіе врачъ. А потому, если роженица, *зная о томъ рискѣ*, ко-

тому она себя подвергаетъ, категорически заявляетъ, что *желаетъ имѣть* непременно *живого ребенка*, я охотно дѣлаю кесарское сѣченіе, если оно удобоисполнимо въ данномъ случаѣ (условія обстановки и пр.). Само собою разумѣется, что врачъ, представляющій роженицѣ сущность дѣла, долженъ изложить его въ надлежащемъ свѣтѣ. Никто не можетъ позволить себѣ ни сгустить краски при изложеніи, ни, наоборотъ, ослабить впечатлѣніе въ ущербъ истинѣ. Это было бы недостойно. Врачъ долженъ быть непристрастенъ и никакими уговорами или обѣщаніями не долженъ склонять роженицу въ пользу своего предвзятаго мнѣнія.

Впрочемъ, естественное и законное желаніе женщины сдѣлаться матерью *живого* ребенка такъ велико и иногда такъ страстно, что оно не нуждается въ какомъ либо поощреніи или возбужденіи. Въ такихъ случаяхъ совершенно достаточно ясно и отчетливо представить истинное положеніе дѣла и не насиловать совѣсти больной. Съ тѣхъ поръ, какъ операція вскрытія живота вообще и въ частности операція кесарскаго сѣченія въ значительной мѣрѣ утратила во мнѣніи публики свой устрашающій характеръ, чаще и чаще приходится встрѣчать повторно-беременныхъ, ранѣе рожавшихъ доношенныхъ, но неизмѣнно мертвыхъ дѣтей (произвольно, или при помощи операціи), которыя непременно желаютъ имѣть живого ребенка, хотя бы цѣною кесарскаго сѣченія. За послѣдніе годы въ завѣдуемомъ мною родовспомогательномъ заведеніи при такихъ условіяхъ и показаніяхъ кесарское сѣченіе производилось все чаще и чаще.

По моему мнѣнію, заслуживаетъ всякаго порицанія и не имѣетъ имени такой образъ дѣйствій со стороны врача, при которомъ, *получивъ со стороны роженицы отказъ на предложенное кесарское сѣченіе, ее оставляютъ въ „покой“, т. е. заставляютъ безцѣльно страдать, а когда она, измученная физически и нравственно, на повторенный вопросъ умоляетъ избавить ее отъ страданій какимъ угодно способомъ, это называютъ „свободнымъ согласіемъ роженицы“*... и считаютъ достаточнымъ для производства операціи.

Я не позволилъ бы себѣ и упоминать объ этомъ, считая это оскорбительнымъ для чести врачебнаго сословія, если

бы не было фактовъ ¹⁾... Но фактъ остается фактомъ, какое бы объясненіе ему ни давали.

Если бы окончательный выборъ операціи предоставленъ былъ на Ваше усмотрѣніе, то, чтобы не впадать во внутренній разладъ съ самимъ собою, прежде чѣмъ произнести рѣшающее слово, пусть каждый *изъ Васъ* поставитъ себя на мѣсто заинтересованнаго лица и спроситъ свою совѣсть, какъ бы поступилъ онъ въ отношеніи себя или своихъ близкихъ. Вѣроятно, тѣ, кто настойчиво рекомендуютъ кесарское сѣченіе, рѣшились бы на него, если бы дѣло шло и о лицѣ для нихъ *самомъ близкомъ и дорогомъ*... Преклоняясь предъ богатствомъ нравственныхъ силъ этихъ людей, я, однако, откровенно долженъ признаться, что, при малѣйшемъ сомнѣніи въ полномъ успѣхѣ операціи для матери, выбралъ бы краніотомію.

Подобный взглядъ, думается мнѣ, найдетъ сочувственный откликъ у большинства врачей. Да и убѣжденные приверженцы кесарскаго сѣченія едва ли будутъ совсѣмъ чужды этихъ взглядовъ. Блестящіе результаты кесарскаго сѣченія, полученные ими, врядъ ли будутъ въ состояніи перетянуть каждый разъ (безповоротно) на свою сторону чашку вѣсовъ — при спокойномъ обсужденіи вопроса. Доказательствомъ этого можетъ послужить то, то *Leopold* ²⁾, трудами котораго создана въ значительной степени репутація кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи, и на блестящіе результаты котораго, служившіе исходной точкой постановки вопроса, такъ охотно и часто ссылаются, напелъ возможнымъ высказаться въ пользу ограниченія относительныхъ показаній къ кесарскому сѣченію.

Въ настоящее время, въ виду удовлетворительныхъ результатовъ кесарскаго сѣченія, дѣлаются попытки расширить показаніе къ этой операціи. Предлагаютъ дѣлать эту операцію при эклампсіи, предлежаніи дѣтскаго мѣста, варикозныхъ расширеніяхъ венъ влагалища и тому подобное. Въ отдѣльныхъ случаяхъ производство этой операціи хотя и можетъ быть оправдано, тѣмъ не менѣе я рекомендую относиться весьма осторожно къ такимъ показаніямъ и строго индивидуализировать относящіеся сюда случаи.

¹⁾ *Obermann*. I. с.

²⁾ „*Archiv. f. Gyn.*“ XXXIV, N. 2.

Что касается выбора *способа* операции, то при относительномъ показаніи слѣдуетъ оперировать по *сохраняющему* способу.

Что **предсказаніе** при кесарскомъ сѣченіи *должно* было потерять и въ настоящее время въ значительной степени *потеряло* свой угрожающій и мрачный характеръ, объ этомъ я говорилъ уже не разъ. Дать какія либо *точные* цифры, опредѣляющія степень опасности этой операции для роженицъ и проч., на основаніи имѣющихся статистическихъ данныхъ, я не считаю возможнымъ. Во всякомъ случаѣ, слѣдуетъ помнить, что каковы бы ни были исходы кесарскаго сѣченія въ рукахъ тѣхъ или другихъ хирурговъ, эта операция, по самому существу дѣла, всегда *должна считаться серьезной* и не исключающей (навѣрное) возможности смертельнаго исхода, не говоря уже о мѣстныхъ измѣненіяхъ въ брюшныхъ и тазовыхъ органахъ и ихъ взаимныхъ отношеніяхъ. Эти измѣненія, конечно, суть *прямые послѣдствія* оперативнаго вмѣшательства. Они могутъ быть весьма разнообразны (внутрибрюшинныя склейки, смѣщеніе органовъ, измѣненія мускулатуры матки, грыжи передней брюшной стѣнки и пр. и пр.) и имѣютъ различное значеніе, а потому, въ свою очередь, *должны* быть принимаемы въ соображеніе.

Не могу не указать здѣсь на то, что защитники кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи, для того чтобы ярче отбѣнить выгоды кесарскаго сѣченія, по сравненію съ операцией прободенія, приводятъ статистическія данныя относительно той и другой операции, при чемъ оказывается, что $\%$ смертности при кесарскомъ сѣченіи — поразительно малъ ¹⁾,—отъ 3,33 $\%$ до 0 $\%$, а при операциіи прободенія *поразительно великъ*—въ среднемъ 11,5 $\%$! Я не стану оспаривать вѣрность вычисленія $\%$ смертности при кесарскомъ сѣченіи, хотя не могу не замѣтить, что $\%$ вычисляется, обыкновенно, на небольшомъ матеріалѣ, изъ котораго тщательно выбираются случаи со смертнымъ исходомъ, подводимые подъ рубрику случаевъ, зараженныхъ до операции и, слѣдовательно, по исходу съ нею несвязанныхъ. Что же касается 11,5 $\%$ смертности отъ прободенія, то эту цифру я рѣшительно отказываюсь понять и позволяю себѣ категорически

¹⁾ „Врачъ“. 1896. № 36, стр. 990.

утверждать, что она не отвѣчаетъ дѣйствительности. Вѣдь, въ самомъ дѣлѣ, это такъ. Операція производится на *плодъ*; гдѣ же тутъ источникъ опасности для *матери*, которая, при сколько нибудь внимательномъ отношеніи къ дѣлу, и *можетъ и должна* оставаться безъ какихъ либо поврежденій, или, въ крайнемъ случаѣ, съ такими, которыя, обыкновенно, являются неизбѣжнымъ спутникомъ при всякихъ и самыхъ нормальныхъ родахъ? Доказывать можно, конечно, что угодно, но утверждать, что смертность матерей послѣ *прободенія въ нѣсколько разъ больше*, чѣмъ послѣ кесарскаго сѣченія (предполагая, что та и другая операціи производились при *одинаковыхъ условіяхъ* со стороны роженицъ, ихъ общаго состоянія, продолжительности родового акта и пр. и пр.)—это, по меньшей мѣрѣ, „недоразумѣніе“. И, какъ таковое, никоимъ образомъ не можетъ служить основаніемъ для выводовъ о степени опасности разбираемыхъ операцій для матери.

Предсказаніе для *плода*, если раньше ему не угрожала серьезная опасность, казалось бы можно считать вполнѣ *благопріятнымъ*, тѣмъ не менѣе, сами защитники кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи считаютъ $\frac{0}{10}$ смертности дѣтей = 10—12%. Уже поэтому, въ интересахъ плода, операція должна быть предпринимаема возможно раньше отъ начала родового акта.

КЕСАРСКОЕ СѢЧЕНІЕ НА МЕРТВОЙ.

По прямому смыслу 1742 и 1821 ст. т. XIII Св. Зак. Росс. Импер. 1857 г., кн. III. Уст. Суд. Мед., глав. I и VI, эта операція предпринимается на беременныхъ, скоростийно умершихъ, для спасенія жизни плода или, по крайней мѣрѣ, для окрещенія его по христіанскому обряду. Операція должна быть выполнена со всѣми предосторожностями, какія принимаются при операціи на *живыхъ*. Это послѣднее предписаніе закона, очевидно, имѣетъ въ виду возможность операціи на *мнимо*-умершей, принятой за мертвую.

Такіе случаи въ литературѣ извѣстны. Нельзя не замѣтить, что это требованіе закона, будучи совершенно основательнымъ, должно, однако, ставить врача въ весьма затруд-

нительное положеніе. Вы уже знаете, какія приготовленія требуются для производства кесарскаго сѣченія (стр. 352 и слѣд.). Правда, въ общемъ они несложны, но, во всякомъ случаѣ, занимаютъ столько времени, что плодъ, который былъ еще живъ въ моментъ смерти матери, едва ли будетъ имѣть какіе либо шансы родиться живымъ по окончаніи приготовленій. Въ этомъ отношеніи, какъ данными клинической казуистики, такъ и опытами на животныхъ (*Breslau, Ш. Горецкій*), установлено, что срокъ, въ теченіе котораго, съ момента смерти матери, плодъ можетъ быть извлеченъ живымъ, измѣряется всего *нѣсколькими минутами* (10—12 м.). При этомъ, наиболѣе благопріятными для спасенія жизни плода будутъ случаи скоропостижной смерти матери, то есть такіе случаи, въ которыхъ врачъ меньше всего заранѣе могъ предвидѣть необходимость кесарскаго сѣченія. Извлеченіе плода требуется сдѣлать безъ промедленія, а между тѣмъ, нельзя же оперировать первымъ попавшимся ножомъ, часто не имѣя подъ руками самаго необходимаго и пр. Нужно готовиться. А за это время плодъ, почти навѣрно, успѣетъ умереть. Еще безотраднѣе будутъ случаи *медленнаго умиранія* беременныхъ или роженицъ. Пока умирающая находится въ агоніи, плодъ подвергается серьезной опасности асфиксіи, не говоря даже о томъ, что самъ основной болѣзненный процессъ, убивающій мать, можетъ оказывать вліяніе и на плодъ (напр., *эклампсія*, холера, какъ это приходилось наблюдать въ эпиденію 1892 года, и т. п.).

Въ виду ничтожной вѣроятности сохраненія жизни плода при длительной агоніи, *Löwenhardt* (1871 г.) предложилъ, не дожидаясь наступленія *дѣйствительной* смерти матери, оперировать въ *агоніи*. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что болѣе раннее вмѣшательство дастъ больше шансовъ на извлеченіе плода живымъ, но, съ другой стороны, этимъ вносится значительная неопредѣленность въ выборъ времени для операціи, то есть дается большой просторъ произволу, что можетъ подавать поводъ къ нареканіямъ, обвиненіямъ въ безсердечности и проч. И обвиняющіе будутъ до извѣстной степени правы, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда и плодъ будетъ извлеченъ мертвымъ, или хотя и съ признаками жизни, но оживить его не удастся. Для всѣхъ будетъ очевидно, что операція сдѣлана была понапрасну. Да, кромѣ того, и самое

выполненіе операціи можетъ сопровождаться тяжелыми сценами. Въ самомъ дѣлѣ, оперируемая хотя и находится въ агоніи, тѣмъ не менѣе она *жива*, и никто не можетъ поручиться за то, что, при той глубокой и обширной травмѣ, которая необходима для выполненія операціи, больная не будетъ реагировать на это, напр., стопами или крикомъ, бессознательными движеніями и пр., да, наконецъ, никто не можетъ поручиться и за то, что у нея, хотя бы на мгновение, не появится проблескъ сознанія... Вѣдь, нельзя же ради этого подвергать наркозу находящуюся въ агоніи! Независимо отъ этихъ соображеній, я не считаю себя въ правѣ предпринять кесарское сѣченіе во *время агоніи* еще и потому, что это значило бы оперировать *безъ вѣдома и согласія больной*. Это послѣднее обстоятельство я считаю въ высшей степени важнымъ. По мнѣнію моему, здѣсь, какъ и при операціяхъ на *живой*, наличностью или отсутствіемъ этого условія окончательно опредѣляется наше отношеніе къ данному случаю, ибо я думаю, что если послѣдняя воля *умершихъ*, бывшихъ въ моментъ выраженія ея юридически правоспособными, и по закону, и по правиламъ общественной морали, считается священной и подлежащею исполненію, какое бы огромное вліяніе это ни оказывало на судьбу оставшихся въ живыхъ, то тѣмъ болѣе это слѣдуетъ сказать о правѣ распорядиться своею собственною судьбою, своею угадывающей жизнью... А потому, лишь въ *крайне исключительныхъ* случаяхъ будетъ вполнѣ возможно такое сочетаніе обстоятельствъ, при которыхъ производство операціи кесарскаго сѣченія на *умирающей* можетъ считаться не только *позволительнымъ*, но даже (нравственно) *обязательнымъ* для врача. Представьте себѣ такой случай: беременная на сносахъ совершенно правильно текущей беременностіи получаетъ такое травматическое поврежденіе, смертельный исходъ котораго вполнѣ очевиденъ и совершенно *неизбѣженъ*, притомъ въ самомъ непродолжительномъ времени. Потерявшая — *въ сознаніи и понимаетъ свое* положеніе. А плодъ, между тѣмъ, живъ, и сохраненіе его жизни, по условіямъ соціальнаго и семейнаго быта матери, представляется для нея въ высшей степени важнымъ. Въ такомъ случаѣ я не задумался бы исполнить просьбу *умирающей* и въ послѣднія минуты ея жизни произвелъ бы кесарское сѣченіе, по

возможности, откладывая выполнение операции до тѣхъ поръ, пока позволяютъ это интересы плода. Или, наоборотъ, оперировать бы раньше, имѣя въ виду доставить умирающей возможность при не потушемъ еще сознаниі увидѣть или услышать своего ребенка, словомъ, фактически почувствовать себя *матерью*. Примѣненіе наркоза или анестезіи, въ той или другой формѣ, я не считалъ бы противопоказаннымъ.

При кесарскомъ сѣченіи на *мертвой* вѣроятность извлеченія *живого и жизнеспособнаго* плода весьма *невелика*, тѣмъ не менѣе она существуетъ и, наряду съ фантастическими разсказами различныхъ авторовъ, можно указать вполне достоверные случаи удачныхъ операций ¹⁾.

¹⁾ См. *F. v. Winckel*, „Der Kaiserschnitt an der Todten und an der Sterbenden“, „Aerzliche Rundschau“ 1892, № 5. *Geuer*, „Centralblatt f. Gyn.“ 1894, № 42. *Ar. Hoffmann*, Ibid. 1895, № 50. *Sig. Erdheim*, Ibid. 1896, № 14. *L. Lindquist*, „Hygica“ 1900. Octob. I-para умерла въ припадкѣ эклампсіи. Операторъ черезъ 5 мин. извлекъ въ асфиксіи мальчика вѣсомъ 3350 гр., 50 сан. длины, который былъ оживленъ и остался въ живыхъ. Въ случаѣ д-ра *T. A. Бурозинскаго* — при операциі на умершей отъ эклампсіи извлеченъ живой плодъ.

Чревосъченіе во время беременности и по поводу ея.

Къ группѣ операций, имѣющихъ цѣлью образованіе искусственнаго отверстія, черезъ которое производится рожденіе, resp., удаленіе продукта зачатія, кромѣ кесарскаго сѣченія и его разновидностей, должно быть отнесено *чревосъченіе* (брюшное или влагалищное) при *внѣматочной беремености*, resp., *выхожденіи плода*, resp., *послѣда въ брюшную полость*. Операция вскрытія брюшной полости, по самой сущности дѣла, является здѣсь показанной, такъ какъ продукты зачатія, заключенные и развивающіеся въ замкнутыхъ полостяхъ, не могутъ родиться черезъ естественные пути. Въ этихъ случаяхъ, слѣдовательно, можетъ быть двоякій выборъ: или образованіемъ искусственнаго пути удалить продуктъ зачатія, или оставить его нетронутымъ, предоставивъ силамъ природы справляться съ этимъ уклоненіемъ отъ нормы.

Что хирургическое вмѣшательство, въ видѣ операции чревосъченія, для огромнаго большинства случаевъ внѣматочной беременности является не только позволительнымъ, но часто и единственнымъ разумнымъ пособіемъ, это едва ли нужно доказывать. И если, сравнительно недавно, операция чревосъченія при внѣматочной беременности не пользовалась большимъ сочувствіемъ, то вовсе не потому, что самый принципъ операции представлялся нераціональнымъ, а только потому, что исходы операций были далеко не утѣшительны и подчасъ уступали исходамъ при выжидательномъ способѣ лѣченія. Такъ, по статистикѣ *Parry* ¹⁾, изъ 20 оперирован-

¹⁾ Extruterin Pregnancy etc. Philadelphia 1876.

ныхъ выздоровѣло 6, то есть 70⁰/₀ смертности; а при выжидательномъ способѣ ⁰/₀ смертности=52,6. Нынѣ же, по статистикѣ Schauta ¹⁾, изъ 122 случаевъ при выжиданіи умерло 115, то есть около 94⁰/₀, а изъ 121 оперированныхъ умерло 19, то есть всего около 15⁰/₀.

Уже болѣе 25-ти лѣтъ тому назадъ я высказался ²⁾ въ пользу широкаго примѣненія операціи чревосѣченія при внѣматочной беременности; въ настоящее время этотъ вопросъ я считаю окончательно рѣшеннымъ въ принципѣ. Если распознаніе эктопической беременности (включая сюда и беременность въ придаточномъ (рудиментарномъ) рогѣ) ³⁾ не подлежитъ сомнѣнію, если убѣдились, что беременность прогрессируетъ — операція чревосѣченія является *показанной*, независимо отъ срока беременности и мѣста развитія плоднаго яйца. Выборъ *времени* и *способа* операціи обусловливается особенностями каждаго отдѣльнаго случая.

Приготовленія и обстановка операціи должны быть такія же, какъ и при всякомъ чревосѣченіи.

Что касается случаевъ внѣматочной беременности, нарушенной въ своемъ теченіи (разрывъ мѣшка, кровоизліяніе, остановка развитія яйца, смерть доношеннаго плода съ послѣдовательными измѣненіями и т. п.), то и здѣсь чревосѣченіе, какъ *methodus medendi causalis*, дающее возможность кореннаго излѣченія, должно, по моему, занимать *первенствующее* мѣсто.

Считаю нужнымъ указать, что въ случаяхъ разрыва плоднаго мѣшка, *resp.*, угрожающаго внутренняго кровотеченія, я настаиваю на безотлагательномъ производствѣ чревосѣченія, — съ прямой цѣлью *остановить кровотеченіе* и, такимъ образомъ, избавить больную отъ (непосредственной) смертельной опасности. Какъ бы ни было тяжело состояніе больной, или какъ

¹⁾ Schauta, „Beiträge zur Casuistik, Prognose u. Therapie des Extraterin-schwangerschaft“, Prag, 1891.

²⁾ „Къ вопросу о лапаротоміи при внѣматочной беременности“, „Врачъ“, 1881.

³⁾ Въ одномъ такомъ случаѣ мы оперировали съ полнымъ успѣхомъ, при прогрессировавшей беременности, на 4-мъ мѣсяцѣ (3-я серія чревосѣченій). Въ другомъ — операція произведена почти годъ спустя послѣ нормальнаго срока окончанія беременности, тоже съ полнымъ успѣхомъ (2-я серія).

бы оно ни казалось таковымъ, операція—буде есть необходимыя условія для ея производства—должна быть предпринята для спасенія жизни больной. Говорю это не только на основаніи теоретическихъ соображеній, но и опираясь на данныя личнаго опыта. Много разъ мнѣ приходилось оперировать больныхъ, находившихся въ состояніи сильнѣйшаго коллапса, почти умиравшихъ (отсутствіе пульса въ лучевой артеріи, потеря сознанія и пр.) и, тѣмъ не менѣе, во всѣхъ случаяхъ получились благопріятные результаты. Послѣдовало скорое и полное выздоровленіе. Во всѣхъ случаяхъ операція была подѣ хлороформно-эирнымъ наркозомъ, съ преобладаніемъ эирнаго. Нѣтъ сомнѣній, что не всѣ столь тяжелые случаи могутъ дать счастливые результаты, тѣмъ не менѣе тамъ, гдѣ есть подходящія условія для операціи (клиники, больницы и пр.) или гдѣ ихъ можно скоро импровизировать,—нельзя оставлять больную безпомощно умирать на нашихъ глазахъ отъ кровотеченія. Нужно оперировать, помня, что всѣ другіе способы остановки кровотеченія будутъ или ненадежны, или прямо недѣйствительны. Въ такихъ случаяхъ и самая операція должна быть сдѣлана быстро. Здѣсь буквально дорога каждая минута; поэтому, вскрывъ животъ и не обращая вниманія на цѣлое море крови, нужно быстро войти рукой къ мѣсту положенія плоднаго мѣшка (справа или слѣва), захватить его и постараться приподнять къ брюшной ранѣ. Положеніе по *Trendelenburg*'у и здѣсь будетъ крайне цѣлесообразно. Какъ только удалось захватить (разорванный) мѣшокъ и приподнять его—хотя бы только надъ входомъ въ тазъ—половина дѣла сдѣлана. Теперь, не теряя времени, нужно наложить два зажима: одинъ на *lig. infundibulopelvicum*, другой у края матки, на мѣстѣ отхожденія трубы. Кровотеченіе надежно останавливается, и Вы можете спокойно разобраться теперь въ анатомо-топографическихъ отношеніяхъ даннаго случая, отрѣзать плодный мѣшокъ, не торопясь наложить на нужныхъ мѣстахъ лигатуры и снять зажимы. Какъ только удалось справиться съ кровотеченіемъ—весьма полезно *во время* самой же операціи, для поднятія дѣятельности сердца, ввести физиологическій растворъ подѣ кожу, resp., въ полость брюшины, или въ кишку (съ прибавленіемъ коньяка). Въ нашихъ случаяхъ бывало, что уже къ концу операціи состояніе больной стано-

вилось замѣтно лучше. Послѣ операциі уходъ въ такихъ случаяхъ требуетъ особенной внимательности и заботливости.

Въ отношеніи самаго *способа операциі*, съ технической стороны, я считаю возможнымъ держаться двухъ основныхъ принциповъ: 1) удалять плодовую кисту *цѣликомъ* (laparokelyphoectomy *проф. К. Ф. Славянскаго*), со вскрытіемъ ея полости (живой плодъ) или безъ этого, и 2) оперировать по *внутрибрюшинному* методу. Во всѣхъ оперированныхъ мною до сихъ поръ (весьма разнообразныхъ) случаяхъ удавалось выполнить означенныя требованія. Отдѣльными *моментами* операциі, слѣдовательно, будутъ: а) вскрытіе брюшной полости, б) выведеніе плодовой кисты наружу, гср., отдѣленіе сращеній съ окружающими частями, в) образованіе анатомической или хирургической ножки (прошиваніе и отдѣленіе) и г) зашивание раны.

Тамъ, гдѣ *полное удаленіе* мѣшка — по обстоятельствамъ случая—или *невозможно*, или представляется *опаснымъ* (кровотеченіе изъ мѣста прикрѣпленія послѣда и пр.), можно довольствоваться *частичнымъ* удаленіемъ (laparokelyphotomia *К. Ф. Славянскаго*), поступая съ оставшейся частью мѣшка различно: или вшить его въ брюшную рану, выполнивъ полость антисептической марлей, или, проложивъ предварительно дорожку въ рукавъ со дна плоднаго мѣшка, закрыть его наглухо швомъ со стороны брюшной полости и дренировать черезъ рукавъ (*A. Martin*). Впрочемъ, зашиваніе оставшейся части мѣшка со стороны брюшной полости я не считаю необходимымъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ нахожу болѣе полезнымъ оставлять сквозную рану въ рукавъ, помѣщая конецъ дренажа (тампона) въ брюшной полости свободно;—это имѣетъ смыслъ, устанавливая дренажъ *брюшной полости*, а не оставшейся части *мѣшка*. Это, слѣдовательно, случай, въ которыхъ операциі не можетъ быть названа *типической* и можетъ значительно видоизмѣняться въ частностяхъ.

Кромѣ случаевъ эктопической беременности, которые будутъ наиболѣе частыми, *показаніемъ* къ операциі чревосѣченія могутъ служить и другія опасныя состоянія, возникающія во время беременности (маточной). Сюда относятся, напр., 1) произвольныя или травматическія нарушенія цѣлости матки (разрывы, раненія матки и пр.). Въ тѣхъ слу-

чаяхъ, гдѣ чревосѣченіе дѣлается по поводу разрыва матки во время родовъ или во время беременности, геср., выхода плода или части яйца въ брюшную полость, задача операціи заключается въ удаленіи ненормальнаго содержи-мага изъ брюшной полости и въ возстановленіи цѣлости органа (зашиваніе раны матки, съ дренажемъ въ рукавъ или безъ этого), или же въ удаленіи самаго органа (надвлага-лищная ампутація по тому или другому способу). Это за-виситъ отъ особенностей случая (мѣсто и характеръ разрыва, его величина и пр.). Сюда же могутъ быть отнесены *нѣко-торые* случаи отрыва сводовъ рукава (*colporrhaxis*) съ образованіемъ (сквозного) отверстія въ полость брюшины и попаданіемъ въ нее содержимаго полости матки и т. п. Въ этихъ случаяхъ, впрочемъ, для возстановленія цѣлости по-лового аппарата чревосѣченіе можетъ и не потребоваться. Исправить это поврежденіе наложеніемъ швовъ съ примѣ-неніемъ дренажа или безъ него иногда можно и *со стороны влагалища*.

2) Къ числу показаній, по моему мнѣнію, слѣдуетъ от-нести тяжелые случаи **ущемленія беременной матки при загибѣ назадъ**. Это состояніе иногда дѣлается до такой сте-пени серьезнымъ, что устраненіе его является, какъ настоя-щее *indicatio vitalis*. Вы уже раньше видѣли, что для этой цѣли предлагается операція *искусственнаго выкидыша*, то есть опорожненіе матки. Но въ виду того, что 1) производство этой операціи въ такихъ случаяхъ чрезвычайно трудно и можетъ быть выполнено иногда только при помощи *прокола матки*, 2) продолжительность времени отъ начала операціи до момента обнаруженія эффекта ея (опорожненіе матки) индивидуально различна и можетъ быть весьма значительна, а между тѣмъ скорѣйшее опорожненіе матки, геср., устра-неніе давленія, въ высшей степени желательно, и 3) сама операція, посягая на жизнь плода, при этихъ условіяхъ не можетъ назваться безразличной для матери, — я полагаю, что въ подходящихъ случаяхъ и при надлежащей обста-новкѣ операція чревосѣченія здѣсь вполне *умѣстна*. Мо-ментами операціи будутъ: а) вскрытіе брюшной полости, б) исправленіе положенія матки. Для этого, войдя рукой въ полость брюшины, слѣдуетъ проникнуть 4-мя пальцами въ дугласово пространство (сбоку мыса) и, захвативъ дно матки,

вывести его за безымянную линію и возстановить правильное положеніе органа. Во время вправленія операторъ, геср., помощникъ содѣйствуетъ этому, поднимая дно матки чрезъ рукавъ или, въ случаѣ надобности, оттягивая книзу влагалищную часть, захвативъ ее предварительно пулевыми щипцами. Что вправленіе при этихъ условіяхъ можетъ удаваться даже въ весьма трудныхъ случаяхъ, въ этомъ меня убѣждаетъ самымъ нагляднымъ образомъ практика лапаротомій. Нерѣдко приходится встрѣчать такіе случаи, гдѣ опухоль, занимающая задній дугласъ, дающая впечатлѣніе фиксированной и не поддающаяся настойчивымъ попыткамъ къ смѣщенію (чрезъ рукавъ), по вскрытіи брюшной полости, оказывается не сращенной, а только вдавленной въ дугласово пространство, и вывести ее оттуда, при нѣкоторой сноровкѣ, удается гораздо легче, чѣмъ казалось при операціи. Въ такихъ случаяхъ *положеніе* оперируемой по *Trendelenburg*'у весьма цѣлесообразно и значительно облегчаетъ операцію. Въ случаѣ же существованія сращеній, вправленіе (ущемленной матки) только и возможно при помощи чревосѣченія.

Кромѣ обычнаго способа вскрытія брюшной полости (*coeliotomia abdominalis*), можно примѣнить и, такъ называемое, влагалищное чревосѣченіе (*coeliotomia vaginalis*). Для этого слѣдуетъ широкимъ разрѣзомъ вскрыть рукавъ и заднее дугласово пространство и, войдя 3—4 пальцами, постараться вправить матку, выведя ее за *linea innominata*. Хотя при этомъ способѣ условія для вправленія будутъ не столь благопріятны, какъ при вскрытіи брюшной полости разрѣзомъ живота, тѣмъ не менѣе и здѣсь можно ожидать удовлетворительныхъ результатовъ. Если бы удалось выполнить операцію, ограничившись вскрытіемъ брюшной полости чрезъ задній сводъ, это было бы выгодно для больной. Въ крайнемъ случаѣ это будетъ только попытка, при неудачѣ которой останется перейти къ обыкновенному чревосѣченію.

Послѣдовательное *лѣченіе* и *уходъ* за оперированными такіе же, какъ и при всякомъ чревосѣченіи. Въ случаяхъ извлеченія живого (внѣматочнаго) плода, *кормленіе* самой матерью (буде къ тому есть возможность) въ послѣопераціонномъ періодѣ *не* противопоказано.

Лонное хрящеразсѣченіе, разрѣзь лоннаго соединенія.

SYNCHONDROTOMIA, SYMPHYSEOTOMIA, SECTIO SYMPHYSEOS OSSIUM PUBIS, OPERATIO SIGAULTIANA, SEU CAMPERIANA.

Сущность операціи состоитъ въ разрѣзѣ лоннаго соединенія съ цѣлью увеличить пространство малаго таза. Основаніемъ для операціи, весьма вѣроятно, послужило старинное мнѣніе (имѣющее отчасти фактическую подкладку), что во время беременности сочлененія таза дѣлаются до нѣкоторой степени подвижными, а вмѣстѣ съ тѣмъ измѣняется и величина отдѣльныхъ размѣровъ таза.

Первый, кто предложилъ эту операцію былъ *Séverin Pineau* (1597 г.), а первый, кто произвелъ эту операцію, былъ *Johan Claudius de la Courvée* (въ Варшавѣ). Онъ предпринялъ операцію на мертвой, желая извлечь младенца, остановившагося головкой въ тазу. Далѣе, есть не совсѣмъ ясныя указанія на то, что эта операція производилась и въ XVII в. Настоящимъ же изобрѣтателемъ этой операціи, по справедливости, слѣдуетъ считать *Jean René Sigault'a*.

Исторія этой операціи настолько интересна, что я позволю себѣ привести ее вкратцѣ ¹⁾.

Sigault въ 1768 г., будучи студентомъ (*studiosus chirurgiae*), сообщилъ Королевской Хирургической Академіи въ Парижѣ идею этой операціи и полагалъ, что въ извѣстныхъ случаяхъ слѣдуетъ дѣлать симфизеотомию, но такъ какъ ничего

¹⁾ См. *P. Desforges*, „Recherches historiques en critiques sur la symphyseotomie“. Thèse de Paris. 1892.

подобнаго на *живыхъ* дѣлаемо не было, то онъ просилъ ходатайствовать передъ королемъ, чтобы Его Величество, въ качествѣ покровителя наукъ, разрѣшилъ произвести эту операцію, въ видѣ опыта, на какойнибудь приговоренной къ смертной казни. Академія цѣликомъ отвергла это предложеніе. Однако одинъ изъ членовъ академіи *Pierre Sue* обѣщаль *Sigault*у дать ему возможность выполнить эту операцію на трупѣ. Въ 1773 г. *Sigault* представилъ диссертацию подъ заглавіемъ: *An in partu contra naturam sectio symphyseos ossium pubis sectione caesarea promptior et tutior?*—*Peter Camper*, которому поручено было рассмотреть предложеніе *Sigault*'а, послѣ того какъ произвелъ нѣсколько опытовъ надъ женскими трупами и надъ живыми животными (свиньями), высказался въ пользу этой операціи при узкихъ тазахъ, во избѣжаніе прободенія головки. 4 года спустя, въ ночь на 1 октября 1777 г., *Sigault*, которому ассистировалъ *Alphonse Leroy*, впервые произвелъ эту операцію во время родовъ у 30-лѣтней солдатки (*m-me Souchot*). Это была рахитическая женщина, ростомъ 3 ф. 8 д., беременная 5-й разъ. Предшествовавшіе роды *каждый разъ* оканчивались благополучно для матери, но *мертвыми* плодами. Особенно тяжелы были 4-е роды (въ 1775 г.), оконченные поворотомъ съ экстракціей. Въ виду того, что *самъ Levret*, видѣвшій (раньше *m-me Souchot*, высказалъ мнѣніе, что для нея рожденіе живого плода возможно только при помощи кесарскаго сѣченія, *Sigault*, совместно съ *Leroy*, рѣшился на симфизеотомию. Къ операціи они приступили, по ихъ выраженію, „со страхомъ и трепетомъ“—(mit Zittern und Beben) ¹⁾ и при неудовлетворительной обстановкѣ бѣдной частной квартиры. Обыкновеннымъ бистури разрѣзано было лонное соединеніе, концы костей разошлись на 6 сант.; послѣ этого ребенокъ былъ извлеченъ и тутъ же удаленъ послѣдъ. На этотъ разъ ребенокъ (по величинѣ меньше средняго) родился *живымъ*. Не умерла и мать, но навсегда осталась калѣвкой. Свидѣтелями операціи остались: неизлѣчимая фистула мочеиспускательнаго канала, выпаденіе стѣнокъ рукава и матки, хроманіе и боль при движеніяхъ. Когда, два мѣсяца спустя, *Sigault* дѣлалъ свой докладъ, при чемъ была демонстрирована и оперированная, то оказа-

1) *Kilian*, „Oper Geb.“, S. 874.

лось, что она не могла придти сама, а *принесена* была въ залу засѣданія мужемъ *на рукахъ*, но около *двухъ минутъ* могла стоять безъ посторонней помощи. Не взирая на это, исходъ операціи былъ признанъ вполнѣ удачнымъ, операція провозглашена какъ благодѣтельное средство, дѣлающее излишнимъ операцію кесарскаго сѣченія. Рѣшено было отпечатать докладъ и протоколъ засѣданія и разослать самому королю, принцамъ крови, всѣмъ министрамъ, наконецъ врачамъ въ провинціи; операція была одобрена даже съ *церковной* кафедрой (въ церкви св. Козьмы). Въ честь этого событія выбита была серебряная медаль, на одной сторонѣ которой значилось: *Sectio symphyseos ossium pubis. Lucina nova. 1768 invenit, proposuit 1777, fecit feliciter J. R. Sigault. D. M. P. juvit Alph. Leroy D. M. P.* На другой—изображенъ портретъ декана факультета *J. C. Desessartz*. Операторъ получилъ 100 такихъ медалей, *A. Leroy*—50. *M-me Souchot* была выдана денежная награда.

Съ 1777 по 1779 г. операція произведена была *восемь разъ*, при чемъ 50% матерей погибло, 25% осталось изуродованными и остальные 25% значатся выздоровѣвшими. Дѣтей родилось мертвыми 87,5%. Эти результаты, однако, не подорвали кредита операціи; она имѣла своихъ приверженцевъ и примѣнялась время отъ времени.

Такъ, по статистикѣ *Morisani*¹⁾, обнимающей 80 случаевъ (1-я статистика по 1858 г.), съ 1777 по 1787 г. сдѣлано 34 операціи. Матерей осталось въ живыхъ 21, а дѣтей родилось живыми 12. Одна изъ роженицъ (*m-me P. Loutre*) была оперирована 2 раза (1778 и 1780 гг.) съ благопріятнымъ исходомъ: первый плодъ извлеченъ мертвымъ (выпаденіе пуповины при черепномъ положеніи), второй—живымъ. Операція по *подкожному* способу была выполнена въ *первый разъ* въ Андалузїи, подъ руководствомъ *Canivel*'я; оперированная выздоровѣла; плодъ живой (№ 18-й 1780 г.). Съ 1787 г. до начала XIX-го столѣтія симфизеотомія не была производима. Съ 1801 по 1858 г. произведено 46 операцій, при чемъ матерей умерло 15, а дѣтей 23. Такимъ образомъ, на все число операцій (34+46=80) % смертности для матерей бу-

¹⁾ Цит. по *Fr. Neugebauer*, „Kilka słów o wskrzeszeniu ciecicia lonowego“ и пр. 1892. *Odbitka z Medycyny*.

детъ 31,15 (28 изъ 80). Дѣтей—на все число 81 (въ одномъ случаѣ двойни)—родилось живыхъ 33, изъ нихъ очень скоро умерло 10, относительно 3-хъ свѣдѣній не приведено. Это составляетъ % смертности для дѣтей 51,85 или 67,9, если включить сюда и 10 умершихъ вскорѣ по рожденіи. Справедливость требуетъ, однако, замѣтить, что въ числѣ случаевъ есть и такіе, гдѣ симфизеотомія производилась на завѣдомо мертвыхъ плодахъ и даже послѣ краніотоміи. Относительно дальнѣйшаго состоянія здоровья оперированныхъ—въ нѣкоторыхъ случаяхъ указано: недержаніе мочи, моче-рукавные свищи, затрудненіе при ходьбѣ, выпаденіе матки и т. п.

По степени суженія таза заслуживаетъ вниманія, что при с. ver. 54 millm. операція сдѣлана два раза, при с. ver. 51 mm.—тоже 2 раза, при 48 mm.—1 разъ, при 45 и 44 mm.—по 1 разу. Насколько точны были приведенныя измѣренія таза—сказать трудно.

Съ 1886 по 1880 г. (вторая статистика *Morisani*) описано 50 случаевъ симфизеотоміи. Изъ этого числа умерло 9 матерей (18%) и 9 дѣтей родилось мертвыми (18%). По сравненію съ предыдущими цифрами (1-я статистика)—разница громадная. Слѣдуетъ замѣтить, что въ послѣднемъ ряду случаевъ степень суженія въ конъюгатѣ ни разу не была ниже 61 mm.

Съ 1880 по 1886 г. (третья статистика *Morisani*) ¹⁾ опубликовано 18 случаевъ. Всѣ операціи какъ этой серіи, такъ и предыдущей, произведены были въ Италіи (въ Неаполѣ). Изъ 18 оперированныхъ умерло 8 матерей (38,88%) и дѣтей родилось мертвыми 5 (27,77%). Одна изъ умершихъ—раньше 4 раза родила произвольно.

Слѣдуетъ статистика, съ 20 февраля 1888 г. по 28 ноября 1891 г., собрана *G. P. Spinelli* ²⁾, ассистентомъ проф. *O. Morisani* въ Неаполѣ. Она обнимаетъ 24 случая ³⁾, изъ коихъ 12 оперированы въ факультетской клиникѣ проф. *Morisani*,

¹⁾ „Annali di Obstetricia e Ginecologia“, 1886.

²⁾ „Annales de Gynecol.“, 1892, Janvier.

³⁾ По послѣдней статистикѣ *Morisani*, число операцій (въ Италіи) за этотъ періодъ 36. „Annali di Obstetricia e Ginecologia“, Januario 1893. Цит. по *H. Varnier*. „Annales de Gynécologie“, 1893, Avril.

5—въ акушерскомъ отдѣленіи больницы для неизлѣчимыхъ (*Novi*) и 7 случаевъ оперированы въ частной практикѣ. *Всѣ* оперированныя выздоровѣли, изъ дѣтей умеръ только *одинъ*, спустя *12 часовъ* по рожденіи ¹⁾.

На это число было 14 первородящихъ и 10 повторнородящихъ. Самой младшей изъ роженицъ было 15 лѣтъ, самой старшей 37. Изъ многородящихъ *шесть* были II-парае, *два*—III-парае, *одна*—VII-пара и *одна* IX-пара. У *пяти* ²⁾ операция была сдѣлана повторно: у трехъ—при первыхъ и вторыхъ родахъ (№№ $\frac{2}{4}$, $\frac{6}{9}$, $\frac{18}{20}$), при с. ver. 7 сант., 7,5 сант. и 7 сант.; у одной—при вторыхъ и третьихъ родахъ (№ $\frac{21}{22}$), с. ver. 7,5 сант., и у одной при восьмыхъ и десятыхъ родахъ, с. ver. 7,8 сант. (№ 10); первая операция раньше вошла въ 3-ю статистику *Morisani*.

Самая высшая степень суженія была 63 mm.; роды въ концѣ 8 мѣсяца, плодъ 2100 грм.; d. biparietal. 8,5 сант. Въ другомъ случаѣ (№ 19) с. ver. обозначена 6,5 сант. (?) при наружной с. 19 сант. и діагональной 10 сант.; плодъ 3240 грм.; d. biparietal. 9,2 сант. (случай изъ частной практики). Самый крупный плодъ вѣсилъ 5000 грм. (II-пара 21 года); d. biparietal. 10 сант.; с. ver. 67 mm. Щипцы (№ 15). Въ одномъ случаѣ (№ 18) произведена была рубіотомія (цѣпочной пилой), а при слѣдующихъ родахъ—симфизеотомія (№ 20). Изъ тазовъ большинство было *плоскихъ* и *плоскоракхитическихъ*. Въ одномъ случаѣ (№ 24) такъ былъ *остеомалатическій* (VII-пара одинъ разъ (№ 23) дѣло шло, по преимуществу, о суженіи *выхода* у рахитическаго субъекта: точныхъ измѣреній не приведено, за невозможностью ввести палецъ въ тазовой каналъ на надлежащую глубину. D. biischiad. 32 mm. Случай изъ частной практики. Роды срочные. Симфизеотомія; щипцы—неудачно. Поворотъ и извлечение. Плодъ живой, 2950 грм., d. bipariet. 8,7 сант.

Во *всѣхъ* случаяхъ *послѣ* симфизеотоміи роды окончены *оперативнымъ* путемъ, при чемъ въ 19 случаяхъ при помощи

¹⁾ Наблюденіе V. I-пара, с. ver. 7 сант.; воды сошли за сутки до наступленія; t° роженицы—38,7. Кившевскіе души, кольейринтеръ Брауна; при неполномъ раскрытіи—симфизеотомія, поворотъ и извлечение. Вѣсъ плода 3250. d. bipariet. 9,5 сант.

²⁾ *Mazzaa Concetta*, 25 л., *Nunziata Connola*, 31 г. *Concetta Adamo*, 32 л., *Filomena Fiore*, 21 г., *Maria Protaro* 22 л.

щипцовъ (3 раза попытки окончить роды щипцами до симфизеотоміи не удались), въ 4-хъ случаяхъ помощью поворота съ послѣдующимъ извлеченіемъ (въ № 23 поворотъ сдѣланъ послѣ неудачной попытки къ извлеченію щипцами) и въ 1-мъ случаѣ помощью извлеченія при ягодичномъ положеніи.

Описаніе случаевъ этой серіи имѣетъ весьма важное значеніе. Помимо того, что непосредственные результаты для матери и плода оказались *почти идеальными* (0% смертности 0), на основаніи описанія этихъ случаевъ разрѣшается и другой, еще болѣе существенный, вопросъ—о послѣдующемъ состояніи оперированныхъ, въ отношеніи способности ходить и пр. Этотъ вопросъ служилъ однимъ изъ наиболѣе важныхъ пунктовъ, на которые опирались противники операціи. Оказалось, 1) что въ области операціоннаго поля происходитъ *полное* сращеніе симфизы—это доказано случаями *повторной* симфизеотоміи—и 2) что оперированныя не только *не обречены* на продолжительное *лежаніе* въ постели и затрудненіе при ходьбѣ и пр., но были въ состояніи на 15-й, 13-й, 12-й, 10-й и даже на 8-й и 7-й день послѣ операціи встать съ постели. И самое раннее вставаніе (7-й—8-й день) приходилось какъ разъ на повторно-оперированныхъ (*Nunziata Connola*, № 6/9, *Maria Protaro*, № 21/22).

Вышеприведенныя статистическія данныя обнимаютъ въ общей сложности 172 случая операцій. Огромный процентъ изъ нихъ приходится на долю Италіи. Эта операція нашла себѣ пріютъ въ Неаполѣ и въ теченіе 30 лѣтъ (съ 1863 г.) неустанно разрабатывалась трудами *Morisani, Novi* и ихъ послѣдователей. Такимъ образомъ, Неаполитанской акушерской школѣ симфизеотомія обязана (почти исключительно) тѣмъ развитіемъ и положеніемъ, которое она занимаетъ въ ряду другихъ акушерскихъ пособій.

Несмотря, однако, на систематическую пропаганду этой операціи представителями Неаполитанской школы, несмотря на блестящіе результаты операціи, симфизеотомія оставалась въ тѣни и какъ-то незаслуженно мало обращала на себя вниманія остальныхъ представителей акушерства въ различныхъ государствахъ Европы. И только въ 1891 г., когда *A. Charpentier*, въ бытность свою въ Неаполѣ, познакомился на мѣстѣ съ симфизеотоміей и, вернувшись въ Парижъ, сталъ го-

рячо защищать эту операцию ¹⁾, и послѣ того какъ *P. G. Spinelli*, по порученію проф. *Morisani*, демонстрировалъ въ Парижскомъ акушерскомъ обществѣ симфизеотомию на трупѣ,—операция эта обратила на себя вниманіе, и въ Парижѣ *Pinard* вскорѣ опубликовалъ уже 3 случая (операции) съ благопріятнымъ исходомъ.

Послѣ этого, какъ и слѣдовало ожидать, и другіе пред- ставители акушерскихъ школъ не замедлили произвести и опубликовать случаи этой операции (*Leopold, Freund, Zweifel, Schautal Vih'e* и др.) ²⁾. Въ особенности 1892-й годъ отличается обиліемъ опубликованныхъ операций, произведенныхъ въ различныхъ государствахъ, какъ Старого, такъ и Нового Свѣта (Hawana, Brooklyn, Philadelphia, New-York, Pittsburg, Montréal, Наварра, Франція (Парижъ, Ліонъ), Италія (Неаполь), Великобританія (Дублинъ), Германія (Дрезденъ, Страсбургъ, Лейпцигъ), Австрія (Pressburg, Вѣна) и пр.). Въ Россіи въ 1892 году произведены 4 операции: 2 въ Гельсингфорсѣ ³⁾, 1—въ Петербургѣ академикомъ *А. Я. Крассовскимъ* ⁴⁾, 17 ноября 1892 года, у второродящей, съ благопріятнымъ исходомъ для матери и плода, и 1 въ Ярославлѣ, 10 дек. 1892 г. д-ромъ *Кашикаровымъ* ⁵⁾—плодъ въ глубокой асфиксіи, вскорѣ умеръ. Въ 1893 году почти въ каждомъ № журналовъ текущей литературы сообщается о новыхъ случаяхъ операций. Въ Петербургѣ въ 1893 году операция выполнена проф. *А. И. Лебедевымъ*. Исходъ для матери и плода—благопріятный. Въ Киевѣ проф. *Г. Е. Рейномъ*—тоже съ благопріятнымъ исходомъ. Проф. *Э. Ф. Биддеромъ* (С.-Петербургское родовспомогательное заведеніе) съ такимъ же исходомъ. По даннымъ *H. Varnier*, въ теченіе 1892 г. и первыхъ 3-хъ мѣсяцевъ въ 1893 г., за исключеніемъ Италіи произведено 82 операции. Изъ нихъ во Франціи—49, въ Соединенныхъ Штатахъ—12, въ Германіи—7, въ Австріи—7, въ Россіи—4, въ Англии—2 и въ Канадѣ—1. Въ настоящее

¹⁾ „De la Symphyseotomie“. Extrait du Bulletin de l'Académie de Médecine. Seances du 15 et 22 Mars 1892.

²⁾ „Centralbl. f. Gyn.“ 1892 г.

³⁾ „Centralbl. f. Gyn.“ 1892 г. № 49.

⁴⁾ „Журн. Акуш. и жен. болѣзн.“ 1893, Январь.

⁵⁾ Краткое сообщеніе въ засѣданія Акушерско-гинекологическаго общества въ С.-Петербургѣ, 17 декабря 1892 г.

время число операций какъ въ Россіи, такъ и за границей значительно возросло; я самъ десять разъ оперировалъ съ прекраснымъ исходомъ для матерей и плодовъ; въ одномъ случаѣ операція была сдѣлана два раза на одной и той же женщинѣ съ промежуткомъ въ 1½ года.

Значительное большинство этихъ операций дало благоприятные результаты для матери и для плода. Я уже раньше¹⁾, говоря о симфизеотоміи, указывалъ, что это такъ и должно было быть въ отношеніи исхода для матери. Что же касается благоприятнаго исхода для плода, то нельзя не замѣтить, что въ нѣкоторыхъ вышеприведенныхъ случаяхъ операція производилась до излитія водъ, или вскорѣ по ихъ отхожденіи. Другими словами, показанія къ операціи устанавливались не на основаніи наблюденія теченія родового акта (конфигурація головки и проч.), не послѣ того, какъ болѣе или менѣе прочно выяснялось, что произвольное родоразрѣшеніе невозможно, а, почти исключительно, на основаніи измѣренія таза. При этомъ, конечно, весьма легко могъ быть допущенъ и произволь, въ особенности у первородящихъ.

Основная идея операціи, руководившая изобрѣтателемъ ея, состояла въ томъ, чтобы помощью разрѣза лоннаго сочлененія и расхожденія концовъ костей увеличить передне-задній размѣръ таза и, такимъ образомъ, сгладить пространственные несоотвѣтствія и уравновѣсить взаимныя отношенія между тазомъ (матери) и подлежащей частью (плода), по крайней мѣрѣ, настолько, чтобы родоразрѣшеніе чрезъ естественные пути было возможно.

Достоинства этой операціи, съ анатомической стороны, въ свое время разобраны были еще *Baudelocque*'омъ, затѣмъ *Giraud*, *Ansiaux* и др. Опытами на трупахъ этими авторами установлено, что, при разрѣзѣ лоннаго соединенія и болѣе или менѣе значительномъ разведеніи бедеръ, размѣры таза измѣняются, при чемъ а) абсолютно *увеличивается поперечный* размѣръ таза, б) значительное расхожденіе концовъ костей лоннаго сочлененія (при значительномъ разведеніи бедеръ) сопровождается *поврежденіемъ* крестцово-подвздошныхъ сочлененій и в) всего *меньше* увеличивается *conjugata*. Такъ, при разстояніи между концами костей лоннаго соеди-

1) „Операт. акушерство“, 1-е изданіе.

ненія въ 1 дюймъ, длина конъюгаты увеличивается на 1 *ли-
нию* и т. д. Въ виду этого слѣдуетъ, что *показаніемъ* къ
операции *всего менѣе* могутъ служить тазы съ абсолютнымъ
сѣуженіемъ въ *conjugat'ѣ*, то есть плоскіе, рахитическіе. А для
такихъ именно тазовъ (с. *ver.* 2,5 д.) изобрѣтатель операции и
предлагалъ ее. Остаются, слѣдовательно, тазы *менѣе высо-
кихъ* степеней сѣуженія, при которыхъ роды могутъ быть
вполнѣ безопасно для матери окончены помощью прободенія
и пр., и при которыхъ кесарское сѣченіе *не* является без-
условной *необходимостью*. Что именно при такихъ тазакъ
операция производилась чаще всего, доказываютъ случаи,
гдѣ она предпринималась у многородящихъ, рожавшихъ
прежде и послѣ безъ пособія искусства. Таковы: *т-те Souchot*
(1-я оперированная *Sigault'*омъ), *т-те Blandin* (2-я опери-
рованная имъ же), *т-те Bellou* (оперированная *Dr. Leroy*)
и др. Это подало поводъ къ тому, что *Baudelocque* выска-
зался *не въ пользу* операции и всей силой своего громаднаго
авторитета вооружился *противъ* нея. Въ своей работѣ—
„An in partu propter angustiam pelvis impossibili symphysis
ossium pubis secanda?“—онъ старался доказать, что операция
должна давать неблагоприятные исходы для матери, во-первыхъ,
вслѣдствіе *пораненія важныхъ органовъ*, во-вторыхъ, въ виду
того, что уже при расхожденіи концовъ лонныхъ костей на
2½ д. происходятъ *разрывы заднихъ тазовыхъ сочлененій*, а
между тѣмъ при такомъ расхожденіи увеличеніе *conjugat'ы*,
въ случаѣ сколько нибудь значительнаго сѣуженія таза,
все-таки недостаточно для благоприятнаго окончанія родовъ;
а потому, для объясненія опубликованныхъ счастливыхъ
исходовъ операции, онъ утверждалъ, что въ этихъ случаяхъ
операция вовсе *не была нужна*.

Стоитъ вспомнить то вліяніе и тотъ авторитетъ, которыми
пользовался въ свое время *Baudelocque*, чтобы понять, что
какъ научные доводы, высказанные имъ, такъ и личное
мнѣніе противъ умѣстности и цѣлесообразности симфизеото-
міи должны были нанести тяжелый ударъ этой операци и
затормозить ея развитіе. Несмотря на это, операция, хотя и
не получила надлежащаго распространенія, тѣмъ не менѣе
была предпринимается и не разъ увѣнчивалась полнымъ успѣ-
хомъ. Здѣсь, какъ и во многихъ другихъ случаяхъ, клиника
шла впереди анатоміи и давала факты, требовавшіе объясне-

ній. Такъ какъ факты стояли, повидимому, въ противорѣчій съ анатомическими данными, положенными въ основу операціи, то оставалось одно изъ двухъ—или заподозрить правильность клиническихъ наблюденій, или доказать неточность анатомическихъ изысканій. Хотя позднѣйшія работы въ общемъ и подтвердили изслѣдованія *Baudelocque*'а какъ относительно расхожденія (разрыва) заднихъ тазовыхъ сочлененій, такъ и относительно сравнительно незначительнаго увеличенія *conjugat*'ы при разведеніи концовъ лонныхъ костей ¹⁾, но при этомъ оказалось, что абсолютное увеличеніе прямого размѣра входа далеко не имѣетъ того (главнаго) значенія, какое придавалъ ему *Baudelocque*. Дѣло въ томъ, что по разрѣзѣ, *gesp.*, разрывѣ, лоннаго сочлененія первоначальныя отношенія размѣровъ таза рѣзко измѣняются. При этомъ *весьма важное значеніе* имѣетъ подвижность, *gesp.*, способность къ расхожденію (разрыву), заднихъ тазовыхъ сочлененій. При *ограниченной подвижности*, или полномъ ея *отсутствіи*, и самая симфизеотомія можетъ оказаться *не достигающей цѣли* — емкость таза, если и измѣнится (увеличится), то далеко не въ достаточной степени. Справедливость сказаннаго весьма наглядно доказывается безуспѣшными случаями симфизеотоміи на тазахъ, пораженныхъ анкилозомъ того или другого крестцово-подвздошнаго сочлененія. Такъ, напр., извѣстны случаи анкилотически-косо-сѣуженныхъ тазовъ, при которыхъ, несмотря на симфизеотомію и попытки къ извлеченію щипцами, приходилось оканчивать роды прободеніемъ. Это обстоятельство, совершенно вѣрно подмѣченное и клинически точно установленное, послужило исходной точкой операціи *ischiorubiotomi*'и, предложенной проф. *L. H. Farabeuf*'омъ (см. ниже). Кромѣ расхожденія концовъ лонныхъ костей при нарушеніи цѣлости заднихъ сочлененій, или при ихъ подвижности (у роженицъ *поворачиваніе подвздошныхъ костей* вокругъ поперечной оси, мысленно проведенной черезъ основаніе крестца.

¹⁾ По *Morisani* („Annal. de Gyn.“ 1892. Avril) *conjugata* увеличивается на 2—2,5 mm. на *каждый* сантиметръ расхожденія. По *Fritsch*'у (*Biermer*, „Centralbl. f. Gyn.“ 1893, № 51), при расхожденіи на 6 *сант.* увеличеніе *conjugat*'ы=1,1 *сант.*, а синхдрозы разрываются иногда даже при разведеніи концовъ костей на 4—4,5 *сант.*

При этомъ передняя половина тазового кольца опускается книзу, что, при совмѣстномъ удаленіи концевъ лонныхъ костей (на 6—7 сант.), даетъ увеличеніе въ conjugat' на 2—2,7 сант. (*Ahlfeld*). Это измѣненіе первичныхъ отношеній, въ связи съ абсолютнымъ и значительнымъ увеличеніемъ поперечныхъ размѣровъ, при полномъ отсутствіи передней стѣнки таза на извѣстномъ протяженіи въ поперечномъ направленіи (на величину расхожденія концевъ костей), занятой только мягкими частями,—обеспечиваетъ такую свободу движеній головки, что она имѣетъ полную возможность естественными силами, или искусственно, совершить фазы нормальнаго механизма безъ особыхъ затрудненій.

Хотя дружными усиліями какъ прежнихъ (*Baudelocque, Ansiaux* и др.), такъ и новѣйшихъ авторовъ (*Morisani, Novi, Pinard, Fritsch-Biermer, Farabeuf* и др.), анатомическая сущность (основа) операціи въ общемъ разработана настолько удовлетворительно, что даетъ возможность уяснить себѣ смыслъ и акушерское значеніе операціи, тѣмъ не менѣе изслѣдованія съ этой стороны (анатомическія) не могутъ назваться вполнѣ законченными. Такъ, дальнѣйшія изслѣдованія и клиническія наблюденія должны установить болѣе или менѣе *опредѣленные* и *точные* границы позволительнаго (безопаснаго) разведенія, гесп., расхожденія, концевъ лонныхъ костей, въ связи съ наступающимъ нарушеніемъ цѣлости заднихъ тазовыхъ сочлененій и пр. и пр. Только такимъ путемъ, думается мнѣ, и можно очертить надлежащіе предѣлы примѣняемости симфизеотоміи и отвести ей подобающее мѣсто въ ряду другихъ акушерскихъ операцій.

Условія, необходимыя для симфизеотоміи: 1) достаточная *подготовка* родовыхъ путей, по крайней мѣрѣ, настолько, чтобы послѣ симфизеотоміи можно было безъ труда окончить родовой актъ искусственно (щипцы, поворотъ и извлеченіе и проч.), если выжиданіе произвольнаго окончанія родового акта—не въ интересахъ матери или плода; 2) увѣренность въ томъ, что данный тазъ послѣ симфизеотоміи способенъ настолько увеличиться въ своей емкости, что *рожденіе*, гесп., извлеченіе, (живого) плода *не встрѣтитъ* серьезныхъ *затрудненій* (см. ниже, главу объ ишіопубіотоміи); 3) *плодъ* долженъ *быть живъ*, такъ какъ операція предпри-

нимается исключительно въ интересахъ плода, взаимнѣ операціи прободенія (эмбриотоміи); 4) *согласіе матери* на операцію. Это *conditio sine qua non*; согласіе должно быть *добровольное*, а не вынужденное. При этомъ, обѣщая матери живого ребенка, Вы должны указать напередъ, что, хотя жизни ея самой и не угрожаетъ опасности, тѣмъ не менѣе, вслѣдствіе операціи, придется лежать въ постели опредѣленный срокъ и т. п. 5) *Наличность endometritidis sub partu* и вообще септической *инфекціи* если и не *исключаетъ*, этой операціи, все-таки заставляетъ отнестись къ выбору именно ея весьма вдумчиво и осмотрительно.

При выборѣ **времени** для этой операціи, мнѣ думается, принципиально слѣдуетъ руководствоваться тѣми же соображеніями, о которыхъ я упоминалъ при разборѣ вопроса о выборѣ времени для операціи кесарскаго сѣченія. Если граница суженія таза лежитъ близко къ абсолютной (напр. 70 mm.), гдѣ, стало быть, не подлежитъ сомнѣнію, что роды (срочные) не могутъ окончиться произвольно или оперативнымъ путемъ безъ уменьшенія объема плода, то, при подходящихъ условіяхъ и согласіи матери, лучше всего въ интересахъ плода оперировать *раньше*, то есть въ такое время, какъ только состояніе родовыхъ путей дастъ возможность окончить родовой актъ послѣ симфизеотоміи. Съ этой стороны желательно оперировать или вскорѣ по излитіи водъ, или даже *до* разрыва пузыря. Гораздо труднѣе выбрать моментъ при менѣе высокихъ степеняхъ суженія, при 80—88 mm. Трудность заключается собственно въ рѣшеніи вопроса—не можетъ ли въ данномъ случаѣ произойти родоразрѣшеніе естественнымъ путемъ или, по крайней мѣрѣ, не успѣетъ ли природа сама провести головку черезъ препятствіе настолько, что дальнѣйшее родоразрѣшеніе можетъ быть выполнено щипцами. По моему, это можетъ быть установлено съ извѣстной вѣроятностью только послѣ тщательнаго и продолжительнаго наблюденія хода родовъ. А потому необходимо выжидать. Чтобы выжиданіе, однако, имѣло свои предѣлы, можно руководствоваться состояніемъ плода; при появленіи признаковъ угрожающей ему опасности можетъ быть поставленъ вопросъ о скорѣйшемъ окончаніи родового акта.

Если головка стоитъ высоко (надъ входомъ или весьма не-

большимъ сегментомъ во входъ), если явленія конфигураціи не выражены вовсе, или выражены весьма ничтожно, то въ интересахъ плода нѣтъ надобности и пытаться накладывать щипцы, а дѣлать сразу симфизеотомію, особенно, если дѣло идетъ о многородящей, у которой затрудненіе родового акта доказано фактомъ рожденія мертвыхъ дѣтей при предшествовавшихъ беременностяхъ.

Если же характерная конфигурація головки ясно выражена, если головка прошла, или почти прошла, за тазовой входъ, — наложеніе щипцовъ можетъ быть вполнѣ цѣлесообразно, какъ попытка окончить роды безъ помощи кровавыхъ пособій, или же доказать неосновательность этой надежды. Слѣдуетъ имѣть въ виду, однако, что, преслѣдуя главнымъ образомъ задачу—рожденіе живого ребенка, не нужно черезчуръ долго настаивать на извлеченіи щипцами. Если бы 2—3 тракціи обнаружили, что попытка окончить роды щипцами или не оправдывается обстоятельствами, или сопряжена съ значительнымъ рискомъ для плода, то можно, не снимая щипцовъ, приступить къ симфизеотоміи, какъ это не разъ и практиковалось.

При необходимости окончить роды, по требованію обстоятельствъ даннаго случая, выборъ акушерскаго пособія можетъ колебаться между *краниотоміей* и *симфизеотоміей*, *геср.*, *пубіотоміей*. И выборъ (въ пользу *симфизеопубіотоміи*) былъ бы не труденъ при живомъ плодѣ и согласіи матери подвергнуться операциі.

При другихъ видахъ положеній и предлежаній (ножное, ягодичное, поперечное и др.) установитъ время и показанія къ операциі будетъ гораздо труднѣе, чѣмъ при черепныхъ положеніяхъ при суженіяхъ невысокихъ степеней. При черепныхъ предлежаніяхъ повторнымъ изслѣдованіемъ и довольно продолжительнымъ наблюденіемъ родового акта мы можемъ составить себѣ представленіе (хотя бы приближительно вѣрное) о величинѣ головки, ея свойствахъ, способности къ конфигураціи, приспособляемости къ данному тазу и пр. и пр., и на этихъ основаніяхъ придти къ соотвѣтственнымъ заключеніямъ (выводамъ). Ничего подобнаго не будетъ при тазовыхъ предлежаніяхъ. И потому наши заключенія о вѣроятности или невѣроятности рожденія (произвольнаго, *геср.*, при помощи извлеченія) живого плода,

по необходимости, будут носить общій (шаблонный) характер, а отнюдь не будут *индивидуальными*, приуроченными къ данному случаю. А въ правильной оцѣнкѣ и пониманіи даннаго случая и его особенностей именно и заключается вся задача клинициста. Этимъ опредѣляется его образъ дѣйствій у постели, и въ этомъ лежитъ весь залогъ успѣха. Ибо, когда *во время прохожденія* (послѣдующей) *головки черезъ тазъ* выяснится затрудненіе (или невозможность) произвольнаго рожденія, или путемъ извлеченія, то приступить къ симфизеотоміи будетъ уже поздно. Надежда извлечь плодъ живымъ будетъ теперь, по меньшей мѣрѣ, ничтожная, въ виду значительнаго количества времени, потраченнаго на извлеченіе верхнихъ отдѣловъ туловища и головки (см. главу объ извлеченіи). Вотъ почему при тазовыхъ предлежаніяхъ вопросъ объ умѣстности и необходимости симфизеотоміи поневолѣ будетъ *предрѣшеннымъ* и построеннымъ на общихъ теоретическихъ основаніяхъ, а не на обстоятельствахъ даннаго случая. Какъ исключенія изъ только что сказаннаго, будутъ тѣ рѣдкіе случаи, въ которыхъ дѣло идетъ о повторнородящихъ въ ягодичномъ же положеніи, у которыхъ въ предшествовавшіе роды подаваемое пособие не увѣнчалось успѣхомъ. Это указаніе опыта можетъ служить краугольнымъ камнемъ для сужденія и *ad hoc*.

Производство операціи. Роженицу хлороформируютъ и укладываютъ или горизонтально, какъ при чревосѣченіи, или на поперечную постель—въ положеніи камнесѣченія, или со спущенными внизъ по краю постели (стола) ногами (такъ называемое *Walcher*'овское положеніе). Въ первомъ случаѣ операторъ становится сбоку (справа), во второмъ— между бедеръ роженицы. По надлежащемъ очищеніи операціоннаго поля, приступаютъ къ разрѣзу. Техника операціи, несмотря на значительное число произведенныхъ операцій, до сихъ поръ въ рукахъ различныхъ операторовъ не одинакова, хотя это различіе въ большинствѣ и несущественно. Существуетъ нѣсколько (различныхъ между собою) способъ ¹⁾. Изъ болѣе старыхъ можно указать: 1) *способъ Galbiati*.

¹⁾ Описаніе способовъ производства первыхъ операцій (методы *Sigault*'а, *Alph. Leroy* и др.) см. у *Bauchacour*'а, „Dictionnaire encyclopedique de sciences medicales“. Paris. 1889.

Кожный разръзъ дѣлается сразу до кости. Разръзъ ведется по срединной линіи, начинается на 1—1,5 сант. надъ верхнимъ краемъ лоннаго соединенія и оканчивается у основанія клитора. Этотъ разръзъ примѣнялся въ большинствѣ опубликованныхъ случаевъ. По обнаженіи лоннаго сочлененія, разсѣченіе его выполняется помощью особаго пуговчато-серповиднаго ножа (*falcetta Galbiati*), который устанавливается остриемъ по задней поверхности лоннаго сочлененія; движеніемъ ножа снизу вверхъ и сзади напередъ перерѣзывается *lig. arcuat.* и междусуставный хрящъ. По этому же способу оперировали *Morisani, Novi* и др. 2) *Способъ Carbonai*. Разръзъ кожи, въ 3 сант. длиною, дѣлають не въ продольномъ, а въ *поперечномъ* направленіи у верхняго края лоннаго соединенія. По обнаженіи сочлененія, ножъ (обыкновенный бистури) плашмя проводятъ (подкожно) до нижняго края лоннаго сочлененія, затѣмъ поворачиваютъ остриемъ къ хрящу и разръзають сочлененіе пиловидными движеніями снизу вверхъ. 3) *Способъ Piccini*. Разръзъ ведутъ по срединной линіи (симфизы) продольно, *снизу* вверхъ, начиная тотчасъ у корня клитора; само сочлененіе разръзають *сверху* внизъ.

Производство операціи можно раздѣлить на слѣдующіе моменты: 1) разръзъ общихъ покрововъ и обнаженіе симфизы, 2) разръзъ самаго сочлененія, 3) окончаніе родового акта и 4) остановка кровотеченія и зашиваніе раны.

1-й моментъ. Въ настоящее время большинство операторовъ дѣлаетъ кожный разръзъ по средней линіи симфизы, начиная немного выше верхняго края лоннаго соединенія. Такъ, напр., *Pinard*, предварительнo обозначивъ краской срединную линію (продолженіе которой проходитъ, съ одной стороны, чрезъ *мечевидный* отростокъ, съ другой — чрезъ головку *клитора* — такъ называемый *linea sternoclytoridea*), дѣлаетъ разръзъ, длиною въ 8—10 сан., сверху внизъ; дойдя до крайней плоти клитора, линія разръза уклоняется въ сторону, подъ тупымъ угломъ къ первоначальному направленію. Это дѣлается во избѣжаніе пораненія клитора, если бы, при расхожденіи концовъ костей лоннаго соединенія, или при извлеченіи плода послѣдовалъ разрывъ кожныхъ покрововъ по продолженію разръза. Это уклоненіе линіи разръза въ сторону, какъ я убѣдился при операціяхъ на

живыхъ, слѣдуетъ признать цѣлесообразнымъ. *Morisani* дѣлаетъ разрѣзъ меньшей длины, всего около 3 сант. Разрѣзъ начинается на 1 сант. выше лоннаго соединенія. *А. Я. Красовскій* вель разрѣзъ отъ верхняго края лобка книзу, не доходя на 1 сант. до клитора, затѣмъ, удлиняетъ разрѣзъ кверху.

По обнаженіи лоннаго сочлененія, стараются проникнуть въ предпузырное пространство (*cavitas praevvesicalis*), или отдѣляя прикрѣпленія прямыхъ мышцъ отъ кости на нѣкоторомъ разстояніи (*Leopold*) ¹⁾, или проходя въ промежуткѣ между ними. Ощупавъ верхній край лоннаго соединенія, проводятъ указательный палецъ ²⁾ по задней поверхности симфизы до нижняго края ея и ощупываютъ линію соединенія лонныхъ костей, выдающуюся въ видѣ гребешка (не всегда одинаковой вышины) въ полость таза. Съ цѣлью предохранить пузырь и уретру (*А. Я. Красовскій*) отъ пораненія, вводятъ катетеръ въ пузырь и отдавливаютъ его кзади (*Morisani*), или защищаютъ (во 2-мъ моментѣ) пузырь пальцемъ, введеннымъ въ предпузырное пространство (*Pinard*), или слегка тампонируютъ это пространство іодоформенной марлей.

2-й моментъ. Самое разсѣченіе симфизы производится или помощью особаго крѣпкаго пуговчато-серповиднаго ножа (*falcetta di Galbiati*), или обыкновеннымъ крѣпкимъ бистури, или особымъ инструментомъ (напр., *symphyseotom*'омъ *G. P. Spinelli*). При этомъ не всѣ поступаютъ одинаково. Одни—*Morisani*, *Novi* и ихъ школа—производятъ разсѣченіе такимъ образомъ, что серповидный ножъ вводится или подъ руководствомъ пальца, или безъ этого, прямо плашмя до нижняго края симфизы, затѣмъ поворачивается остриемъ кпереди, и пуговка упирается въ вершину лонной дуги (подъ связкой). Дѣйствуя ножомъ снизу вверхъ и сзади напередъ, разсѣкаютъ какъ связки, такъ и хрящъ симфизы. Авторы согласно утверждаютъ, что операція въ этотъ моментъ не представляетъ затрудненій; разъединеніе совершается легко и скоро. Однако, здѣсь могутъ быть и исключенія.

¹⁾ „Centralbl. f. Gyn.“ 1892, № 30.

²⁾ Если головка болѣе или менѣе прочно установилась во входѣ въ тазъ, то введеніе пальца можетъ встрѣтить затрудненіе, устранить которое придется, поднимая головку пальцемъ чрезъ рукавъ и выводя ее за линію (плоскость) входа. Случай *Vauntt*'а: „Centralbl. f. Gyn.“ 1893, № 14.

Другіе (*Pinard*), наоборотъ, раздѣляютъ сочлененіе, дѣйствуя спереди назадъ и сверху внизъ. Безъ сомнѣнія, это—не особенно значительное разногласіе; тѣмъ не менѣе послѣдній способъ, котораго и я держался при всѣхъ своихъ операціяхъ, мнѣ кажется, можно считать болѣе рациональнымъ, такъ какъ онъ основанъ на анатомо-топографическихъ отношеніяхъ данной области. Дѣло въ томъ, что *хрящъ* лоннаго соединенія имѣетъ видъ *призмы*, одна изъ плоскостей которой обращена кпереди, а ребро—кзади; затѣмъ у верхняго края сочлененія хрящъ нѣсколько *толще* (основаніе треугольника), чѣмъ у нижняго (вершина треугольника). Отсюда слѣдуетъ, что попасть ножомъ въ сочлененіе (resp., на хрящъ), дѣйствуя спереди назадъ, будетъ легче, чѣмъ наоборотъ. Сзади для этого придется отыскивать мѣсто спайки, иногда представляющее собою весьма узкую щель, проникнуть въ которую будетъ не всегда легко. Этимъ, безъ сомнѣнія, объясняются отчасти тѣ случаи, въ которыхъ не удавалось вскрыть лонное соединеніе и которые разсматривались, какъ случаи костнаго анкилоза симфизы. При этомъ, конечно, приходилось раздѣлять лонныя кости на протяженіи, то есть перепиливать ихъ въ горизонтальной части той или другой кости (*pubiotomia*), а между тѣмъ при *повторной* операціи симфизеотоміи выполнялась *безъ труда*. Таковъ, на примѣръ, случай № 18 въ вышеприведенной статистикѣ *Spinelli*. Случай распиливанія лонныхъ костей, при которыхъ оказывалось впоследствии, что сочлененіе лежало только нѣсколько въ *сторону* отъ срединной линіи, или направленіе разрѣза не совпадало со срединной линіей, я не беру во вниманіе. Такіе случаи извѣстны были давно, и еще *Baudelocque* могъ демонстрировать тазъ умершей послѣ симфизеотоміи, на которомъ сдѣлано было *распиливаніе* лонныхъ костей при *цѣлости* лоннаго сочлененія.

По этимъ же анатомическимъ соображеніямъ, при разрѣзѣ лоннаго сочлененія (спереди) желательнo, чтобы линія разрѣза приходилась по срединѣ, дабы разрѣзъ на всемъ протяженіи (насквозь) могъ пройти въ области *хряща*, а не встрѣтился съ *костью*, подходя къ задней поверхности сочлененія. Это могло бы, въ свою очередь, подать поводъ къ неправильному толкованію этого препятствія, зависящаго, будто бы, отъ окостенѣнія сочлененія, а слѣдовательно, и

къ нежелательному его устраненію, resp., распилу, или къ отдѣленію сочленовныхъ поверхностей горизонтальныхъ вѣтвей лонной кости на протяженіи. При встрѣтившемся препятствіи такого рода, дѣйствуя на бедра (resp., на подвздошныя кости), то есть оказывая влеченіе на концы костей лоннаго сочлененія, можно нѣсколько измѣнить первоначальныя пространственныя отношенія и такимъ путемъ устранить встрѣтившееся препятствіе, или же немного уклониться ножомъ въ сторону той или другой (соотвѣтственной) кости.

По общему свидѣтельству большинства, къ которому вполне присоединяюсь и я, связочный аппаратъ (lig. arcuat.) лоннаго сочлененія также долженъ быть разрѣзанъ.

Leopold ¹⁾ въ своихъ случаяхъ оставлялъ ненарушенными связки, но при этомъ расхождение концовъ костей было недостаточно и, при извлеченіи плода, связки произвольно надрывались и получалось сильное кровотеченіе, происходившее, по мнѣнію оператора, изъ разорвавшихся сосудов clitoridis. Въ одномъ случаѣ *Leopold* (l. c.) ограничился только надрѣзомъ лоннаго соединенія сверху (до $\frac{2}{3}$, приблизительно) и извлеченіе плода, при 6,75 сант. общесъуженнаго таза, удалось будто бы безъ разрѣза lig. arcuat., хотя концы костей при извлеченіи разошлись на 6,5 сант., а поперечный размѣръ головки плода былъ = 9,75 сант. Едва ли, однако, это не основано на ошибкѣ, или, быть можетъ, относится къ исключительному случаю.

Pinard ²⁾ считаетъ операцію симфизеотоміи оконченной, когда, по разрѣзѣ сочлененія, концы костей расходятся (произвольно или при давленіи на crist. ilei) настолько, что между ними можетъ помѣститься палець.

Spinelli для разрѣченія лоннаго соединенія придумалъ особый инструментъ, названный имъ симфизеотомомъ. Инструментъ состоитъ изъ стальныхъ параллельныхъ пластинокъ, удаленныхъ другъ отъ друга на толщину передне-задняго размѣра симфизы. На пластинкѣ нанесены дѣленія на сантиметры. Между пластинокъ вставляется крѣпкій ножъ съ косымъ лезвіемъ. Помощью особаго приспособленія ножъ

¹⁾ l. c.

²⁾ „Annal. de Gynékologie“, Т. XXXVII, p. 92, 1892, Fevrier.

можетъ быть установленъ на желаемой высотѣ. Употребленіе инструмента слѣдующее: по обнаженіи симфизы, параллельныя вѣтви инструмента надвигаютъ на симфизу такимъ образомъ, что одна вѣтвь помѣщается сзади, а другая—спереди симфизы, а самое сочлененіе приходится въ плоскости расположенія вѣтвей инструмента. Проведя вѣтви инструмента на требуемую глубину, ударомъ по рукояткѣ опускаютъ ножъ, и разрѣзъ совершается за одинъ разъ. По моему мнѣнію, едва ли есть надобность въ какихъ либо инструментахъ подобнаго рода. Раздѣленіе симфизы можетъ быть легко выполнено и помощью обыкновеннаго хирургическаго долота, и помощью крѣпкаго скальпеля.

3-й моментъ. Такъ какъ симфизеотомія есть операція только *подготовительная*, назначенная для устраненія, геср., выравниванія, пространственныхъ несоотвѣтствій, и отнюдь не операція *родоразрѣшающая*, то дальнѣйшій образъ дѣйствій подающаго пособіе можетъ быть двоякій: онъ долженъ или а) ждать произвольнаго окончанія родовъ, предоставивъ это силамъ природы, или б) окончить родовой актъ искусственно, помощью соотвѣтствующихъ акушерскихъ операцій (щипцы, поворотъ и извлеченіе). И въ этомъ отношеніи не всѣ поступаютъ одинаково. Одни (*Morisani, Zweifel*), по разрѣзѣ сочлененія, *выжидаютъ* произвольнаго окончанія родовъ и приступаютъ къ искусственному ихъ окончанію по *спеціальнымъ* показаніямъ (слабость болей и проч.). Другіе (большинство), въ томъ числѣ и русскіе авторы, вслѣдъ за симфизеотоміей, если рожденіе тотчасъ же не происходитъ произвольно, *оканчиваютъ роды* щипцами или помощью поворота и экстракціи, или только экстракціи. Третьи ¹⁾, наконецъ, *предварительно* накладываютъ щипцы, затѣмъ, дѣлаютъ извлеченіе, и если это не удастся, то, не настаивая непременно на извлеченіи щипцами и не снимая послѣднихъ, дѣлаютъ симфизеотомію и, затѣмъ уже, оканчиваютъ роды щипцами.

Относительно того, ждать ли окончанія родовъ силами природы, или оканчивать ихъ искусственно, я долженъ замѣтить, что, хотя выжидательный образъ дѣйствій и можетъ быть оправданъ съ точки зрѣнія общихъ принциповъ хирургіи геср., акушерства (возможно меньше вмѣшательства), тѣмъ

¹⁾ См. *Fr. Neugebauer*, 1. с., S. 15.

не менѣе, я полагаю, что, если для искусственнаго окончанія родового акта существуютъ благопріятныя условія, активное *вмѣшательство* должно считаться *показаннымъ*. Выжиданіе, по мнѣнію моему, *менѣе выгодно*, между прочимъ, уже потому, что при этомъ а) роженица или должна находиться болѣе продолжительное время подъ наркозомъ, который самъ по себѣ замедляетъ теченіе родового акта, а между тѣмъ онъ (наркозъ) необходимъ, хотя бы въ виду болѣзненности послѣдняго момента операціи (сшиваніе раны), или, послѣ произвольнаго родоразрѣшенія, она должна вторично подвергнуться наркотизаціи для окончанія операціи; и б) рана въ теченіе болѣе продолжительнаго времени будетъ доступна внѣшнимъ вліяніямъ, что, по понятнымъ причинамъ, крайне нежелательно. Наложеніе временной (защищающей) повязки только отчасти ослабляетъ эти вліянія.

Во время *рожденія* плода, а въ особенности при *извлеченіи* его, соблюдаютъ нѣкоторыя предосторожности относительно болѣе значительнаго, чѣмъ желательно, расхожденія концовъ костей. Помощники *уравновѣшиваютъ* это *расхожденіе* *противодавленіемъ* на *подвздошныя кости* снаружи внутрь и *фиксируютъ тазовыя кости* вообще.

4-й моментъ. По окончаніи родовъ, помощники давленіемъ съ боковъ на тазовыя кости *сближаютъ* между собою концы костей лоннаго сочлененія, по возможности, тѣсно. Для того чтобы удержать кости во взаимномъ соприкосновеніи, лучшимъ средствомъ служить *наложеніе шва* на рану. Въ этомъ отношеніи существуетъ нѣкоторое *разногласіе* между операторами. Одни довольствуются наложеніемъ глубокихъ и поверхностныхъ швовъ на *кожную* рану, другіе при этомъ стараются захватить въ шовъ *надкостницу* и вообще провести шовъ по возможности ближе къ кости. Нѣкоторые (*Schauta, Chrobac* и др.) примѣняютъ *костный* шовъ. Онъ накладывается такимъ образомъ, что кость просверливается шиломъ (малымъ сверломъ) спереди назадъ и нѣсколько вкось, черезъ отверстіе проводится серебряная проволока (при извлеченіи инструмента обратно изъ просверленнаго канала) и при наибольшемъ сближеніи концовъ лонныхъ костей (сдавливаніе съ боковъ) закручивается. Во избѣжаніе прорѣзыванія проволокой при скручиваніи шва, герс., отслоенія пластинки суставнаго хряща отъ кости, пужно смотрѣть, чтобы

шовный каналъ приходился не слишкомъ близко отъ линіи соединенія хряща съ костью. Что касается матеріала для швовъ какъ костнаго, такъ и для наружной раны, то въ этомъ отношеніи замѣтно значительное разнообразіе въ описанныхъ до сихъ поръ случаяхъ. И шелкъ, и проволока (серебряная), и кѣтгутъ и пр. не разъ примѣнялись и, повидимому, съ одинаковымъ успѣхомъ. Да оно и понятно (см. о зашиваніи матки при кесарскомъ сѣченіи).—Если зашиваніе *наружной* раны (глубокимъ и поверхностнымъ швомъ) можно признать *необходимымъ*, то относительно *костнаго* шва это *еще вопросъ*. По крайней мѣрѣ, опубликованные до сихъ поръ случаи не даютъ достаточныхъ точекъ опоры для сужденія; и *Charpentier*, напр., считаетъ примѣненіе костнаго шва излишнимъ и полагаетъ, что хорошо наложенная ватная повязка достаточно гарантируетъ удовлетворительное прилеганіе лонныхъ костей другъ другу. Во всѣхъ своихъ случаяхъ *я не накладывалъ костнаго шва*, а соединялъ только *надкостницу* и *прилежащія мягкія части*.

Zweifel настаиваетъ на неполномъ закрытіи раны и дренированіи залоннаго пространства, при чемъ нижній конецъ дренажа выводитъ черезъ большую губу. Благопріятные исходы цѣлой серіи своихъ операций онъ склоненъ приписать именно этому обстоятельству.

Послѣ зашиванія раны, съ цѣлью *иммобилизовать* тазъ, вокругъ него накладываютъ давящую повязку. Одни довольствуются обыкновенной *ватно-марлевой* повязкой (*Charpentier*); другіе, для большей прочности, накладываютъ *гипсовую* повязку (*Morisani*), или *крахмальныи* бинтъ (*А. Я. Красковский*); третьи—бинтъ *Эсмарха* (*Törngreen, Freund, Tarnier*) и т. п. По поводу бинта *Эсмарха* слѣдуетъ замѣтить, что онъ, повидимому, плохо переносится, и родильницы довольно скоро начинаютъ жаловаться на боли. По крайней мѣрѣ, въ случаѣ *Freund*'а, эти жалобы заставили удалить бинтъ всего три часа спустя и замѣнить его просто длиннымъ полотенцемъ, повязаннымъ вокругъ таза. Нѣкоторые связываютъ еще и *ноги* полотенцемъ, наложеннымъ выше колѣнъ. Для обезпеченія покойнаго положенія (таза), родильницѣ въ послѣоперационномъ періодѣ предлагаютъ пользоваться различными *аппаратами*. *Freund* кладетъ по сторонамъ таза *соломенныя подушки* и укрѣпляетъ ихъ *резиновой тесьмой*,

протянутой поперекъ кровати. *Pinard* укладываетъ оперированную въ особо приготовленную *постель* съ боковыми вогнутыми *валиками*, или же пользуется общеизвѣстной шиной *Bonnet* (желобъ). *Д. О. Оттъ* предложилъ особый *снарядъ*, состоящій изъ двухъ металлическихъ вогнутыхъ продолговатыхъ *чашекъ*, которыя помѣщаются на *бедрахъ* и могутъ быть сближены, по желанію, помощью винта на рычагѣ, соединяющемъ чашки. Внутри чашекъ, для уменьшенія давленія на мягкія части, помѣщаются *кожаныя* подушки, набитыя волосомъ ¹⁾.

Во всѣхъ случаяхъ, оперированныхъ мною, я *довольствовался* простой, хорошо наложенной, *ватномарлевой повязкой*, на-подобіе той, которая употребляется мною послѣ *чревосѣченія* вообще. Такая повязка въ моихъ случаяхъ *отлично переносилась* больными и вполне *достигала* своей *цѣли*. Одинъ разъ я попробовалъ уложить больную въ особый *снарядъ*, построенный по принципу *снаряда Д. О. Отта*, но больная, раньше нѣсколько времени лежавшая съ обыкновенной повязкой, рѣшительно заявила о несомнѣнномъ *удобствѣ* и *преимуществахъ повязки*, и *снарядъ* черезъ сутки пришлось *убрать*. Ноги (выше колѣнъ) въ теченіе первой недѣли мы *связывали* полотенцемъ.

Дальнѣйшій режимъ состоитъ въ покойномъ положеніи оперированной (на спинѣ); швы удаляются на 8—9-й день. Уходъ въ отношеніи *родильнаго состоянія* — обыкновенный. Существенный вопросъ относительно *времени*, когда оперированная можетъ оставить *постель*, въ настоящее время *нельзя считать* окончательно *рѣшеннымъ*. Мнѣнія авторовъ и опубликованные до сихъ поръ случаи представляютъ большое разногласіе въ этомъ отношеніи; такъ по однимъ *Morisani, Novi* и др.), — *родильница* должна лежать въ постели 6—7 недѣль, по другимъ (*А. Я. Крассовскій*), — можетъ оставить *постель* въ концѣ 3-й недѣли. Мои оперированныя вставали на 20-й день. Кромѣ этого, какъ указано выше, имѣется много наблюдений, гдѣ оперированныя не только вставали съ постели, но и *уходили* изъ *госпиталя* на 7-й—10-й день и ¹⁾ чувствовали себя вполне *удовлетворительно*

¹⁾ „Врачъ“. № 15. 1893 г., стр. 439.

(*Spinelli*). Никакихъ разстройствъ при ходьбѣ и въ устойчивости вертикальнаго положенія не замѣчалось.

Показаніями къ симфизеотоміи служатъ пространственныя несоотвѣтствія (различнаго характера), обусловливающія невозможность рожденія, resp., извлеченія *живого* ребенка. Самыми частыми показаніями будутъ, слѣдовательно, *узкіе тазы*. Обыкновенно, принимаютъ во вниманіе тазы, суженные въ conjugat'ѣ (простые плоскіе и плоскіе рахитическіе). Въ опредѣленіи крайнихъ *предѣловъ* суженія, при которыхъ показана операція, мнѣнія различныхъ операторовъ довольно рѣзко расходятся. Неаполитанская школа, съ проф. *Morisani* во главѣ, считаетъ операцію показанной въ границахъ 88—67 mm. суженія. Выше 88 mm. операція тоже допускается, но въ *исключительныхъ случаяхъ*. Точно также въ *особенныхъ* случаяхъ операція допускается и при 65 mm. Ниже 67—65 mm., по *Morisani*, наступаютъ показанія для кесарскаго сѣченія.

По мнѣнію другихъ представителей Неаполитанской школы (*Novi*), послѣдняя граница суженія можетъ быть значительно *ниже* 67 mm., а именно—до 54 и *даже* 50 mm. При этомъ, однако, допускается комбинація симфизеотоміи а) съ *кефалотрипсией* при *мертвомъ* плодѣ. Такимъ способомъ *Novi* оперировалъ съ успѣхомъ еще въ 1881 г. при 50 mm. суженія. Родильница ушла изъ госпиталя на 16-й день. б) съ вызываніемъ *преждевременныхъ родовъ* при *живомъ* плодѣ (conjug. ver. 65—54 mm.), въ обходъ кесарскаго сѣченія. Въ случаяхъ срочныхъ родовъ, при суженіи ниже 57 mm.,—*кесарское сѣченіе* (resp., операція *Porro*) при *живомъ* плодѣ, и *симфизеотомія* съ *эмбриотоміей* (въ общемъ смыслѣ)—при *мертвомъ*.

Однако, показаніе къ операціи не ограничивается суженіемъ въ conjugat'ѣ: оно и можетъ, и должно быть распространено и на другія формы узкихъ тазовъ, напр. тазы, суженные во *выходѣ*, каковы кифотическіе и др. *Novi* у одной рахитички вызвалъ преждевременные роды, произвелъ симфизеотомію и извлекъ щипцами *живого* ребенка при суженіи поперечника выхода (между tub. isch.)=33 mm. Хотя столь значительное уменьшеніе размѣра въ этомъ случаѣ и обращаетъ на себя вниманіе и позволяетъ до нѣкоторой степени отнестись къ этому измѣренію скептически,

тѣмъ не менѣе, я думаю, что если и была здѣсь погрѣшность въ опредѣленіи размѣра, то, во всякомъ случаѣ, она лежала не очень далеко отъ истины. Изъ литературы можно привести примѣры, гдѣ при суженіи выхода въ 45 мм.—при кифотическомъ тазѣ и существовавшей подвижности симфизы—роды въ срокъ окончились благополучно ¹⁾. Ничего, стало быть, нѣтъ удивительнаго, что *преждевременные* роды, при поперечникѣ выхода въ 33 мм., *послѣ* разрѣза лоннаго сочлененія, могли быть окончены *щипцами* благополучно для плода. Аналогичный случай приведенъ въ вышеуказанной статистикѣ *Spinelli* (№ 23).

Ради *остеомалации* операція (при мертвомъ плодѣ) также была произведена (*John Welchman* въ 1782 г., въ *Kingston'*ѣ, въ Англіи); оперированная (IV-пара) умерла. Сюда же относится случай операціи у VII-парае, 4 мая 1890 г. (статистика *Spinelli* № 24). По поводу *опухолей*, запружавшихъ тазъ, симфизеотомія была произведена проф. *Г. Е. Рейномъ* (Кіевъ). Плодъ извлеченъ живымъ (щипцы); послѣопераціонный періодъ—лихорадочный; нагноеніе въ ранѣ; выздоровленіе. По совершенно *своеобразнымъ* показаніямъ произвелъ симфизеотомію *д-ръ Friedrich Schwarz* ²⁾. Исторія этого случая весьма интересна, и я позволяю себѣ привести ее вкратцѣ. Дѣло шло о III-парае; роды срочные; предшествовавшіе роды мертвыми плодами (щипцы, поворотъ и экстракція). При *высокомъ* стояніи головки, призванный врачъ наложилъ *щипцы*; головка не опустилась; щипцы сняты и сдѣланъ *поворотъ* на ножки. При *экстракціи*—извлеченіе головки не удалось. Наложены *щипцы*; неудачно. На нѣкоторое время оперативное вмѣшательство прекращено, въ надеждѣ на произвольное рожденіе головки. Спустя немного—попытка наложить на голову *forcepsie*; опять неудача. Полагая, что туловище плода затрудняетъ производство операціи, врачъ сдѣлалъ *декапитацию* и, удаливъ туловище, рассчитывалъ теперь легче захватить головку щипцами и извлечь. Однако и эта попытка не удалась и на этотъ разъ сопровождалась сильнымъ кровотеченіемъ изъ поврежденнаго нижняго отрѣза матки. Пришлось тампонировать ниж-

¹⁾ См. *Н. Феноменовъ*. Диссертация.

²⁾ „Centralbl. f. Gyn.“ 1893, № 5.

ній отдѣлъ матки и рукавъ. Начались припадки *эклампсiи*. Авторъ увидѣлъ роженицу на слѣдующій день. Размѣры таза: *sp.* = 21, *сг.* = 23, *с. ех.* = 16,8, *с. d.* = 10,5. Безсознательное состояніе, *t°*—39, выдѣленіе изъ рукава вонючее. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: головка въ полости матки, разрывъ нижняго сегмента матки слѣва. И вотъ при такихъ-то условіяхъ, во избѣжаніе возможности дальнѣйшаго разрыва при извлеченіи головки, авторъ предпринялъ симфизеотомию. Родильница лихорадила 2 недѣли, но спустя 6 недѣль встала съ постели.

Изъ другихъ показаній ¹⁾ къ симфизеотоміи (предпринимаемой для акушерскихъ цѣлей) можно указать на *ущемленіе* беременной матки при загибѣ взадъ, когда вправление ея обыкновенными пособіями не удается, и вопросъ о немедленномъ устраненіи ущемленія является, какъ *indicatio vitalis*, а между тѣмъ производство искусственнаго выкидыша представляется трудно выполнимымъ или нежелательнымъ. Смыслъ операціи въ этомъ случаѣ совершенно понятенъ. Впрочемъ, операція чревосѣченія въ той или другой формѣ здѣсь будетъ *болѣе умѣстна*.

Предсказаніе для матери распадается на 2 категории: 1) *quoad vitam* и 2) *quoad valetudinem completam*. Что касается *первой категории*, то для надлежащей оцѣнки значенія операціи и мѣста ея въ ряду другихъ акушерскихъ пособій—въ настоящее время, всего лучше, вовсе не прибѣгать къ статистическимъ даннымъ, а основывать свои сужденія на общихъ началахъ, считающихся въ наше время прочно установленными. Въ виду того, что выполненіе операціи не связано съ необходимостью раненія важныхъ для жизни органовъ, можно утверждать, что при современныхъ способахъ безгниlostнаго производства операціи, на *неза-*

¹⁾ Въ настоящее время симфизеотомія начинаетъ находить себѣ примѣненіе и въ хирургіи. Такъ проф. *I. Albarran* ^{9/ix} 1993 г. произвелъ симфизеотомию ради изсѣченія опухоли мочевого пузыря у мужчины съ полнымъ успѣхомъ („Врачъ“, 1893 г., стр. 130). *P. Niehans*, съ цѣлью получить свободный доступъ къ пузырю, предложилъ и произвелъ у больной съ большимъ пузырно-влагалищнымъ свищомъ операцію, подъ именемъ временной остеопластической резекціи передней стѣнки таза. „Centralbl. f. Chirurgie“, 1888 г., № 29.

раженных субъектахъ, смертельные исходы въ зависимости отъ самой операции не должны бы встрѣчаться. Опасность отъ кровотечения, которое не разъ являлось, какъ осложненіе, въ видѣ разрыва пещеристыхъ тѣлъ клитора, разрыва варикозныхъ венъ и проч., не можетъ считаться смертельной, ибо, благодаря доступности положенія кровоточащихъ мѣсть, при спокойномъ и умѣломъ отношеніи къ дѣлу, оно (кровотеченіе) всегда можетъ быть прочно остановлено помощью швовъ, зажимающихъ пинцетовъ и т. п. Несмотря на это, нѣтъ никакого сомнѣнія, однако, что *смертельный* исходъ все-таки *можетъ* встрѣтиться, какъ нѣчто случайное и непредотвратимое.

Совсѣмъ иначе дѣло обстоитъ относительно *2-ой категоріи*. Хотя большинство оперировавшихъ и утверждаетъ, что *restitutio in integrum* вполнѣ возможно (*restitutio in integrum* я принимаю здѣсь не въ физиологическомъ, а клиническомъ смыслѣ, то есть относительное), тѣмъ не менѣе различнаго рода функциональныя разстройства, находящіяся въ прямой зависимости отъ операции, не только (вполнѣ) мыслимы, но и не разъ случались, не говоря уже о различныхъ пораненіяхъ, напр., мочевыхъ путей съ послѣдовательнымъ образованіемъ свищей, *haematoma vaginae et vulvae* и т. п. Въ этомъ отношеніи, думается мнѣ, имѣеть нѣкоторое значеніе степень расхождения, *gesp.*, разведенія концовъ костей лоннаго сочлененія. Случай, гдѣ поврежденіе ограничивается только разрѣзомъ лоннаго сочлененія, конечно, должны давать, *ceteris paribus*, болѣе благоприятное предсказаніе, чѣмъ тѣ, гдѣ произошло нарушеніе цѣлости *заднихъ* синхондрозовъ.

Впрочемъ, разрывы симфизъ, какъ переднихъ, такъ и заднихъ, сами по себѣ, безъ другихъ возможныхъ осложнений, не должны давать особенно тяжкихъ припадковъ. По крайней мѣрѣ, въ случаяхъ нарушенія цѣлости тазовыхъ сочлененій во время произвольныхъ родовъ, жалобы больныхъ не были особенно тяжки и сводились на боли и ограниченіе или невозможность движенія нижними конечностями и тазомъ. Однако, какъ только удавалось иммобилизировать тазъ, эти припадки, обыкновенно, стихали, и въ неосложненныхъ (инфекція) случаяхъ выздоровленіе наступало, какъ правило, и шло гладко. Такихъ случаевъ описано довольно много (*Morenheim*,

Ahlfeld, проф. *М. И. Горвицъ*, *Н. Феноменовъ* и др.) ¹⁾. Можно даже указать и такіе весьма поучительные случаи, гдѣ самый фактъ разрыва симфизы въ первое время, за отсутствіемъ жалобъ, ускользалъ отъ распознаванія и выяснялся только тогда, когда родильница, считая себя здоровой, вставала (рано) съ постели, и тогда обнаруживалась неустойчивость въ движеніяхъ или невозможность сохранить состояніе равновѣсія въ вертикальномъ положеніи, къ чему присоединялись иногда и боли. Таковъ, напр., случай *Nicholson'a*, въ которомъ родильница, разрѣшившись безъ помощи искусства, встала на 3-й день и, будучи не въ состояніи удержаться на ногахъ, упала. Исслѣдованіе обнаружило разрывъ лоннаго сочлененія и чувствительность въ области заднихъ синхондрозовъ. Выздоровленіе ²⁾.

Мнѣ самому въ 1880 г. пришлось наблюдать случай несомнѣннаго разрыва симфизы во время родовъ при кифотическомъ тазѣ (щипцы). Родильница не только не жаловалась на боли, но могла перемѣнять положеніе настолько свободно, что даже приняла положеніе *à la vache* безъ посторонней помощи и не испытывая болѣе или менѣе значительныхъ болей ³⁾.

Finard приводитъ случай (изъ *l'Hopital Lariboisière* 1883 г.) разрыва лоннаго сочлененія при извлеченіи щипцами. Расхождение концовъ костей было такъ велико, что между ними можно было легко помѣстить 2 пальца. Родильница не испытывала особенныхъ неудобствъ. Носила бандажъ 6 дней. Въ слѣдующую беременность благополучно родила въ срокъ безъ посторонней помощи.

Что касается предсказанія для плода, то, въ виду того, что операція предпринимается на *матери*, отнюдь не касаясь плода, очевидно, что сама операція для плода вполнѣ *безразлична*. Такъ какъ симфизеотомія не есть операція родоразрѣшающая, а подготовительная, то для плода она имѣетъ смыслъ и значеніе постольку, поскольку, благодаря операціи, продолжительность родового акта сокращается и создается возможность его окончанія (произвольно или помощью искусства). Само собою разумѣется, что для плода имѣютъ крайнюю

¹⁾ См. *Н. Феноменовъ*. Диссертація.

²⁾ *Meissner*, „Die Frauenzimmer-Krankheiten“, Leipzig, 1846. В. 3.

³⁾ l. c.

важность тѣ *условія*, при которыхъ предпринимается операція. И продолжительность родового акта, и характеръ сокращеній матки, и степень раскрытія зѣва (resp., подготовка родовыхъ путей вообще), и цѣлость плоднаго пузыря, и, въ случаѣ его разрыва, время, протекшее отъ момента излітія водъ до начала операціи, и положеніе плода, и пр., и пр.,—все это чрезвычайно важно для предсказанія въ отношеніи плода. Значенія и важности каждаго изъ этихъ условій я разбирать не буду. Вы достаточно знакомы съ ними изъ изученія нормальныхъ родовъ вообще. Я напому Вамъ только, что, даже при нормальныхъ родахъ, чѣмъ меньше будетъ продолжительность родового акта (въ особенности второго періода), тѣмъ выгоднѣе для плода, а при узкихъ тазахъ это тѣмъ болѣе имѣетъ значеніе.

Отсюда слѣдуетъ, что *чѣмъ раньше* предпринимается симфизеотомія,—при условіяхъ достаточной подготовки родовыхъ путей къ окончанію родовъ,—*чѣмъ меньше* въ теченіе родового акта плодъ подвергался неблагоприятнымъ вліяніямъ, *тѣмъ лучше* для него. А потому симфизеотомія должна быть предпринимается при достаточномъ открытіи матки, при цѣлости плоднаго пузыря (первая операція *Sigault'a* была произведена до разрыва пузыря), или, по возможности, вскорѣ по излітіи водъ. Этимъ путемъ, если, благодаря симфизеотоміи, дается возможность немедленнаго (произвольнаго или искусственнаго) окончанія родовъ, выпадаетъ изъ общаго хода родового акта второй періодъ—періодъ изгнанія, самый важный, самый трудный для плода, представляющій массу условій, вызывающихъ асфиксію и т. п. Такимъ образомъ, дѣйствуя исключительно въ интересахъ плода, $\frac{0}{100}$ неблагоприятнаго исхода для него можно свести на 0, или почти на 0. Однако, оперировать при такихъ исключительно благоприятныхъ условіяхъ не всегда позволительно. При такомъ образѣ дѣйствій, навѣрное, извѣстное число операцій будетъ сдѣлано понапрасну, когда роды могли бы вполне благополучно окончиться и произвольно. Это относится къ случаямъ суженія таза невысокихъ степеней (88—80 mm.), о чемъ я уже выше упоминалъ. Затѣмъ, при болѣе значительныхъ степеняхъ суженія таза, при очевидной невозможности окончить роды безъ уменьшенія головки плода, или увеличенія объема таза, операція, съ согласія и желанія матери, съ полнымъ правомъ

можетъ и должна быть произведена, по возможности, при указанныхъ (благоприятныхъ) условіяхъ. Въ такихъ случаяхъ неблагоприятный исходъ для плода будетъ обуславливаться тѣмъ, насколько операція обезпечиваетъ свободное, безъ насилія, извлеченіе его тѣмъ или инымъ путемъ. Конечно, самый актъ извлеченія (*extractio manualis*, въ особенности съ предшествовавшимъ поворотомъ, щипцы и пр.) имѣетъ самостоятельное значеніе. Съ вліяніемъ этихъ операцій на плодъ Вы уже знакомы изъ предшествовавшаго изложенія.

Что касается статистическихъ данныхъ, представляющихъ предсказаніе для плода совсѣмъ въ иномъ свѣтѣ, то къ этимъ даннымъ слѣдуетъ относиться съ большою *осторожностью*. Такъ, цифры, указывающія $\%$ смертности для плода до 83 $\%$ (на 12 случаевъ, по 1779 г.), равно какъ и цифры болѣе поздняго времени=67 $\%$ и пр., не могутъ имѣть рѣшающаго значенія, такъ какъ при разборѣ относящихся сюда случаевъ оказывается, что симфизеотомія не разъ производилась на завѣдомо *мертвыхъ* плодахъ, а также послѣ неоднократныхъ попытокъ къ повороту, щипцамъ и даже послѣ краниоکلазіи, употребленія острыхъ крючковъ и т. п. Впрочемъ, и по новѣйшей статистикѣ, обнимающей 124 случая (*H. Varnier*, l. c.), дѣтей родилось живыми 92 и мертвыми 32. Это составляетъ 25,8 $\%$ смертности.

Въ виду того, что симфизеотомія предпринимается въ обходъ операціи *прободенія* (о замѣнѣ операціи кесарскаго сѣченія я здѣсь не говорю), и конечною *целью* операціи служить *сохраненіе жизни плода*,—желательно, чтобы эта цѣль непремѣнно *имѣлась въ виду* и всегда *достигалась*, такъ какъ она, все-таки, покупается относительно дорогой (для матери) цѣной. Положеніе оператора, сдѣлавшаго симфизеотомію и получившаго *мертвый* плодъ, по моему, весьма тяжелое, а потому я полагаю, что при сомнительномъ исходѣ операціи относительно сохраненія жизни плода лучше воздержаться отъ производства операціи, *принимая во вниманіе интересы матери*.

Такое отношеніе къ дѣлу, мнѣ кажется, тѣмъ болѣе справедливымъ, что, вѣдь, и самое убѣжденіе въ *полной безвредности* операціи для матери въ настоящее время не составляетъ общаго достоянія и не можетъ считаться безошибочнымъ. По крайней мѣрѣ, изъ приведенныхъ выше примѣ-

ровъ и указаній ясно слѣдуетъ, что вопросъ этотъ, весьма важный самъ по себѣ, по существу, и столь же важный по отношенію значенія самой операціи, далеко недостаточно разработанъ. Единственный правильный путь для прочнаго рѣшенія этого вопроса, по моему мнѣнію, состоитъ въ изученіи анатомической и фізіологической стороны процессовъ, совершающихся въ нарушенныхъ въ своей цѣлости сочлененіяхъ (какъ переднихъ, такъ и заднихъ). Въ основу этого изученія должны быть положены данныя, добытыя путемъ эксперимента на животныхъ, систематическія наблюденія на оперированныхъ и случайныя—на трупахъ умершихъ послѣ операціи.

Эти опыты должны дать указанія: а) въ теченіе *какого времени* происходитъ возстановленіе первоначальныхъ отношеній въ сочлененіяхъ, нарушенныхъ въ своей цѣлости (по мнѣнію въ некоторыхъ, сращеніе оканчивается будто бы въ теченіе 4—6 дней); б) *какимъ путемъ* происходитъ изглаживаніе этихъ измѣненій: имѣется ли настоящее *restitutio in integrum*, или первичныя отношенія рѣзко измѣняются (мозоль, рубцы и проч.); в) при *какихъ условіяхъ* *restitutio in integrum* происходитъ скорѣе и полнѣе (швы, разновидности ихъ, покойное положеніе, повязка и пр., и пр.) и д) *въ чемъ* состоятъ измѣненія въ сочлененіяхъ, въ зависимости отъ операціи, и т. п.

Впрочемъ, нѣкоторые изъ намѣченныхъ вопросовъ могутъ быть рѣшены—хотя отчасти—и теперь, на основаніи имѣющихся наблюденій. Таковъ, напр., вопросъ о *прочности и характерѣ сращеній* послѣ операціи. Случаи повторныхъ симфизеотомій показали, что сращеніе въ области симфизы бываетъ весьма *прочное*, такъ что ничто не указываетъ на предшествовавшее нарушеніе цѣлости. Никакихъ явленій неустойчивости, ни болѣе или менѣе значительной подвижности (симфизы) не наблюдалось, несмотря на то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ оперированныя (въ первый разъ) оставляли постель и госпиталь на 10-й день. Это—во-первыхъ. Во-вторыхъ, эти случаи показали, что вторичное нарушеніе цѣлости симфизы бываетъ нисколько *не труднѣе*, чѣмъ въ первый разъ. Изъ этого позволительно заключить, что соединеніе нарушенныхъ частей въ области симфизы, если, быть можетъ, и не вполне отвѣчало первичному (до операціи) состоянію (настоящая сим-

физа, то, во всякомъ случаѣ, здѣсь не было спайки *костнаго* характера.

Нужно надѣяться, что экспериментальныя данныя, добытыя въ этомъ направленіи на животныхъ совмѣстно съ наблюденіями у постели роженицъ и съ указаніями клиники вообще, дадутъ твердую точку опоры для сужденій и выводовъ по затронутому вопросу. А пока несомнѣнно одно: операція, анатомически вѣрно обоснованная, *можетъ и должна быть включена* въ циклъ акушерскихъ пособій. Но въ отношеніи техники производства и ея деталей, въ опредѣленіи значенія этой операціи въ ряду другихъ, а главное въ возможно точномъ опредѣленіи и разграниченіи случаевъ, обусловливающихъ ея примѣненіе и пр., и пр.,—симфизеотомія нуждается еще въ тщательной и всесторонней разработкѣ, и это—дѣло будущаго. Остается пожелать, чтобы при дальнѣйшемъ изученіи и разработкѣ операціи было какъ можно меньше увлеченій, порождаемыхъ обыкновенно новизною дѣла, поменьше погони за накопленіемъ матеріала, а побольше спокойнаго обсужденія и безпристрастнаго отношенія къ данному вопросу.

Весьма интересный вопросъ о *вліяніи симфизеотоміи на измѣненіе размѣровъ таза по выздоровленіи*—въ настоящее время не можетъ еще считаться окончательно рѣшеннымъ. Несомнѣнно, что *не во всѣхъ* случаяхъ, въ которыхъ была сдѣлана, гспр., требовалась симфизеотомія, при слѣдующей беременности окончаніе родовъ силами природы или съ помощью искусства было невозможно (*безъ повторенія симфизеотоміи*) при нормальной *величинѣ* и *вѣсѣ* плода. Я и самъ наблюдалъ такой случай. При повторной беременности, два года спустя послѣ симфизеотоміи, роды окончены щипцами (*И. П. Лазаревича*); плодъ живой. Это, такъ сказать, *косвенныя* доказательства измѣненій въ размѣрахъ таза, появившихся послѣ симфизеотоміи ¹⁾. Но можно привести и *прямыя* указанія, основанныя на *непосредственныхъ измѣреніяхъ* размѣровъ таза у роженицы *до* симфизеотоміи и, много времени спустя, *послѣ* нея (во время слѣдующихъ родовъ). Весьма

¹⁾ Въ случаѣ, который мнѣ пришлось наблюдать, неоднократное измѣреніе таза, по общепринятымъ правиламъ, не указывало на измѣненіе, гспр., увеличеніе размѣровъ. Мнѣ (и другимъ изслѣдовавшимъ) казалось только, что спайка на мѣстѣ разрѣза симфизы, бывшая *до*

интересный случай такого рода описалъ д-ръ *Gustav Woyer* изъ клиники *Schauta* (Вѣна) ¹⁾.

Въ 1893 г. 5 февраля измѣреніе таза у III-парае 34 л. дало слѣдующіе результаты: sp. 27, cr. 27, tr. 29,5, c. d. 10,5 и c. vera 8 сант. (по *Skutsch'y*); произведена симфизеотомія, наложенъ костный шовъ изъ серебряной проволоки. Плодъ живой, 4100 гр. Гладкое выздоровленіе. При слѣдующихъ родахъ, 30 мая 1895 г., измѣреніе показало: sp. 27,5, cr. 29,5, tr. 33, c. d. 11,75, c. vera 8,9 (по *Skutsch'y*). Роды окончились произвольно и безъ затрудненій. Плодъ живой, 3720 гр., 52 сант. длины; окружность головки 39,5 и 37 сант.

На возможность увеличенія размѣровъ таза послѣ симфизеотоміи указываютъ и другіе авторы. Такимъ образомъ, выходитъ, что, при помощи симфизеотоміи, можно получить не только *временное* увеличеніе таза (*aggrandissement momentané*), но и постоянное (*aggrandissement permanent*).

Въ виду такихъ результатовъ, д-ръ *Woyer* рассматриваетъ симфизеотомію не только какъ акушерскую операцію, устраняющую затрудненія во время *данныхъ родовъ*, но находитъ возможнымъ рекомендовать ее, какъ *льчебную мѣру* при плоско-рахитическихъ тазахъ, съ цѣлью полученія стойкаго и коренного увеличенія ихъ размѣровъ.

ИШЮПУБИОТОМІЯ. ISHIOPUBIOTOMIE L. H. FARABEUF'A ²⁾.

Выше было уже указано, что симфизеотомія, сама по себѣ, обыкновенно, оказывается недостаточною для увеличенія емкости таза, и при дальнѣйшемъ теченіи, гесп., окончаніи родовъ (произвольно или съ помощью искусства) происходитъ расхожденіе крестцово-подвздошныхъ сочлененій (подвижность ихъ, гесп., разрывы). Только при этомъ условіи странственныя отношенія между тазомъ и головкой измѣняются въ благопріятную (для рожденія) сторону. Вотъ почему, если состояніе крестцово-подвздошныхъ сочлененій не

беременности вполне плотной, солидной, въ концѣ беременности была *какъ будто меньше* плотна.

¹⁾ „Centralbl. f. Gyn.“ 1896, № 4.

²⁾ „De l'aggrandissement momentané du bassin oblique-ovalaire par ischiopubiotomie“, „Annal. de gynécol“, Déc. 1892 г.

допускаетъ достаточнаго расхожденія ихъ, симфизеотомія *per se* можетъ оказаться недостигающей цѣли. Для примѣра можно указать на тазы косо-сѣуженные, пораженные анкилозомъ того или другого крестцово-подвздошнаго сочлененія. Въ этомъ случаѣ, по разрѣзѣ лоннаго сочлененія, можетъ отодвинуться кнаружи только та половина подвздошной кости, которая приходится на *здоровой* сторонѣ, а другая, —соотвѣтствующая больной сторонѣ, останется неподвижною, то есть первоначальныя отношенія этой подвздошной кости къ крестцу останутся безъ измѣненія. Другими словами, въ этой половинѣ таза не произойдетъ увеличенія емкости. Для того, чтобы устранить это неблагоприятное обстоятельство, *Farabeuf* предложилъ производить въ этихъ случаяхъ не симфизеотомію, а *распиливаніе лонной и сѣдалищной костей* на протяженіи. Эта операція описана самимъ авторомъ подъ именемъ *мио-нубіотоміи*. Выполненіе ея слѣдующее. Отступя отъ срединной линіи (симфизы) на 4 сант. въ сторону больного (крестцово-подвздошнаго) сочлененія, дѣлають два кожныхъ разрѣза (4—5 сант. длины). Одинъ соотвѣтствуетъ горизонтальной вѣтви лонной кости, другой—восходящей вѣтви сѣдалищной кости. Дойдя до костей, перепиливають ихъ въ указанномъ порядкѣ цѣпочной пилой. Линія распила кости не должна совпадать съ линіей кожного разрѣза, а отодвигаться, по возможности, дальше кнаружи; для этого мягкія части, конечно, тоже оттягиваются (смѣщаются) кнаружи болѣе или менѣе значительно. Раздѣливъ, затѣмъ, мягкія части, удерживающія перепиленные концы костей отъ расхожденія, приступаютъ къ окончанію родовъ. При извлеченіи, *resp.*, произвольномъ прохожденіи головки, большая половина таза, соотвѣтствующая здоровой сторонѣ и состоящая изъ подвздошной кости + отпиленный кусокъ соименной кости больной стороны, сохраняя нормальныя (первоначальныя) отношенія къ крестцу, отходитъ кнаружи, а меньшая—остается неподвижною въ соединеніи съ крестцомъ. При этомъ получается *большее увеличеніе таза, чѣмъ при чистой симфизеотоміи* (при данныхъ условіяхъ). Отпиленный кусокъ подвздошной кости больной стороны, оставаясь въ соединеніи съ симфизой и обладая нѣкоторой подвижностью (въ симфизѣ), выпрямляется и тѣмъ, въ свою очередь, способствуетъ увеличенію таза.

Операція по этому способу была произведена *Pinard'*омъ 9 ноября 1892 г. въ *clinique d'accouchement Baudelocque'a* при анкилотически-косо-сѣуженномъ тазѣ. Роды окончены щипцами; легко извлеченъ живой плодъ, около 4000 grm. вѣсомъ. Рана зажила первичнымъ натяженіемъ; кости таза срослись безъ замѣтнаго измѣненія формы (шовъ на кости не былъ наложенъ). Родильница на 9 день сидѣла на постели, а на 20 день встала ¹⁾.

Воздерживаясь отъ критической оцѣнки этой операціи, я позволяю себѣ замѣтить, что показанія къ ней должны быть устанавливаемы съ большой строгостью и осмотрительностью.

ПУБІОТОМІЯ.

Какъ видоизмѣненіе операціи симфизеотоміи, resp., раздѣленія тазового кольца, является *pubiotomia*. Въ предшествовавшемъ изложеніи мы видѣли, что, еще во времена *Baudelocque'a*, въ началѣ развитія ученія о симфизеотоміи,—операція пубіотоміи примѣнялась иногда въ силу естественной необходимости. Желая разъединить лонное сочлененіе, не попадали разрѣзомъ на самое сочлененіе; встрѣчалось препятствіе; операція по намѣченному плану не могла быть окончена: приходилось тутъ же видоизмѣнять его, и, вмѣсто разъединенія лонныхъ костей въ естественномъ сочлененіи,—распиливать горизонтальную вѣтвь *ossis pubis* на протяженіи. Такіе случаи не разъ встрѣчались въ практикѣ, они объясняемы были сращеніемъ лоннаго сочлененія, хотя потомъ на вскрытіи оказывалось, что лонное сочлененіе ничего ненормальнаго не представляло, а просто, вслѣдствіе ошибочнаго направленія разрѣза, не попадали на сочлененіе. Такое видоизмѣненіе операціи раздѣленія лонныхъ костей, подсказанное необходимостью, хотя и названо было *pubiotomie'*ей, тѣмъ не менѣе не вошло въ цикль акушерскихъ операцій и не было общепризнаннымъ приѣмомъ. Точно также вышеуказанное видоизмѣненіе *Farabeuf'a*—почти тождественное по существу—рекомендовалось и примѣнялось въ особыхъ случаяхъ. Въ наше время, сравнительно весьма

¹⁾ „Gaz. med. de Paris“, 1893 г., № 2.

недавно, операція пубіотоміи завоевываетъ себѣ мѣсто въ ряду акушерскихъ пособій и начинаетъ не только входить въ повседневное употребленіе, но и вытѣсняетъ операцію симфизеотоміи. Успѣхомъ своего распространенія операція обязана *Leonardo Gigli* (1894 г.), предложившаго для выполненія ея весьма цѣлесообразную и удобную пилу, подобную той, которая употребляется для выпиливанія по дереву. Прошло однако больше десяти лѣтъ, прежде чѣмъ операція пріобрѣла видимыя симпатіи акушерскаго міра.

Сущность операціи *pubiotomi*'и, или *hebotomi*'и (какъ, изъ филологическихъ основаній называетъ ее *Van de Vilde*) состоитъ въ томъ, что увеличеніе тазового кольца достигается не разрѣзомъ лоннаго сочлененія, а распиломъ лонной кости на протяженіи, отступя въ ту или другую сторону кнаружи отъ срединной линіи. Преимущество этой операціи, по авторамъ, слѣдующее: 1) вмѣсто вскрытія сустава имѣется дѣло съ хирургическимъ раненіемъ кости; 2) вслѣдствіе удаленія разрѣза кости отъ срединной линіи, опасность пораненія влагалища, пещеристыхъ тѣлъ клитора, мочевого пузыря и лежащихъ между ними и лономъ венныхъ сплетеній—значительно уменьшается; 3) сращеніе распиленныхъ костей (костная мозоль) происходитъ легче и не требуетъ столь тщательнаго прилаживанія прилегающихъ поверхностей, какъ при заживленіи вскрытаго сустава; 4) выполненіе операціи весьма легко и несложно. Техника операціи, по *L. Gigli*, слѣдующая: разрѣзъ проводится отъ верхняго края лонной кости, начиная отъ того или другого края симфизы, косвенно книзу и кнаружи по направленію къ большой губѣ—вплоть до нижняго (лучше—нижнебокового) края лонной кости. Разрѣзомъ обнажается передняя поверхность лонной кости, при чемъ сколько нибудь значительнаго кровотеченія не бываетъ въ виду малососудистости данной области.

Обнаживъ (разрѣзомъ) кость, чрезъ верхній край разрѣза по за-костью вводится особый проводникъ (кондукторъ), конецъ котораго выходитъ изъ-за кости въ нижнемъ углу раны. Къ проводнику прикрѣпляется шелковинка, съ которой соединено ушко пилы. При проведеніи кондуктора и обратномъ его выведеніи (съ пилой) движеніе инструмента контролируется двумя пальцами черезъ влагалище. По выведеніи

черезъ верхній край кости пилы, надѣваются на нее очень удобныя рукоятки и производится перепиливание кости сзади напередъ. Концы костей расходятся на извѣстное разстояніе и раны такъ или иначе оканчиваются. По окончаніи родоразрѣшенія рана мягкихъ частей зашивается послойно, или наглухо, или слабо дренируется сверху и, снизу. На тазъ накладывается иммобилизирующая повязка.

Van de Velde ¹⁾, давшій этой операциі название *hebotomi'i*, внесъ незначительное измѣненіе въ направление разрѣза мягкихъ частей и распила кости. Направление ихъ чуть чуть косвенное сверху и снаружи, книзу и кнутри. Разрѣзъ начинается кнутри отъ мѣста прикрѣпленія *lig. Poupartii*.— Существенное измѣненіе въ технику операциі предложилъ *Döderlein* ²⁾. Онъ дѣлаетъ разрѣзъ по верхнему краю горизонтальной вѣтви *ossis pubis*, вплоть до кости, длина разрѣза 3—4 сант.; отсепаровавъ тупымъ путемъ мягкія части, проникаетъ въ залонное пространство пальцемъ и выпячиваетъ его верхушку у нижняго края лонной кости въ области большой губы. Въ этомъ мѣстѣ дѣлается разрѣзъ мягкихъ частей, чрезъ который по пальцу проводится кондукторъ, въ видѣ большой *Deschamp'*овской иглы, къ нему прикрѣпляется пила *Gigli*, выводится чрезъ верхнюю рану наружу и кость перепиливается сзади напередъ, притомъ *подкожно*. По окончаніи родовъ рана или зашивается наглухо, или дренируется.

Предложенное *Döderlein'*омъ видоизмѣненіе операциі выгодно первоначально предложенной операциі по *Gigli*. Съ точки зрѣнія техники, видоизмѣненная такимъ образомъ операциа весьма проста, раненіе мягкихъ частей весьма невелико, отношеніе мягкихъ частей къ передней поверхности кости нарушается возможно мало, что имѣетъ извѣстное значеніе, напр., по отношенію нѣкоторыхъ мышцъ—мѣстоприкрѣпленіе которыхъ не нарушается, благодаря чему возможность смѣщенія и расхожденія перепиленныхъ концовъ костей ограничивается, и т. п. Стремленіе, по возможности, ограничить раненіе мягкихъ частей привело къ предложенію оперировать *не* при помощи *разрѣза*, а при помощи

¹⁾ „Centralblatt f. Gyn.“ 1902 г.

²⁾ „Arch. f. Gyn.“ В. 72.

укола, необходимаго только для проведенія проводника съ пилой (игла *Döderlein*'a). Въ этомъ случаѣ первоначально дѣлается уколъ ножомъ до кости у верхняго края горизонтальной вѣтви лонной кости; въ это отверстіе - рану вводится на-ощупъ проводникъ, идетъ по задней поверхности кости подъ руководствомъ двухъ пальцевъ, введенныхъ въ рукавъ, и выводится у нижняго бокового края лонной кости въ области большой губы; надъ концомъ проводника дѣлается маленькій надрѣзь-уколъ; такимъ образомъ проводникъ обходитъ кость по задней поверхности, и нижній конецъ его выводится наружу; на него надѣвается ушко пилы, и она выводится въ верхнюю рану.

При производствѣ пубіотоміи по какому угодно способу неизбѣжному раненію подвергаются: мѣсто прикрѣпленія мышць *m. recti abdom., s. m. pyramidalis* на извѣстномъ протяженіи спереди; пучки *m. levatoris ani, fascia pelvis, arcus tendineus* и пр.—сзади; мягкія части, покрывающія извѣстный участокъ нисходящей части лонной кости; сама лонная кость съ надкостницей. При этомъ, въ зависимости отъ способовъ, мягкія части, покрывающія лонную кость спереди, или тоже перерѣзываются, или оставляются въ цѣлости—нарушаясь, можетъ быть, при расхожденіи перепиленныхъ костей. Сюда относятся — мышцы, прикрѣпляющіяся къ передней поверхности кости и лежащія по линіи распада ея, каковы *m. rectus abdom., m. pectineus, m. adductor longus*, частью, можетъ быть, *brevis m. gracilis*. При операціи, помощью разрѣза по передней поверхности, они обязательно на извѣстномъ протяженіи разрѣзаются; при, такъ называемомъ, подкожномъ способѣ (раненіе *m. recti* должны быть всегда) они не перерѣзываются, а, оставаясь въ связи съ костью, неизбѣжно расходятся (можетъ быть, частично надрываются) при разъединеніи перепиленныхъ концовъ кости. Это можно считать выгоднымъ обстоятельствомъ, затрудняющимъ разъединеніе концовъ, которые въ послѣоперационномъ періодѣ, будучи естественнымъ образомъ болѣе сближены, тѣснѣе прилегаютъ другъ къ другу. Обстоятельство—въ цѣляхъ образованія костной мозоли (сращеніе)—болѣе благоприятное. Что касается кровотеченія, то артеріальное въ этихъ случаяхъ едва ли встрѣчается,—оно возможно при случайныхъ раненіяхъ (можетъ быть уклоне-

ніе отъ нормы) вѣточекъ art. obturatoriae, или puden int. и, во всякомъ случаѣ, обильнымъ оно не бываетъ. Кровотеченіе венозное находится въ зависимости отъ поврежденія (непосредственно при операціи) и отъ послѣдующаго расхожденія при родахъ (извлеченіе) и разрыванія *congrogis cavernosi clitoridis*. Кровотеченіе иногда очень обильное, вслѣдствіе чего нѣкоторые, оперируя съ разрѣзомъ по передней поверхности кости, предлагаютъ даже предварительное обкалываніе *congrogis cav. clit.* выше и ниже мѣста разрѣза.

Во избѣжаніе прямого нарушенія цѣлости пещеристыхъ тѣлъ, при проведеніи иглы (кондуктора) нужно держаться возможно ближе къ кости и сейчасъ же выкалывать, какъ только конецъ иглы минуешь грань кости.

Можетъ быть, въ предупрежденіе поврежденій пещеристыхъ тѣлъ, было бы болѣе цѣлесообразно обойти проводникомъ, *gesp.*, провести пилу поднадкостнично и съ этой цѣлью сдѣлать небольшой надрѣзь внизу до кости, обнажить ее отъ надкостницы и вести кондукторъ снизу вверхъ (субперіостально), а не сверху внизъ. Думается однако, что пещеристыя тѣла, не будучи поранены, все-таки могутъ кровоточить, будучи разорваны, что можетъ случиться при расхожденіи концовъ кости послѣ распила.

Во всѣхъ случаяхъ я придерживался правилъ, установленныхъ первоначально *Döderlein*'омъ. Я дѣлалъ разрѣзь по верхнему краю горизонтальной вѣтви лонной кости. Разрѣзь я начиналъ немного отступя кнаружи отъ *tub. ileo-rectineum* и продолжалъ въ направленіи къ симфизѣ. Дойдя до кости, старался ориентироваться по отношенію къ мѣсту предполагаемаго распила кости. Длина разрѣза не превышаетъ 3—4 сан. Ощупавъ, въ качествѣ опознавательной точки, *tub. ileo-rectineum* и отступя отъ него кнутри на одинъ поперечный палецъ, я старался проникнуть чрезъ верхній край горизонтальной вѣтви лонной кости въ залонное пространство. На этомъ пути я встрѣчалъ препятствіе со стороны прикрѣпленія мышцъ передней брюшной стѣнки, это препятствіе уничтожалъ небольшимъ поперечнымъ надрѣзомъ, достаточнымъ для прохожденія верхушки указательнаго пальца. Далѣе, я старался проникнуть пальцемъ по задней поверхности кости, преодолевая тупымъ путемъ препятствія со стороны мягкихъ частей. По этому поводу долженъ за-

мѣтить, что попытка проникнуть пальцемъ вглубь по задней поверхности до нижняго края кости, какъ это описано у *Döderlein'a*, была очень затруднительна и—по-просту сказать—не удавалась: этому мѣшала прилегающая головка, между которой и задней поверхностью кости оставалось весьма узкое пространство, для проведенія пальца недостаточное. Въ своихъ послѣдующихъ случаяхъ я и не настаивалъ на этомъ, находя вполне возможнымъ ограничиться введеніемъ только проводника, контролируя (весьма отчетливо) движеніе его двумя пальцами черезъ рукавъ. Кондукторъ вводился такимъ образомъ, чтобы конецъ его (контролируемый черезъ рукавъ) проходилъ вплотную по задней поверхности кости. Это удавалось легко и просто. Въ одномъ случаѣ проводникомъ служилъ обыкновенный слегка изогнутый ушковатый зондъ, въ другихъ—инструментъ *Döderlein'a*. По поводу этого инструмента могу сдѣлать замѣчаніе, что онъ въ общемъ очень удобенъ, но кривизна его слишкомъ велика; имѣющійся на концѣ крючекъ выгоднѣе замѣнить кольцомъ, цѣльнымъ или косораспиленнымъ (наподобіе всѣмъ извѣстнаго карабина цѣпочки для часовъ). Конецъ инструмента проводился къ мѣсту соединенія восходящей сѣдалищной и нисходящей вѣтви лонной кости. На мѣстѣ выкола дѣлался маленькій надрѣзъ, укрѣплялась на инструментѣ пила, и инструментъ извлекался обратно. Надѣвъ на пилу рукоятки, я сначала осторожно приводилъ въ движеніе пилу, дабы она врѣзалась въ кость, затѣмъ, потягивая пилу нѣсколько на себя, пилилъ скорѣе и увѣреннѣе. Моментъ окончанія распила кости бываетъ ясно ощущаемъ. По окончаніи распила пила удалялась, концы кости расходились (тазъ удерживался съ боковъ помощниками, во избѣжаніе излишняго расхожденія) и роды оканчивались тутъ же соотвѣтственной акушерской операціей (щипцы, поворотъ и извлеченіе). По окончаніи родовъ концы кости сближались, на мягкія части съ надкостницей я иногда накладывалъ 1—2 шва, наружная рана закрывалась швами, иногда въ тотъ или другой уголокъ ея, если были къ тому основанія, вставляемъ былъ дренажъ. Нижняя рана—уколь—тоже закрывалась швомъ. На тазъ—обычная ватно-марлевая повязка. Въ теченіе первыхъ 5—7 дней положеніе на спинѣ, затѣмъ на спинѣ и на боку. На 14—15 день больной позволя-

лось сидѣть, а къ концу третьей недѣли и совсѣмъ оставить постель. Особыхъ осложненій при операціи мнѣ не приходилось видѣть, за исключеніемъ венознаго кровотечения, которое однако ни разу не было слишкомъ обильнымъ и хорошо уступало прижатію (тампонація марлей).

Съ точки зрѣнія послѣдующаго теченія, я не вижу существенной разницы между случаями, гдѣ операція сдѣлана была съ разрѣзомъ по верхнему краю горизонтальной вѣтви лонной кости, и случаями, гдѣ ограничивались только уколомъ ножомъ на томъ же мѣстѣ. Нѣтъ нужды доказывать, что идеальное заживленіе рег ргітамъ какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ вполне возможно и вѣроятно, равно какъ инфицированіе оперированной также вполне возможно—безъ отношенія къ величинѣ раны. А такъ какъ, оперируя при помощи указаннаго разрѣза, гораздо легче и проще ориентироваться относительно проведенія кондуктора, направленія распила и т. п., то я и отдаю предпочтеніе операціи помощью *разрѣза*, а не *укола*, и въ особенности рекомендую этотъ способъ для тѣхъ, кому приходится оперировать въ первый разъ.

Основывать свое сужденіе о достоинствахъ операціи на данныхъ личнаго опыта я не могу; число оперированныхъ и видѣнныхъ мною случаевъ пока ограничено, но я долженъ сказать, что во всѣхъ случаяхъ впечатлѣніе отъ этой операціи я получалъ очень выгодное, и на этомъ основаніи, равно какъ опираясь на нѣкоторыя теоретическія соображенія, я полагаю, что эта операція можетъ составить серьезную конкуренцію операціи симфизеотоміи и занять опредѣленное мѣсто среди акушерскихъ пособій.

Условія для производства этой операціи должны быть, собственно говоря, такія же, какъ и для симфизеотоміи. При этомъ я еще разъ обращаю Ваше вниманіе на то, что степень суженія таза не должна быть очень велика: за низшіи предѣлы я считалъ бы 7,5 сант. истинной конъюгаты.

Относительно исходовъ для матери и плода слѣдуетъ сказать то же, что и при операціи симфизеотоміи—въ зависимости, конечно, отъ тѣхъ или другихъ мыслимыхъ осложненій (поврежденій) во время самой операціи. Получается ли, послѣ окончательнаго заживленія раны, стойкое увеличеніе тазового кольца и, если получается, то въ ка-

кихъ предѣлахъ—сказать не берусь. Что операція, въ случаѣ нужды, можетъ быть выполнена и повторно (при слѣдующихъ родахъ), это не подлежитъ сомнѣнію.

ПРОЕКТЪ ИЗМѢНЕНІЯ ОПЕРАЦІИ СИМФИЗЕОТОМІИ.

Въ виду того что послѣ симфизеотоміи отношенія размѣровъ таза, послѣ заживленія раны, возобновляются въ первоначальномъ видѣ, при слѣдующихъ родахъ опять можетъ и должна возникнуть необходимость повторной симфизеотоміи. Желая устранить это обстоятельство и удержать благоприятныя отношенія размѣровъ таза, полученныя благодаря операціи (расхожденіе концовъ тазовыхъ костей), мы ¹⁾ пришли къ мысли *удержать концы лонныхъ костей на извѣстномъ разстояніи другъ отъ друга, получаемую же вслѣдствіе этого недостаю* (пространство, остающееся между концами) *выполнить кускомъ кости (остеопластика)*. Для выполненія этой задачи, мы остановились на мысли взять для вставки кусокъ лоннаго же сочлененія оперируемой (*аутопластика*). Въ общихъ чертахъ, предлагаемая нами операція можетъ быть выполнена двоякимъ образомъ ²⁾.

1) Разрѣзъ кожи начинается на 1 палецъ выше верхняго края лонной кости, у лоннаго бугорка, немного кнаружи отъ него и кнутри отъ наружнаго отверстія пахового канала, ведется полудугою къ противоположной точкѣ (лонному бугорку), при чемъ выпуклость разрѣза обращена книзу и идетъ вблизи нижняго края сочлененія. Получается лоскутъ, который легко приподнимается кверху. Теперь, отступя отъ середины лоннаго сочлененія на 2—2,25 сант. въ обѣ стороны, проводятъ разрѣзы до кости и идутъ сверху внизъ и кнаружи внутрь такимъ образомъ, чтобы концы обоихъ разрѣзовъ сошлись у нижняго края сочлененія, образовавъ треугольникъ, основаніемъ котораго будетъ верхній край сочлененія (разстояніе между начальными точками разрѣза), а вершина лежитъ у дуговой связки (*ligamentum arcuatum*). Отдѣливъ

¹⁾ Н. Феноменовъ и А. Кочетковъ. „Врачъ“, 1894 г., № 51.

²⁾ Справ. В. Credé. Pelvioplastik. Centralbl. f. Gyn. 1906 г., № 22.

слегка надкостницу, образуютъ долотомъ или пилой (цѣпочной, остеотомомъ) указаннаго очертанія костный лоскутъ, въ срединной линіи котораго приходится лонное сочлененіе. Такимъ образомъ, производится нарушеніе цѣлости таза [pubeotomia bilateralis (см. рисунокъ 1-й)]. Дуговую связку или разрѣзываютъ, или оставляютъ, если она не препятствуетъ расхожденію концовъ костей на желаемую величину. Затѣмъ,

Рис. 1-й.



рану прикрываютъ іодоформной марлей и приступаютъ къ окончанію родовъ. По окончаніи родовъ, надкостницу (мягкія части), покрывающую костный лоскутъ, отдѣляютъ на половину длины лоскута, начиная съ нижняго края; костную же или костнохрящевую основу лоскута на этомъ протяженіи удаляютъ прирѣзными щипцами; избыточный лоскутъ надкостницы заворачиваютъ на обнаженную (нижнюю) поверхность срѣза, и весь лоскутъ сдвигаютъ между боковыми поверхностями распила лонныхъ костей сверху внизъ на $\frac{1}{2}$ первоначальной высоты лоннаго соединенія такимъ образомъ, чтобы на уровнѣ $\frac{1}{2}$ высоты лоннаго соединенія стоялъ верхній край лоскута или бывшаго лоннаго соединенія. Вслѣдствіе этого, лонныя кости въ этомъ мѣстѣ расходятся на 2—2,25 сант., смотря по ширинѣ основанія лоскута (треугольника). Получающееся при этомъ измѣненіе размѣровъ таза выражается слѣдующимъ образомъ:

	I наблюдение.		II наблюдение.	
	Размѣры таза.		Размѣры таза.	
	До опе- раціи.	Послѣ вставленія клина.	До опе- раціи.	Послѣ вставленія клина.
<i>Conjugata vera</i>	10,3	11,2	9,5	10,6
<i>Distantia spinarum</i>	21,5	22,6	25	26,5
„ <i>cristarum</i>	23,5	25,8	27	29,25
„ <i>trochanterica</i>	27,5	29,3	30,5	32,5
„ <i>Litzmani</i>	10,2	9,9	10	9,3
<i>Diameter biischiadicus</i>	11	12,5	13	15,2
Расстояние между нисходящими вѣтвями лонныхъ костей на 3 сант. книзу отъ дуговой связки	5	7,3	6,5	9
Высота лоннаго сочлененія	4,7	—	4	—
Ширина основанія клина	3,5	—	4,2	—

[(0,5+0,6¹)]

Conjugata, измѣряемая отъ мыса къ ея первоначальной, до операціи существовавшей, точкѣ (теперь мысленно поставленной), увеличивается на 0,4 сант. (наблюд. 1-е), а измѣренная къ верхнему краю видоизмѣненнаго лоннаго сочлененія или клина — на 0,9 сант., то есть благодаря расхожденію (и вставкѣ), получается увеличеніе на 0,4 сант., а благодаря смѣщенію верхняго края лоннаго сочлененія и уменьшенію на $\frac{1}{2}$ первоначальной высоты лоннаго соединенія — на 0,5 сант.

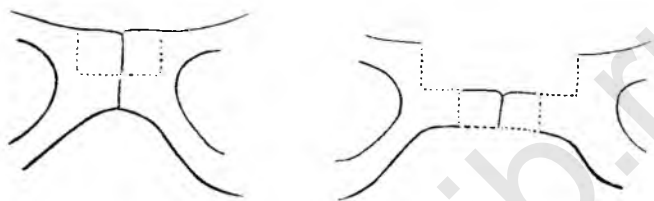
Эта операція можетъ быть выполнена и при продольномъ разрѣзѣ (какъ при симфизеотоміи), но края разрѣза должны быть сильно разведены въ стороны.

2) При такомъ же кожномъ разрѣзѣ, какъ и въ первомъ случаѣ, распилъ костей ведется отъ тѣхъ же точекъ (лонные бугорки), какъ и въ первомъ случаѣ, при чемъ линіи разрѣза, идущія параллельно сверху внизъ, спускаются до $\frac{1}{2}$ высоты лоннаго соединенія. На уровнѣ послѣдняго конца разрѣзовъ соединяются поперечнымъ разрѣзомъ. Такимъ образомъ, получается неравносторонній прямоугольникъ, длинныя параллельныя стороны котораго равняются 4—4,5 сант., а короткія— $\frac{1}{2}$ высоты лоннаго соединенія. Образо-

¹) Увеличеніе на счетъ расхожденія=0,5, а на счетъ пониженія верхняго края сочлененія=0,6.

важный лоскутъ приподнимають кверху и производять по обыкновенному способу симфизеотомію въ нижней половинѣ лоннаго соединенія. Рану прикрываютъ іодоформенной марлей. По окончаніи родовъ, образованный изъ верхней части лоннаго сочлененія костный лоскутъ сдвигаютъ внизъ и вставляютъ между разошедшимися концами костей нижняго края лоннаго соединенія (см. рисунокъ 2-й). Оставшуюся на повер-

Рис. 2-й.



ностяхъ концовъ лонныхъ костей хрящевую ткань снимають въ видѣ тонкой пластинки, дабы *костныя* (освѣженные) поверхности лоскута пришили къ *костнымъ* же поверхностямъ разошедшихся лонныхъ костей. Измѣненія первоначальныхъ размѣровъ таза получаются слѣдующія:

	I наблюдение.		II наблюдение.		III наблюдение.	
	Размѣры таза.		Размѣры таза.		Размѣры таза.	
	До операци.	Послѣ вставки.	До операци.	Послѣ вставки.	До операци.	Послѣ вставки.
<i>Distantia spinarum</i>	25	26	23	24	25	26,5
” <i>cristarum</i>	27	28,2	25,5	26,4	29,5	30,5
” <i>trochanterica</i>	28	30,5	27	29	30,5	32,5
<i>Diameter biischiadicus</i>	10	11,5	11,5	12,8	10,7	12,3
Расстояніе между нисходящими вѣтвями лонныхъ костей на 3 см. книзу отъ дуговой связки	5,5	8,5	4,5	6,8	5,5	8,7
Высота лоннаго сочлененія	5,5	—	5	—	4,9	—
Ширина выпиленного и вставленного куска	4	—	3,5	—	4	—
<i>Conjugata vera</i>	9	(0,8+0,7) ¹⁾	12	(0,4+0,6)	10,3	(0,7+0,6)
		10,5		13		11,6

¹⁾ Значеніе цифръ, поставленныхъ въ скобкахъ, то же, что и въ предыдущей таблицѣ.

Что касается внѣшняго вида половой щели и входа въ рукавъ, то, по крайней мѣрѣ на трупѣ, по окончаніи операціи они замѣтныхъ измѣненій не представляютъ.

Для удержанія костнаго лоскута на новомъ мѣстѣ, можно рекомендовать какъ металлическій (проволочный) шовъ, проводя его черезъ концы лонныхъ костей и вещество лоскута, такъ и швы изъ мягкаго матеріала (шелкъ, кѣтгутъ и пр.), которые также будутъ въ состояніи хорошо удерживать концы.

Относительно техники операціи слѣдуетъ замѣтить, что она очень проста; образовать костные лоскуты удается легко, какъ долотомъ, такъ и пилой. При выполненіи операціи никакіе, болѣе или менѣе важныя, органы раненію не подвергаются. Изъ мышечной группы, при образованіи костнаго лоскута, волокна длинной приводящей мышцы ранятся на ничтожномъ протяженіи. Паховой каналъ и *Poupart*'ова связка остаются нетронутыми. Верхній лоскутъ сдвигается книзу очень легко. Случающіяся иногда затрудненія для его смѣщенія, въ зависимости отъ напряженія части волоконъ наружной косою мышцы живота, легко устраняются небольшими надрѣзами этихъ частей.

Операція по этому плану была выполнена нами нѣсколько разъ на трупахъ и, затѣмъ, на животныхъ, чтобы уяснить, хотя бы отчасти, какое вліяніе она можетъ имѣть на походку, ея устойчивость и пр. Что выводы и данныя, добытые путемъ опыта на четвероногихъ, могутъ быть переносимы на двуногихъ (человѣка) лишь съ большою осторожностью, — разумѣется само собою.

Для обозначенія сущности способа этой операціи названіе ея — *pubiotomie autoplastique par glissement* — кажется намъ подходящимъ.

Послѣ того какъ этотъ проектъ былъ напечатанъ въ „*Annale de gynécologie*“ (Fevrier 1894), на него сдѣланы были замѣчанія проф. *H. Varnier*'омъ. Сущность ихъ сводится къ тому, что 1) даже при удачномъ исходѣ операціи *увеличеніе* размѣровъ тазового кольца будетъ *незначительно* — до 4,5 сант. и 2) что послѣ расхожденія (разведенія) концовъ лобковыхъ костей даже на 2 сант. расслабляются крестцово-подвздошныя сочлененія и, такимъ образомъ, нарушается-де крѣпость и солидность тазового кольца, на которомъ покоится тя-

жесть туловища, а слѣдовательно, должно быть разстройство походки и пр., и пр.

Относительно перваго возраженія я долженъ замѣтить, что, при расхожденіи концовъ лонныхъ костей на 4,5 сант., увеличеніе конъюгаты будетъ $4,5 \times 2,5 = 11,25$ милл., что для тазовъ средней степени сѣуженія вовсе *не мало*, такъ, напр., вмѣсто 77 миллим. получится 88,25 миллим. А это такая величина, которая допускаетъ возможность произвольнаго родоразрѣшенія даже доношеннымъ плодомъ, не говоря уже о родахъ преждевременныхъ (искусственно вызванныхъ).

Относительно же втораго возраженія—а именно, *неизбѣжнаго* нарушенія цѣлости заднихъ тазовыхъ сочлененій и *непремѣнно* долженствующаго наступить разстройства походки и пр.,—я могу сказать, что это чисто теоретическое возраженіе,—не болѣе. Лучшимъ отвѣтомъ на эти замѣчанія служатъ случаи, гдѣ операція по этому принципу (остеопластика) была выполнена на *живыхъ* женщинахъ и гдѣ не только не получилось серьезныхъ разстройствъ, а даже нельзя было замѣтить разницы въ походкѣ и т. п., и вообще, для иллюстраціи сказаннаго, я укажу на работу д-ра Geuer'a ¹⁾, который сообщаетъ о *трехъ* случаяхъ симфизеотоміи (оперировалъ д-ръ Frank), при чемъ между концами лонныхъ костей былъ вставленъ четырехугольный кусокъ кости, выпиленный изъ горизонтальной части *ossis pubis*, и укрѣпленъ швами. Результатомъ операціи авторъ остался вполне доволенъ. Подробныхъ сообщеній объ этихъ случаяхъ пока не имѣется; зато тѣмъ же авторомъ подробно описанъ случай, гдѣ такая же операція вставленія куска кости, взятаго указаннымъ способомъ, была сдѣлана на больной, у которой послѣ симфизеотоміи, произошло нагноеніе въ ранѣ съ послѣдующимъ отдѣленіемъ (костныхъ) секвестровъ. Больная не могла ходить, вслѣдствіе малой *устойчивости* таза и болѣзненности при попыткахъ къ передвиженію. Послѣ вставленія куска кости, на 14-й день больная встала и сдѣлала нѣсколько шаговъ *безъ боли*, а двѣ недѣли спустя выписалась въ отличномъ состояніи. Размѣры таза, взятые до операціи и *посль*, дали несомнѣнное увеличеніе, а именно:

¹⁾ „Centralbl. f. Gyn.“ 1895, № 43.

до операциі dist. sp. 26, crist. 27, troch. 29,5, с. ext. 15,5, с. d. 8,5 и с. vera 6,5 сант. *Послѣ* операциі dist. sp. 26,5, crist. 27,5, troch. 30, с. ext. 16,5, с. d. 10 и с. vera 8 сант.

Не дѣлая изъ всѣхъ приведенныхъ фактовъ никакихъ прямыхъ выводовъ, я, тѣмъ не менѣе, смотрю на нихъ, какъ на цѣнный матеріалъ для разрѣшенія тѣхъ вопросовъ, которые мы намѣтили въ нашемъ проектѣ.

акusher-lib.ru

Операциі въ послѣдовомъ періодѣ.

Патологическія состоянія, наблюдаемыя въ теченіе послѣ-родового періода, могутъ быть различныя. Сюда относятся: *неправильности выдѣленія и отдѣленія* послѣда. Послѣдній можетъ быть отдѣленъ, но не выдѣляется наружу, а помѣщается въ томъ или другомъ отдѣлѣ полового аппарата.

1) Послѣдъ находится *въ полости матки* за контракціоннымъ кольцомъ цѣликомъ, или большей своей частью. Это зависитъ или отъ атоніи матки, или отъ стриктуры въ области кольца сокращенія (спазмы зѣва—прежнихъ авторовъ).

2) Послѣдъ выдѣляется за контракціонное кольцо и находится *въ нижележащихъ* отдѣлахъ полового канала (нижній сегментъ, рукавъ). Это встрѣчается чаще всего и зависитъ отъ недостаточной дѣятельности брюшного пресса, resp., ея отсутствія.

3) Послѣдъ отдѣленъ не на всемъ протяженіи; часть его, resp., дѣтскаго мѣста, находится *въ тѣсномъ соединеніи* со стѣнкой матки (placenta accreta partialis) и

4) дѣтское мѣсто *вовсе не отдѣлилось* отъ стѣнки матки, а соединено съ нею на всей площади прикрѣпленія (placenta accreta totalis). Сюда же слѣдуетъ отнести и такіе случаи, въ которыхъ дѣтское мѣсто отдѣлилось и, естественно или искусственно, выдѣлилось, а оболочки (chorion и др.) *остались* въ соединеніи съ маткой, оторвавшись отъ выдѣлившейся части послѣда.

Въ большинствѣ указанныхъ случаевъ показуется оперативное вмѣшательство, которое является въ двухъ видахъ:

- а) *удаленіе послѣда* (extractio placentae, seu secundinarum и
- б) *отдѣленіе дѣтскаго мѣста* (solutio, seu separatio placentae).

Выдѣленіе послѣда совершается или помощью *наружныхъ*

приемовъ, или помощью *наружно-внутреннихъ*. Къ первой категоріи относятся: способъ *Credé* (видоизмѣненный *Busch'a*), *Schroeder'a* и старый *французскій*—потягиваніе за пуповину.

Способъ Credé (*expressio placentae, s. secundinarum*) состоитъ въ томъ, что черезъ брюшные покровы *массируютъ* матку и вызываютъ *хорошее сокращеніе* ея, на *высотѣ* (аспе) котораго производятъ *выжиманіе* послѣда. Для этого 4 пальца располагаютъ на *задней* поверхности матки, *большой* палецъ помѣщается на *передней* ея поверхности, а *ладонь* на *днѣ*. Давленіе совершается *ладонью*, а не пальцами, во избѣжаніе ущемленія послѣда при сдавливаніи матки пальцами въ *передне-заднемъ* діаметрѣ. Давленіе совершается въ теченіе *нѣсколькихъ секундъ* и довольно энергичное. Направленіе давящей силы должно быть *сверху внизъ* и *нѣсколько спереди назадъ*. При этомъ слѣдуетъ имѣть въ виду, что, если матка измѣнена относительно своего *очертанія* (*anteflexio*), то предварительно слѣдуетъ ее *выпрямить*, приподнявъ дно кверху и отводя его отъ симфизы. Необходимо также позаботиться о надлежащемъ *положеніи* матки, устанавливая ее въ *срединной* линіи. Встрѣчающіяся такъ часто *уклоненія* матки въ ту или другую сторону затрудняютъ операцію.

Замѣчу кстати, что при этомъ способѣ вовсе *не нужно* примѣнять болѣе или менѣе значительную *силу*. При *правильномъ* пониманіи дѣла и своевременномъ примѣненіи *способа*, въ большинствѣ случаевъ *цѣль* достигается весьма легко и скоро.

По существу дѣла, этотъ способъ можетъ быть примѣняемъ для удаленія послѣда, *задержаннаго* въ зависимости отъ *атоніи* матки (возбужденіе сокращеній), или при отсутствіи дѣятельности брюшного пресса (замѣна этой дѣятельности *наружнымъ* давленіемъ).

Въ способъ Schroeder'a удаленіе послѣда достигается на-давливаніемъ черезъ брюшные покровы на *нижній отръзокъ* матки, ниже *контракціоннаго* кольца, по направленію *проводной* оси родового канала. Здѣсь, слѣдовательно, дѣйствіе основывается на замѣнѣ *недостающей* дѣятельности брюшного пресса *наружнымъ* давленіемъ. Изъ этого слѣдуетъ, что этотъ способъ примѣняется въ *такихъ* случаяхъ, гдѣ *изгнаніе* послѣда изъ *дѣятельной* (верхней) части матки уже произошло, и послѣдъ лежитъ ниже кольца *сокращенія* въ *растянутой*

родовой трубкѣ. При внимательномъ наблюденіи и оцѣнкѣ данныхъ наружнаго изслѣдованія (высота стоянія дна матки, выпуклость нижняго сегмента и т. п.), услѣдить наступленіе этого момента, вообще говоря, не трудно. Если дно матки поднялось и стоитъ значительно выше, чѣмъ тотчасъ послѣ родовъ, если нижній сегментъ представляетъ нѣкоторую выпуклость, если пуповина, на которую, по рожденіи плода, слѣдуетъ какъ разъ у самой половой щели накладывать лигатуру-мѣтку, выдвинулась изъ половой щели на 12—15 сант., можно быть увѣреннымъ, что послѣдъ совсѣмъ или почти совсѣмъ отдѣлился отъ стѣнокъ матки и вышелъ уже за границу контракціоннаго кольца. При выполненіи этихъ методовъ, умѣренное влеченіе за пуповину ¹⁾ въ надлежащемъ направленіи я считаю весьма полезнымъ и совершенно безопаснымъ. Самое худшее, что можетъ быть въ этомъ случаѣ—отрывъ пуповины—нисколько не затрудняетъ предприняемой (въ случаѣ неудачи) операціи ручного удаленія послѣда.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда помощью этихъ методовъ не удается вызвать выдѣленія послѣда такъ быстро, какъ это желательно (кровотеченіе и пр.), возникаетъ показаніе къ *ручному удаленію* послѣда.

Если послѣдъ лежитъ частью въ *рукавѣ*, частью въ нижнемъ сегментѣ матки, то, введя въ рукавъ всю руку или полруки, надавливаютъ на массу послѣда сверху внизъ и спе-

¹⁾ Идея удаленія послѣда при помощи влеченія за пуповину, очевидно, весьма древняго происхожденія. Такъ у *Hippocrates*'а встрѣчается совѣтъ пользоваться для удаленія послѣда дѣйствіемъ тяжести самого плода. Для этого передъ половыми частями роженицы кладутъ два пузыря, наполненныхъ водой и покрытыхъ свѣже снятой овечьей шкурой; на нихъ помѣщаютъ новорожденнаго и въ пузыряхъ прокалываютъ нѣсколько дырочекъ. Подъ вліяніемъ тяжести плода, жидкость медленно изливается изъ отверстій, пузыри постепенно спадаются и опускающійся при этомъ плодъ натягиваетъ пуповину, которая тянетъ за собою послѣдъ (*Kühn.*, „*Magni Hippocratis opera omnia*“. Lipsiae, 1825, p. 463).—Позднѣе ручное влеченіе за пуповину практиковалось особенно во французской акушерской школѣ и отсюда перешло въ Россію. Такъ, *Несторъ Максимовичъ Максимовичъ-Амбодикъ* въ своемъ „Искусствѣ повиванія или Наукѣ о бабичьемъ дѣлѣ“ и пр., Спб. 1784 г., совѣтуетъ удалять послѣдъ потягиваніемъ за пуповину и, въ случаѣ уже неудачи, „запустить свою руку и отъ матки отдѣлить дѣтское мѣсто, къ ней приросшее“ (часть I, стр. 158).

реди назадъ и выгребательными движеніями пальцевъ выводятъ его наружу. Этому полезно помогать наружнымъ давленіемъ на матку. Если послѣдъ лежитъ въ *нижнемъ сегментѣ цѣликомъ* или большею частью, а меньшая часть находится въ полости матки за контракціоннымъ кольцомъ, а равно и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣдъ лежитъ *весь* или почти *весь выше кольца сокращенія*, въ такихъ случаяхъ вводятъ въ половой каналъ всю руку и, ощулавъ дѣтское мѣсто, захватываютъ его всей рукой съ плодовой или материнской поверхности (какъ удобнѣе) и извлекаютъ. *Во все время этой манипуляціи лѣвая рука черезъ брюшныя покровы удерживаетъ матку и содѣйствуетъ правой* (гесп., *находящейся внутри*) *руки*. Помощь наружной руки весьма *существенна*, и содѣйствіе ея должно начинаться *одновременно* съ введеніемъ внутренней руки. Это во всякомъ случаѣ *цѣлесообразнѣе*, чѣмъ удерживать и натягивать лѣвой рукой пуповину въ то время, когда правая рука вводится въ половой каналъ, гесп., матку.

Въ случаяхъ *задержанія* отдѣленнаго послѣда, въ зависимости отъ неправильнаго сокращенія матки въ тѣхъ или другихъ ея отдѣлахъ (спазмъ или стриктура зѣва—авторовъ, боковое ущемленіе послѣда—проф. *М. И. Горвица* и проч.), если въ области суженія (напр., контракціонномъ кольцѣ) препятствіе настолько значительно, что мѣшаетъ свободному проникновенію руки въ полость, содержащую дѣтское мѣсто,—настаивать на *немедленномъ удаленіи* дѣтскаго мѣста въ большинствѣ случаевъ *нѣтъ надобности*. Предварительно слѣдуетъ испытать употребленіе наркотическихъ средствъ *larqa maui* (сюда относятся: клизмы съ *t-rae opii* 15—20 кап. на 30—45 грам. воды, подкожное впрыскиваніе морфія, а еще лучше совмѣстно съ антропиномъ —0,001 клизмы изъ *хлораль-гидрата* 4,0—6,0 на 60 грам. воды съ прибавленіемъ *аравійской камеди* и пр.). Кромѣ того, примѣненіе тепла въ той или другой формѣ на нижнюю часть живота. Въ случаяхъ, не терпящихъ отлагательства, лучше всего прибѣгать къ *глубокому хлороформному наркозу*, съ наступленіемъ котораго стриктуры нерѣдко исчезаютъ совсѣмъ или, по крайней мѣрѣ, расслабляются настолько, что уже не составляютъ серьезнаго препятствія для проведенія руки, гесп., *нѣсколькихъ* пальцевъ. Въ случаяхъ затрудненій, вводятъ сначала 2 пальца,

растягиваютъ при помощи ихъ, насколько возможно, кольцо суженія, затѣмъ, вводятъ 3 и 4 пальца и, наконецъ, всю руку. Захвативъ послѣдъ, какъ указано выше, его удаляютъ вмѣстѣ съ рукой. Не всегда, впрочемъ, необходимо вводить всю руку за мѣсто суженія. Зачастую достаточно провести 2—4 пальца, особенно, если дѣло идетъ о частичномъ задержаніи дѣтскаго мѣста. Ощупавши большую часть дѣтскаго мѣста, выгребательными движеніями пальцевъ стараются провести его черезъ мѣсто суженія; этому способствуютъ цѣлесообразнымъ надавливаніемъ лѣвой руки на матку снаружи, а при случаѣ—и умѣреннымъ потягиваніемъ за пуповину.

Въ случаѣ *срощенія*, resp., болѣе прочнаго соединенія дѣтскаго мѣста со стѣнкой матки, предпринимается *отдѣленіе дѣтскаго мѣста* (*solutio, seu separatio placentae*). Операция производится ручными приемами. Рука вводится по тѣмъ же правиламъ, какъ изложено выше; дойдя до дѣтскаго мѣста, край котораго, обыкновенно, отдѣленъ на большемъ или меньшемъ протяженіи, помѣщаютъ руку между этимъ лоскутомъ и стѣнкой матки и пиловидными движеніями пальцевъ отдѣляютъ дѣтское мѣсто. Обыкновенно, отдѣленіе удается довольно легко, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ попадаютъ болѣе плотные пучки ткани, которые приходится разрывать насильственно, перетирая пальцами, иногда ногтемъ и пр. Здѣсь слѣдуетъ замѣтить, что иногда затрудненія зависятъ *отъ неудачно избраннаго направленія*, въ которомъ производится отдѣленіе. Дѣло въ томъ, что изъ опасенія поранить внутреннюю поверхность матки, совѣтуютъ дѣйствовать концами пальцевъ въ направленіи къ поверхности дѣтскаго мѣста. Если надавливаніе пальцами на дѣтское мѣсто дѣлается нѣсколько болѣе энергично, чѣмъ требуется, то пальцы углубляются въ существо дѣтскаго мѣста, запутываются въ этой губчатой массѣ, и при дальнѣйшемъ дѣйствіи производится отдѣленіе *не на мѣстѣ соединенія* дѣтскаго мѣста съ маткой, а въ самой *толщѣ* дѣтскаго мѣста, при чемъ, конечно, извѣстный слой его долженъ оставаться въ соединеніи съ *decidua serotina*, а материнская поверхность дѣтскаго мѣста представляется разорванной. Это, во всякомъ случаѣ, составляетъ погрѣшность, которую слѣдуетъ замѣтить во-время и исправить. Въ виду этого, я со-

вѣтую лежащую на маткѣ наружной рукой, которая *во все время операціи* тщательно слѣдитъ за дѣйствіемъ внутренней руки, вызвать сокращеніе матки (растираніемъ). Наступившія сокращенія даютъ внутренней рукѣ возможность ориентироваться на основаніи разницы въ консистенціи матки и дѣтскаго мѣста и, такимъ образомъ, отыскать подлежащій слой, въ которомъ и должно происходить отдѣленіе. По отдѣленіи дѣтскаго мѣста, выдѣленіе послѣда совершается всей рукой по вышеизложеннымъ правиламъ.

При отдѣленіи послѣда, всегда желательно удалить *весь послѣдъ* и, по возможности, *цѣликомъ*. Это, однако, не всегда удается. По осмотрѣ дѣтскаго мѣста оказывается, что частицы его, а иногда и цѣлыя дольки, бѣльшей или меньшей величины, остались въ связи съ маткой. Спрашивается: что дѣлать въ такихъ случаяхъ? Настаивать ли на удаленіи ихъ теперь же, для чего требуется повторное введеніе руки въ полость матки, или предпринять что либо другое? По мнѣнію моему, *если есть серьезныя затрудненія для проведенія руки, отыскиванія оставшихся кусковъ и ихъ отдѣленія*, лучше не настаивать на ихъ удаленіи, а предоставить это дѣло времени и сокращеніямъ матки. Если нѣтъ настойчивыхъ показаній (кровотеченіе), можно ограничиться промываніемъ полости матки горячей стерилизованной водой, resp., физиологическимъ растворомъ поваренной соли, или какимъ либо противогнилостнымъ растворомъ, назначеніемъ препаратовъ спорыньи внутрь, льда на животъ и, по временамъ, возбужденіемъ сокращеній матки механическимъ путемъ (растираніе черезъ брюшные покровы). Въ случаяхъ появленія запаха и пр., можно прибѣгнуть къ методическому промыванію полости матки и слѣдитъ за тѣмъ, чтобы былъ свободный стокъ для отдѣляемаго изъ полости матки. Съ этою цѣлью полезно вводить въ полость матки полосу антисептической марли, въ видѣ дренажа. Можно примѣнить и постоянное влагаліщное орошеніе (аппаратъ д-ра *Морозова*), разсчитывая по преимуществу на его присасывающее дѣйствіе. Впрочемъ, задержанные куски дѣтскаго мѣста, resp., оболочки, довольно легко выдѣляются въ первые дни послѣродового періода произвольно или ихъ можно удалить искусственно (пальцемъ или ложечкой), такъ какъ связь ихъ со стѣнкой матки расслабляется; при соблюденіи условій асептики это, обык-

новенно, проходить безъ вреда для родильницы. Присутствію этихъ кусковъ въ полости матки придавали черезчуръ большое значеніе и на вскрытіяхъ торжественно извлекали ихъ, какъ corpus delicti виновности подававшего пособіе, и рассматривали, какъ несомнѣнную причину смертельнаго исхода 1). А между тѣмъ причину смертельнаго исхода слѣдовало искать вовсе не въ *присутствіи* этихъ кусковъ, а скорѣе въ настойчивыхъ попыткахъ къ ихъ удаленію и въ связанной съ этимъ возможности *инфекціи*. Недаромъ наблюдательные врачи весьма отдаленной отъ насъ эпохи учили, что въ случаѣ неудачи въ отдѣленіи послѣда особенно безпокоиться не слѣдуетъ. *Hippocrates* прямо говоритъ: „plerumque vero putrescunt (secundae) sexto tamen, aut septimo die, aut etiam posterium exeunt“ 2). *Aëtius Amidensis* (изъ Мессопотоміи) 3) также говоритъ, что *intra paucos enim dies putrefacta et in saniem dissoluta excidet*.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ Вы *уверены* въ томъ, что куски плаценты остались въ связи со стѣнкою матки, и гдѣ появляются *вторичныя (позднія) кровотечения*, не уступающія обычной терапіи (эрготинъ, массажъ, внутриматочныя впрыскиванія и пр.), удаленіе задержанныхъ кусковъ хирургическимъ путемъ слѣдуетъ считать *показаннымъ*. Удаленіе можетъ быть выполнено помощью ложечки (curette), по моему, лучше тупой (напр., *Martin'*овской), чѣмъ острой. Способъ употребленія ложечки такой же, какъ при (гинеко-

1) Въ концѣ XVI-го и въ началѣ XVII-го столѣтія въ Парижѣ практиковала *Louise Bourgeois (Boursier)*, имя которой связано съ ученіемъ о поворотѣ на ножки. Она была повивальной бабкой при дворѣ *Генриха VI* и нѣсколько разъ принимала у королевы *Маріи Медичи*, между прочимъ и дофина, впоследствии *Людовика XIII*. Когда, въ 1627 г., одна изъ принцессъ крови, у которой принимала *L. B.*, умерла при явленіяхъ послѣдородового воспаленія брюшины, для уясненія причины смерти назначено было вскрытіе. При этомъ въ полости матки (на стѣнкѣ) найденъ былъ кусочекъ дѣтскаго мѣста. Такъ какъ нѣкоторые врачи усмотрѣли въ этомъ причину смертельнаго исхода, то *L. B.* написала защитительную рѣчь (статью), въ которой энергически протестовала противъ этого мнѣнія и доказывала, что неотдѣлившійся кусочекъ дѣтскаго мѣста тутъ ни при чемъ.

2) *Kühn*, I. c., p. 671.

3) „De secundinae ebuictione *Philumeni*“. Cap. XXIV; цит. по *Siebold's* „Versuch einer Geschichte d. Geb.“ B. I., S. 228 и 229.

логической) операции выскабливания (зеркала, пулевые щипцы и пр.), причемъ безусловно необходимо: 1) контролировать дѣйствіе ложечки рукой, охватывающей матку снаружи чрезъ брюшные покровы; 2) не примѣнять сколько нибудь значительной силы, во избѣжаніе возможности излишняго поврежденія матки, ранимость которой въ этихъ случаяхъ повышена, и помня, что отдѣленіе кусковъ дѣтскаго мѣста совершается легко, въ виду хрупкости плацентарной ткани, и 3) *позаботиться* о строжайшей *дезинфекціи* половыхъ путей (при помощи зеркала и пр.) *прежде*, чѣмъ приступить къ выскабливанію. По удаленіи кусковъ, геср., окончаніи операціи, я совѣтую промыть полость матки горячей (40° R) стерилизованной водой, геср., физиологическимъ растворомъ NaCl, или какимъ либо противогнилостнымъ растворомъ и, затѣмъ, впрыснуть 1 или лучше 2 раза по полному *Braun'*овскому шприцу *t-rae jodi per se*, или пополамъ со спиртомъ. Послѣ впрыскиванія тотчасъ же полость матки слѣдуетъ промыть обильнымъ количествомъ горячей воды (геср., раствора). Я множество разъ замѣчалъ, что при выскабливаніяхъ полости матки (по различнѣйшимъ показаніямъ), именно *вслѣдъ* за впрыскиваніемъ наступаетъ энергическое сокращеніе матки, которое въ этихъ случаяхъ всегда *желательно*. Впрыскиванія полуторахлористаго желѣза я считаю невыгодными, такъ какъ при этомъ образуются очень плотные свертки, иногда съ трудомъ извергаемые, да кромѣ того не всегда можно поручиться за надлежащую чистоту и качество препарата, который часто имѣетъ кислую реакцію (вмѣсто строго-нейтральной) и оказываетъ ѣдкое дѣйствіе на ткани въ той или другой формѣ. Послѣ промыванія полость матки тампонируется полосой іодоформенной марли *слегка*, если *нѣтъ* кровотечения; если же склонность къ кровотеченію *есть*, то я тампонирую (методически) *плотно*. Конецъ полосы укладывается въ рукавъ. Кромѣ того, я назначаю подкожное впрыскиваніе эрготина (10%) и ледъ на животъ. Клинической опытъ показываетъ, что такая терапія чаще требуется послѣ *выкидыша*, чѣмъ послѣ *срочныхъ* родовъ.

Особенно значительныя затрудненія могутъ встрѣтиться при *сплошныхъ сращеніяхъ* дѣтскаго мѣста (*accretio placentae totalis*). Въ чемъ состоитъ анатомическая сущность этого явленія, я разбирать не буду, замѣчу только, что, по мнѣнію

моему, въ такихъ случаяхъ дѣло идетъ скорѣе о недостаточномъ *разслабленіи* связи дѣтскаго мѣста съ маткой, предшествующемъ его отдѣленію во время родовъ, подобно тому, что мы наблюдаемъ при выкидышахъ, чѣмъ о какомъ либо дѣйствительномъ *сращеніи*, какъ слѣдствіи воспалительнаго процесса (*placentitis* и пр.). Въ такихъ случаяхъ рука, введенная для отдѣленія послѣда, обыкновенно, не находитъ отдѣленнаго края дѣтскаго мѣста, какъ это бываетъ при частичномъ сращеніи, а сама площадь прикрѣпленія дѣтскаго мѣста оказывается значительно большей, чѣмъ при обычныхъ условіяхъ, но зато само дѣтское мѣсто мало замѣтно проминируетъ надъ поверхностью матки. Дѣтское мѣсто, видимо, значительно тоньше. На бѣольшую трудность произвольнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста не безъ вліянія, конечно, остаются и тѣ макро-и микроскопическія измѣненія въ стѣнкахъ матки (истонченіе, развитіе соединительной ткани и пр.), которыя были находимы въ нѣкоторыхъ случаяхъ.

Возвращаясь къ практической сторонѣ дѣла, я думаю, что, убѣдившись въ существованіи данной аномаліи прикрѣпленія дѣтскаго мѣста, лучше вовсе отказаться отъ желанія удалить дѣтское мѣсто цѣликомъ, или возможно бѣольшую часть его, во что бы то ни стало, а предоставить дѣло времени и ждать произвольнаго отдѣленія и выдѣленія послѣда. Вѣдь еще *Eucharius Roesslin* ¹⁾ зналъ, что задержанный и предоставленный самому себѣ послѣдъ можетъ отдѣлиться произвольно черезъ нѣсколько дней. Выжидательный образъ дѣйствій въ этихъ случаяхъ тѣмъ болѣе умѣстенъ, что непосредственной опасности отъ задержанія послѣда и пребыванія его въ полости матки (кровотеченіе и т. п.) нѣтъ. А слѣдовательно, нѣтъ и показанія къ безотлагательному и

¹⁾ „Der Schwangeren Frauen und Habammen Rosengarten“. 1631 г. Это сочиненіе, какъ извѣстно, было *первой печатной книгой по акушерству*; оно написано по настоянію *Екатерины*, герцогини *Брауншвейгской*. Сочиненіе раздѣлено на 12 главъ и содержитъ всего 55 четвертушекъ (не страницъ) (*Quartblätter*) съ рисунками. Оно было переведено на многіе европейскіе языки и пользовалось большимъ распространеніемъ и почетомъ. *Smellie* называетъ его: „Universally the Woman's book over all Europe“ а *Haller* характеризуетъ, какъ „celebre suo aevo opus et rene classicum“.

насильственному удаленію его, которое, даже въ случаѣ относительно удачнаго (частичнаго) отдѣленія послѣда, можетъ подавать поводъ къ смертельнымъ или, по крайней мѣрѣ, трудно останавливаемымъ (атонія матки) кровотечениямъ. Такіе случаи въ акушерской литературѣ извѣстны ¹⁾.

Оставивъ послѣдъ нетронутымъ, слѣдуетъ озаботиться поддержаніемъ асептического состоянія родового канала и возбужденіемъ сокращеній матки; внутрь назначить ergotin (по 2—3 гр. въ день), въ случаѣ надобности, ледъ на животъ и методическій массажъ матки нѣсколько разъ въ день. При появленіи болѣе или менѣе значительнаго кровотечения, необходимо произвести изслѣдованіе и, буде представится къ тому возможность, отдѣлить и удалить послѣдъ. Въ одномъ такомъ случаѣ рекомендуемая мною терапия увѣнчалась успѣхомъ ²⁾. Такой совѣтъ едва ли долженъ встрѣтить возраженія. Хотя *comparaison n'est pas raison*, тѣмъ не менѣе, я позволю себѣ сослаться на то, что практикуется иногда при операціи чревосѣченія по поводу внѣматочной беременности. Если нельзя удалить плодный мѣшокъ весь, часть его вшиваютъ въ брюшную рану, при чемъ послѣдъ, во избѣжаніе возможности сильнаго кровотечения, не отдѣляютъ насильственно, а оставляютъ *in situ*, тампонируя полость и выжидая произвольнаго отдѣленія. Этотъ способъ не разъ примѣнялся и давалъ отличные результаты. То же, самое, вѣдь, въ сущности будетъ и въ разбираемомъ нами случаѣ, только, пожалуй, при болѣе благоприятныхъ усло-

¹⁾ *И. Кашикаровъ*, „*Atonia partialis uteri etc.*“. Спб. 1880. Дис.

²⁾ Однажды я былъ позванъ на консультацію къ роженицѣ по поводу задержанія послѣда. Послѣ рожденія плода прошло уже около 12 часовъ и два товарища дѣлали попытки къ удаленію послѣда, но безуспѣшно. Изъ разсказовъ товарищей я вывелъ заключеніе, что дѣло шло о разбираемой нами особенности въ прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста. Не считая себя „чистымъ“ (послѣ вскрытія нарыва), я не рѣшился произвести изслѣдованіе самъ и рекомендовалъ вышеизложенный образъ дѣйствія. Къ вечеру третьихъ сутокъ показалось небольшое кровотеченіе, и вслѣдъ, при легкихъ сокращеніяхъ матки, выдѣлился произвольно и цѣликомъ, только нижній край его на небольшомъ протяженіи носилъ слѣды предшествовавшихъ попытокъ удаленія—былъ размятъ и разорванъ. Послѣродовой періодъ—безъ осложнений.

віахъ (разница въ анатомическомъ и фізіологическомъ характерѣ плодовместилища, способности его (матки) сокращаться, инволювироваться и пр. и пр.).

Это понятно. Еще съ большимъ правомъ слѣдуетъ держаться тѣхъ же принциповъ лѣченія въ случаяхъ задержанія послѣда при преждевременномъ прерываніи беременности, *геср.*, выкидышахъ. При отсутствіи настоятельныхъ показаній (кровотеченія, инфекция и пр.) я воздерживаюсь отъ активныхъ попытокъ къ удаленію послѣда и ограничиваюсь только наблюденіемъ надъ больной. Это не влечетъ за собою никакихъ неудобствъ для больной, даже въ случаѣ продолжительнаго задержанія послѣда. Однажды мнѣ пришлось подавать пособіе г-жѣ III., выкинувшей въ срокъ 12 — 14 нед. Я засталъ извергнутый уже плодъ; зѣвъ былъ закрытъ, изъ него выдавался тоненькій пупочный канатикъ. Такъ какъ кровотеченій не было, то, обеззаразивъ рукавъ, я оборвалъ торчавшій конецъ канатика и затампонировалъ рукавъ полосой іодоформенной марли. Покойное положеніе; внутрь—эрготинъ. На 5-й день марля выпала; кровотеченія нѣтъ. На 9-й день *status quo*. Я разрѣшилъ больной встать и начать обычный образъ жизни. Больная занималась домашнимъ хозяйствомъ, въѣзжала и вообще чувствовала себя хорошо. Къ концу 3-го мѣсяца показалось (небольшое) кровотеченіе, шейка укоротилась, зѣвъ пріоткрытъ. Обеззаразивъ рукавъ и шейку, я ввелъ въ полость матки полосу іодоформенной марли, внутрь—эрготинъ. На утро (черезъ 24 часа), удаливъ тампонъ, вслѣдъ за нимъ я извлекъ изъ рукава и послѣдъ. Само собой разумѣется, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются извѣстные *показанія* къ опорожненію матки (кровотеченія и т. п.), нѣтъ нужды строго держаться *выжидательнаго* метода — вполне цѣлесообразно удалить части яйца помощію *ab-rasi'i* и пр.

Въ заключеніе слѣдуетъ упомянуть, что въ тѣхъ случаяхъ задержанія послѣда, когда удаленіе его *черезъ естественные* родовые пути помощію искусства *не удаётся*, между тѣмъ въ связи съ этимъ возникаетъ опасность общаго (септического) зараженія, удаленіе послѣда можетъ быть рассматриваемо, какъ *indicatio vitalis* и — какъ *ultima ratio* — можетъ потребоваться *чревостычненіе*, съ цѣлью

полнаго удаленія самой матки по тому или другому способу ¹⁾).

Въ литературѣ опубликованъ случай, окончившійся вполне успѣшно (*B. Schultze* въ Ленѣ) ²⁾. Аналогичный случай сообщилъ д-ръ *A. П. Деканскій* (Москва). Удалена матка и придатки по типу операціи *Porro*. Хирургическое вмѣшательство оправдывалось тѣмъ, что здѣсь дѣло шло о больной, страдавшей остеомалаціей. Выкидышъ 5 мѣсяцевъ. Выздоровленіе ³⁾. Въ настоящее время, когда техника полнаго удаленія матки чрезъ влагалище достигла высокой степени совершенства, вполне возможно въ указанныхъ случаяхъ предпринять вырѣзываніе матки чрезъ влагалище, а не чрезъ разрѣзъ живота. Размѣры только что родившей матки отнюдь не будутъ настолько велики, чтобы сдѣлать выполненіе этой операціи невозможнымъ, гср., черезчуръ затруднительнымъ. Въ случаѣ нужды, примѣняя принципъ кускованія, всегда можно съ увѣренностью рассчитывать на возможность окончанія операціи. По удаленіи матки, брюшная, гср., тазовая полость должна быть широко дренирована.

Roosenburg ⁴⁾ при задержаніи послѣда послѣ 4-хъ мѣсячнаго выкидыша, при рѣзко выраженныхъ септическихъ явленіяхъ, удалили всю матку черезъ рукавъ. Выздоровленіе.

1) Въ такихъ случаяхъ для большей гарантіи отъ зараженія брюшины во время операціи, предварительно должны быть тщательно обеззаражены рукавъ и полость матки, эта послѣдняя плотно затампонирована антисептической марлей. Далѣе, зѣвъ можетъ быть зашитъ 3—4 швами, дабы при выведеніи матки кверху, чрезъ брюшную рану, по возможности ограничить соприкосновеніе содержимаго матки съ брюшиной. Эта предварительная часть операціи выполняется ассистентомъ, не принимающимъ дальнѣйшаго участія въ операціи. По удаленіи матки отверстіе въ рукавъ, конечно, не зашивается, а дренируется.

2) „Deutsche medic. Wochenschrift.“, 1880, №№ 51—52.

3) „Centralbl. f. Gyn.“, 1890, № 11, S. 189.

4) „Журн. Акуш. и Женскихъ болѣзней“, 1892, № 10.

ВПРАВЛЕНИЕ ПУПОВИНЫ. REPOSITIO FUNICULI UMBILICALIS ¹⁾.

Со стороны пуповины **показаніемъ** къ оперативному вмѣшательству могутъ быть два состоянія: 1) *предлежаніе пуповины* (finiculus umbilicalis graevius), когда пуповина при цѣломъ пузырьѣ лежитъ впереди или сбоку предлежащей части и прощупывается черезъ оболочки яйца, и 2) *выпаденіе пуповины* (prolapsus, s. apothesis funiculi umbilicalis; omphaloproptosis), когда, по разрывѣ пузыря, петли пуповины выпадаютъ въ рукавъ или наружу. Въ этихъ случаяхъ предпринимается операція *вправленія* пуповины (repositio funiculi umbilicalis). Прежде чѣмъ приступить собственно къ *ручному вправленію предлежащей* пуповины, всегда слѣдуетъ попытаться цѣлесообразнымъ *измѣненіемъ положенія* роженицы устранить это осложненіе. Что роженица при распознанномъ предлежаніи (resp., выпаденіи) пуповины тотчасъ укладывается въ постель, это разумѣется само собою. Роженица должна лежать или *на боку*, противоположномъ тому, гдѣ находятся петли пуповины,—при этомъ слѣдуетъ приподнять тазъ, подложивъ подъ него подушки и т. п.,—или остается лежать *на спинѣ*, съ сильно приподнятымъ тазомъ. Весьма полезно на нѣкоторое время придать роженицѣ *коленно-локтевое* положеніе. Во избѣжаніе разрыва пузыря, слѣдуетъ воздерживаться отъ внутренняго изслѣдованія. Иногда при одномъ только измѣненіи положенія роженицы пуповина отходитъ отъ входа въ тазъ, головка опускается, и опасность для плода устраняется. Опасность отъ этихъ осложненій существуетъ *только* для плода и состоитъ въ томъ, что предлежащая часть, опускаясь по родовому каналу, можетъ гдѣ нибудь обусловить прижатіе пуповины со всѣми послѣдствіями (преждевременныя дыхательныя движенія и пр.). Если произвольное отхожденіе пуповины не совершилось, а зѣвъ открытъ настолько, что черезъ него

¹⁾ Операція эта, собственно говоря, не относится къ послѣродовому періоду и описаніе ея въ этой главѣ, можетъ быть, нѣсколько произвольно.

можно провести руку, то совѣтуютъ (внѣ схватки) всей рукой через оболочки захватить подлежащую пуповину и постараться удалить отъ входа въ тазъ. Если бы это удалось,—разорвать пузырь, вставить во входъ въ тазъ головку и предоставить окончаніе родовъ силамъ природы. Если бы это не удалось, то — разъ рука находится въ полости яйца,—сдѣлать поворотъ на ножку съ послѣдующимъ извлеченіемъ, или безъ него, смотря по обстоятельствамъ.

Что вправить пуповину, дѣйствуя через оболочки пузыря, при открытомъ зѣвѣ на 4—5 пальц. (то есть около того момента, когда пузырь произвольно разрывается, слѣдовательно, при извѣстной степени его *напряженія*, даже внѣ схватокъ, которыя въ это время, обыкновенно, бываютъ часты и сильны, а при манипуляціи руки въ зѣвѣ—тѣмъ болѣе), будетъ дѣломъ труднымъ и, во всякомъ случаѣ, рѣдко удачнымъ,—это представляется весьма вѣроятнымъ. Поэтому я думаю, что *нѣтъ надобности спѣшить* съ этимъ вправленіемъ, особенно, имѣя въ виду возможность окончить дѣло поворотомъ; гораздо выгоднѣе подождать совершеннаго открытія зѣва, когда производство поворота будетъ еще легче, а возможность вправленія пуповины остается почти въ тѣхъ же условіяхъ. Да оно, при такомъ образѣ дѣйствій, иногда *можетъ и* вовсе не потребоваться, особенно у многорождающихъ. Головка при этихъ условіяхъ, вслѣдъ за разрывомъ пузыря, часто опускается столь быстро и прорѣзываніе совершается въ такой короткій срокъ, что, несмотря на предлежаніе пуповины и даже ея выпаденіе, плодъ рождается иногда даже безъ всякихъ признаковъ асфиксіи. Въ случаѣ надобности, болѣе быстрое выведеніе плода можетъ быть легко сдѣлано (щипцы, выжиманіе). Такіе примѣры можетъ указать всякій практической врачъ. Да и, помимо всего этого, не всякое *предлежаніе* пуповины непременно перейдетъ въ выпаденіе. Пуповина (предлежащая) *можетъ и не выпасть*.

При **выпадении** пуповины *вправление* ея можетъ быть *ручное* и *инструментальное*. Ручное вправление совершается такимъ образомъ, что, при достаточно открытомъ зѣвѣ и подвижной головкѣ, вводятъ въ тазъ всю руку, захватываютъ (клубокъ) петли пуповины въ горсть руки и вводятъ въ полость матки, отодвигая головку нѣсколько въ сторону. Рука проводится за наибольшую периферію головки, или еще выше, и

затѣмъ, освободившись отъ пуповины, удаляется, а головку стараются приблизить ко входу въ тазъ. Это вправленіе совершается, по нѣкоторымъ авторамъ, лучше всего въ колѣбно-локтевомъ положеніи, въ которомъ и рекомендуютъ роженицѣ остаться еще нѣкоторое время послѣ выведенія руки (*Spiegelberg, Fritsch*). Нѣкоторые (*Croft*) ¹⁾ совѣтуютъ, внося пуповину въ полость яйца, зацѣпить петлю ея за ножку плода, и такимъ образомъ предупредить вторичное выпаденіе. Для оцѣнки этихъ способовъ слѣдуетъ замѣтить, что вправленіе *часто не удается*; пуповина, заправленная иногда съ большимъ трудомъ, при слѣдующей схваткѣ выпадаетъ вновь; далѣе, всякія манипуляціи надъ пуповиной, неизбѣжныя при вправленіи, оказываются не безразличными: уже при одномъ выпаденіи сердечныя тоны плода нерѣдко измѣняются въ ясности и частотѣ, иногда замѣчается даже прекращеніе пульсаціи выпавшей петли, и хотя это состояніе, безъ дальнѣйшаго придавливанія и смѣщенія пуповины, скоро проходитъ, тѣмъ не менѣе оно можетъ подать поводъ къ возникновенію преждевременнаго дыханія и пр. А такъ какъ операція предпринимается исключительно въ интересахъ плода, то нельзя не согласиться, что *вмѣсто того, чтобы тратить время и усилія на попытки вправленія*, которыя часто оказываются безплодными, *гораздо выгоднѣе для плода кончить дѣло поворотомъ*, который, при разбираемыхъ условіяхъ (раскрытый зѣвъ, подвижность плода и пр.), представляется легко выполнимымъ и даетъ возможность быстро окончить роды помощью экстракціи, тѣмъ болѣе, что вправленіе пуповины совѣтуютъ, для болѣе легкой и удобной, производить подъ хлороформомъ. Особенно страннымъ кажется совѣтъ—*дойти до ножки, обмотать вокругъ нея пуповину и извлечь руку, предоставивъ окончаніе родовъ природѣ...*

Изъ сказаннаго *не слѣдуетъ*, однако, что вправленіе пуповины *не должно* быть предпринимлемо. Оно умѣстно въ томъ случаѣ, если пуповина выпадаетъ не цѣлымъ клубкомъ, а небольшой петлей, и, притомъ, когда условія для поворота *не* (вполнѣ) благопріятны. Наприм., зѣвъ недостаточно раскрытъ, головка опускается во входъ въ тазъ и т. п. (Здѣсь

¹⁾ „London. med. Journal“, vol. II, 1786, p. 38. Описано 2 удачныхъ случая.

вправление можетъ быть сдѣлано: а) безъ наркоза и б) не всей рукой, а 2—4 пальцами). Въ такомъ случаѣ, при положеніи роженицы съ сильно приподнятымъ тазомъ, вводятъ въ рукавъ 4 пальца той руки, которою удобнѣе дѣйствовать (чаще это будетъ рука *правая* при выпаденіи *слева*, и наоборотъ). Петлю пуповины помѣщаютъ на верхушкахъ пальцевъ и, проводя ихъ вверхъ, стараются продвинуть *между* головкою и краемъ зѣва. Заправивъ пуповину за край зѣва, продвигаютъ ее, по возможности, выше за головку, затѣмъ, надавливая на головку черезъ нижній сегментъ матки, или дѣйствуя на дно, гесп., ягодичный конецъ плода, стараются втиснуть головку во входъ въ тазъ. Далѣе, вызываютъ (растираніемъ живота) нѣсколько энергичныхъ сокращеній матки, и когда головка, подъ этимъ вліяніемъ, опускается нѣсколько ниже, руку осторожно удаляютъ, слѣдя за тѣмъ, чтобы, вслѣдъ за извлеченіемъ руки, опять не показались петли пуповины. Такой приемъ нерѣдко можетъ вести къ цѣли. Если бы вправление (особенно повторное) *не удалось*, не слѣдуетъ особенно настаивать на немъ, а, при первой возможности, окончить роды наложеніемъ щипцовъ, если время для поворота уже прошло.

Для *инструментальнаго* вправленія пуповины предложено нѣсколько инструментовъ подъ различными названіями: репозитории, *apotheter* (*Braun*), *omphalotactarium* (*Neugebauer*) и даже, подъ вычурнымъ и громкимъ именемъ, *omphalozoter* (спаситель пуповины) (*Schöller*)¹⁾ и др. Всѣ эти инструменты представляютъ собою *катетеры* (*Dudan, Braun*, проф. *И. П. Лазаревичъ* и др.), или *палочки*, болѣе или менѣе гибкія, напр. изъ китоваго уса и др., или особо устроенные снаряды. Во всѣхъ инструментахъ имѣется приспособленіе для захватыванія пуповины *въ петлю*, образуемую просто помощью тесьмы, шелковыхъ нитокъ и т. п., или въ петлю, устраиваемую на самомъ снарядѣ (*Schöller, Murphy*) которая только замыкается въ извѣстный моментъ. При употребленіи *катетера* поступаютъ, обыкновенно, такимъ образомъ: черезъ всю длину эластичнаго (англійскаго) катетера проводятъ вдвое сложенную тесемку и въ окно катетера выпускаютъ

¹⁾ Описание и рисунокъ приведены у *C. Credé*. Dissert. de Omphaloprosi. Berol. 1842.

петлю ея, затѣмъ вводятъ мандринъ, конецъ котораго также выдвигается изъ окошка; обведя тесьму вокругъ пуповины, петлю ея надѣваютъ на конецъ мандрина, который теперь прячутъ въ просвѣтъ катетера и продвигаютъ его въ слѣпой конецъ. Пуповина, такимъ образомъ, удерживается на катетерѣ помощью тесемочной петли, которую, по желанію, очень легко распустить. Стоитъ только нѣсколько вытянуть мандринъ, и петля распускается.

По *Braun*'у, укрѣпленіе петли пуповины на инструментѣ достигается тѣмъ, что пуповину *прокалываютъ иглой съ ниткой*, не трогая, разумѣется, сосудовъ, дѣлаютъ петлю и укрѣпляютъ на катетерѣ также мандариномъ. Затѣмъ инструментъ вводится, по возможности выше, въ полость яйца и оставляется до тѣхъ поръ, пока подлежащая часть не установится во входѣ. При извлеченіи мандрина, петля распускается, и пуповина дѣлается свободной, затѣмъ извлекается и самый катетеръ.

Практическое значеніе этихъ способовъ, по моему, весьма *невелико*. Захватывая ничтожный участокъ пуповины и скользя по ней, петля снаряда не представляетъ сколько нибудь достаточной гарантіи отъ повторнаго выпаденія. Если уже не ограничиваться однимъ ручнымъ вправленіемъ, а прибѣгать къ помощи инороднаго тѣла, то я предложилъ бы съ этой цѣлью, заправивъ пуповину, удержать ее отъ выпаденія просто введеніемъ *влажной обезшложенной губки* ¹⁾ (на ниткѣ), или куска марли и пр., подобно тому, какъ это мы дѣлаемъ для предупрежденія выпаденія петель кишекъ при операціи чревосѣченія. Мягкая губка не можетъ стѣснять движенія головки, а между тѣмъ, выполняя свободное пространство, черезъ которое выпадаютъ петли пуповины, она тѣмъ самымъ, навѣрное, будетъ въ состояніи предотвратить ихъ выпаденіе. Въ одномъ представившемся мнѣ случаѣ я привелъ этотъ планъ въ исполненіе, и результатомъ остался вполне доволенъ. *Herbert Smith Reushaw*, на основаніи личнаго опыта, также рекомендовалъ этотъ же способъ ²⁾.

Въ заключеніе нужно упомянуть, что *вправленіе* пуповины *предпринимается* только при *черепномъ, resp., лицевомъ*,

¹⁾ Объ этомъ упоминается у *Loeffler*'а, *Osiander*'а, *Siebold*'а и др.

²⁾ „The British Medical Journal“ ^{11/II} 1893 г.

предлежаніи, изъ опасенія могущаго быть прижатія пуповины головкой на протяженіи родового канала. При *ягодичныхъ* положеніяхъ, гдѣ пространственныя отношенія между тазомъ и подлежащей частью не стѣснены, какъ при головныхъ положеніяхъ, *опасность* прижатія значительно *меньше*, да, кромѣ того, по требованію обстоятельствъ, можно приступить къ извлеченію плода раньше, чѣмъ при предлежаніи головки. Въ виду этого, обыкновенно, *вправление* не дѣлается. Если бы встрѣтился случай выпаденія пуповины при ягодичномъ положеніи, и ягодицы стояли высоко и подвижно надъ входомъ въ тазъ, по моему, полезно было бы превратить *полное* ягодичное положеніе въ *неполное* и свести ножку въ рукавъ, дабы имѣть возможность окончить роды при первой необходимости.

При *поперечномъ*, *resp.*, *косомъ*, положеніи *вправления* пуповины *не дѣлается*, такъ какъ выпаденіе ея не составляетъ препятствія къ производству поворота.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда родовые пути недостаточно подготовлены, то есть не имѣется благоприятныхъ условій для поворота, нужно стараться способствовать раскрытію имѣющимся въ нашемъ распоряженіи средствами. Вполнѣ умѣстно и цѣлесообразно здѣсь примѣнить систрайринтеръ (съ тяжестью), при чемъ пуповина лишена будетъ возможности выпадать, а раскрытіе матки пойдетъ болѣе быстро. По удаленіи систрайринтера долженъ быть сдѣланъ поворотъ на ножки и извлеченіе.

Кровотеченія тотчасъ послѣ родовъ и ихъ лѣченіе.

Эти кровотеченія могутъ быть весьма различны: по *причинамъ*, по *источникамъ*, по *мѣсту*, по *характеру* и т. п. Кровотеченія могутъ быть: или *изъ полости матки*, или *изъ сосудовъ шейки*, или *изъ рукава*, или *изъ наружныхъ половыхъ частей*. Кровотеченія изъ полости матки (по преимуществу) суть кровотеченія *атоническія*, зависящія отъ недостаточной ретракціи мускулатуры матки; кровотеченія изъ нижележащихъ отдѣловъ суть кровотеченія *травматическія*, зависящія отъ нарушенія цѣлости кровеносныхъ сосудовъ.

По *частотѣ* эти кровотеченія располагаются въ слѣдующемъ порядкѣ: 1) кровотеченія изъ полости, *resp.*, плацентарнаго мѣста, 2) кровотеченія изъ разрывовъ шейки, и 3) вслѣдствіе поврежденій наружныхъ половыхъ частей. Изолированныя поврежденія *рукава* встрѣчаются весьма рѣдко.

Разсмотримъ сперва кровотеченія *изъ полости матки*. Какъ сказано, эти кровотеченія зависятъ отъ *атоніи*. По отдѣленіи послѣда, площадь его прикрѣпленія физиологически *должна* кровоточить; затѣмъ, кровотеченіе останавливается вслѣдствіе двухъ причинъ: во-первыхъ, потому, что дальнѣйшія сокращенія матки измѣняютъ расположеніе мышечныхъ пучковъ или пластинокъ, вслѣдствіе чего сжимается и просвѣтъ сосудовъ (синусовъ), проходящихъ въ толщѣ маточной мускулатуры, а во-вторыхъ, потому, что весьма скоро начинаются (*resp.*, продолжаютъ) явленія тромбоза въ периферическихъ частяхъ синусовъ. Неудовлетворительность или отсутствіе этихъ условій можетъ, стало быть, вызвать кровотеченіе. Причинами атоніи могутъ быть:

слабость мышц матки вообще, недостаточная иннервация, развитие соединительной ткани (метритъ) или опухолей (миомы), сильное истощение энергии (утомление) мускула (продолжительные роды, инфекция), значительное растяжение матки (двойни, hydramnion и пр.) и т. п. Причинами недостаточной или пониженной свертываемости крови могут быть: haemophylia, отравления, общія заболѣванія и пр.

Распознаваніе атонического кровотеченія дѣлается довольно легко. Кровотеченіе, обыкновенно, бываетъ весьма обильнымъ; изливается иногда ужасающее количество крови; цвѣтъ ея красный, скорѣе артеріальный, чѣмъ венозный.

Измѣненія матки весьма рѣзки. Она дѣлается мягкой, тѣстоватой; контуры ея становятся неопредѣленными, расплывчатыми; она теряетъ рѣзкое сферическое очертаніе и значительно увеличивается въ объемѣ; дно, нормально лежащее на нѣскольکو пальцевъ ниже пупка, или на его уровнѣ, поднимается иногда sub scrobiculum cordis. Общее состояніе родильницы представляетъ рѣзкія явленія *остраго малокровія*. Слѣдуетъ помнить, однако, что кровотеченіе не всегда бываетъ обильно. Несмотря на громадно растянутую матку, крови изъ половыхъ частей можетъ выдѣляться очень мало, а явленія анеміи выражаются, тѣмъ не менѣе, весьма рѣзко. Это значитъ, что дѣло идетъ о (внутреннемъ) *кровотеченіи въ полость матки*, — кровотеченіи, которое не можетъ появиться наружу, вслѣдствіе какого либо механическаго препятствія, напр. перегиба матки, присутствія свертка въ области зѣва и пр., и пр.

При такомъ состояніи требуется *быстрая и энергичная помощь*. Я совѣтую прежде всего стараться *вызвать сокращеніе матки*, дѣйствуя черезъ покровы живота. Для этой цѣли нужно быстро и довольно сильно растирать ладонью животъ въ области расположенія тѣла и дна матки; но такъ какъ, при значительномъ растяженіи, resp., вялости, матки, контуры ея часто не опредѣляются, то слѣдуетъ дѣлать при растираніи живота, по возможности, *большіе круги*, въ томъ расчетѣ, что матка, попадающая гдѣ нибудь въ область массажа, начнетъ реагировать; тогда контуры ея выступятъ яснѣе и можно будетъ ограничиться растираніемъ живота, соотвѣтственно мѣсту положенія матки. Какъ только матка станетъ настолько ощутимой, что явится возможность захватить дно ея од-

ной или двумя руками, слѣдуетъ производить *надавливаніе* сверху внизъ и отчасти спереди назадъ, подобно тому, какъ это дѣлается при способѣ *Credé*. При этомъ, обыкновенно, выдѣляются значительныя кровяныя свертки, и кровотеченіе какъ бы усиливается. Но это явленіе кажущееся. Это выдавливается кровь, излившаяся въ полость матки раньше и не нашедшая себѣ выхода наружу, то есть уже потерянная для экономіи организма. Вслѣдъ за выхожденіемъ сгустковъ, матка становится плотнѣе, дно ея опускается значительно ниже, и кровотеченіе замѣтно уменьшается. Не всегда, однако, такимъ путемъ удастся достигъ надлежащаго сокращенія матки, тѣмъ болѣе, что энергичное растираніе и разминаніе матки иногда невыполнимы, напр., по причинѣ болѣзненности, значительнаго ожирѣнія покрововъ и т. п.

Въ случаяхъ продолжающихся кровотеченій, *не прекращая растираній снаружи*, слѣдуетъ прибѣгнуть къ *рукавнымъ* и особенно *внутриматочнымъ спринцеваніямъ*. Дѣйствіе спринцеваній сложное. Оно основывается на *механическомъ* раздраженіи матки струей жидкости, входящей подъ извѣстнымъ давленіемъ; на раздраженіи *термическомъ*, для чего употребляются, обыкновенно, или холодныя (до 3—4° R), или горячія (40° R) жидкости; кромѣ того, сюда можно присоединить и *химическое* дѣйствіе, если брать какіе нибудь растворы солей, обладающихъ, такъ называемымъ, вяжущимъ и свертывающимъ кровъ дѣйствіемъ (*styptica*),—въ особенности это относится къ употребленію полуторахлористаго желѣза.

Употребленіе внутриматочнаго спринцеванія съ крово-останавливающей цѣлью я считаю средствомъ весьма могущественнымъ, дѣйствующимъ съ большимъ постоянствомъ, и потому могу настойчиво рекомендовать его примѣненіе.

Здѣсь возникаетъ нѣсколько практическихъ вопросовъ: 1) какую воду брать: *холодную* или *горячую*? Я отдаю рѣшительное *предпочтеніе горячей*—на слѣдующихъ основаніяхъ. Точными физиологическими опытами относительно дѣйствія тепла и холода на гладкую мышечную ткань несомнѣнно доказано¹⁾, что какъ холодная (3—10° R), такъ и горячая вода (40—50° R) вызываютъ рѣзкія и сильныя сокращенія мышечныхъ волоконъ, но самыя сокращенія, хотя и вызываются

¹⁾ *Loram* „De l'eau chaude en obstétrique“, Paris, 1887 г.

холодной водой скорѣе, чѣмъ горячей, но продолжительность ихъ значительно меньше вызванныхъ тепломъ. Такъ, уже по истеченіи 10—15—30 мин. мышца начинаетъ расслабляться, тогда какъ сокращенія, вызванныя горячей водой, остаются въ силѣ отъ часу и до полутора. Очень понятно, что въ дѣлѣ остановки маточныхъ кровотеченій это обстоятельство *перво-степенной важности*. Да и, оставляя въ сторонѣ характеръ физиологическаго дѣйствія холодной и горячей воды на гладкую мышечную ткань, продолжительность ея сокращенія и пр. и считаясь только съ клиническими фактами, я могу сказать, что холодная и горячая вода дѣйствуютъ одинаково удовлетворительно, но употребленіе *горячей* воды *выгоднѣе* потому, что она, будучи взята изъ обыкновеннаго, напр., самовара, какъ подвергшаяся кипяченію, представляетъ больше гарантіи, въ смыслѣ *обезпложенія*, чѣмъ вода холодная. Далѣе, такъ какъ это спринцеваніе примѣняется при серьезныхъ кровотеченияхъ, слѣдовательно, у *обезкровленныхъ* больныхъ, теряющихъ значительное количество *тепла*, вливаніе большихъ количествъ *холодной* жидкости въ полость органа, лежащаго глубоко, безъ сомнѣнія, еще больше будетъ способствовать *отнятію тепла*, что, при данныхъ условіяхъ, представляется весьма нежелательнымъ. Температура воды должна быть не менѣе 40°R. Что касается самой жидкости, то въ клиникѣ мы, обыкновенно, пользуемся, такъ называемымъ, физиологическимъ растворомъ NaCl ¹⁾. Возможность всасыванія этого средства не только не противопоказуетъ его употребленія, но, наоборотъ, дѣлаетъ даже желательнымъ, вслѣдствіе того значенія, которое признаютъ за введеніемъ въ организмъ растворовъ поваренной соли при остромъ малокровіи. Не безъ вліянія, быть можетъ остается и дѣйствіе непосредственнаго прикосновенія солей Na на сокращеніе мышцъ матки. На это уже есть указанія въ литературѣ. Проф. *Nothnagel* еще въ 1882 году обратилъ вниманіе на рѣзкое вліяніе солей Na на органы, обладающіе гладкой мышечной

¹⁾ Я уже въ общей части указывалъ Вамъ, что возможность приготовления такихъ растворовъ ex tempore въ настоящее время весьма упрощена. Въ продажѣ имѣются особо приговоренныя лепешки физиологической соли (проф. *A. В. Пеля*), вѣсомъ по 1 грамму. Такъ какъ употребляется 1,5% водный растворъ этой соли, то, растворяя 3 лепешки въ обыкновенномъ *стаканѣ* кипяченой воды (200 гр.), мы получимъ (приблизительно) точную концентрацію раствора.

тканью, которое (вліяніе) выражалось сокращеніями (перистальтика кишек), въ зависимости отъ дѣйствія средства на нервныя сплетенія (по мнѣнію автора). Въ 1892 г. *Kassa* ¹⁾ прямыми опытами на животныхъ (кролики, собаки, свинки) показалъ рѣзкое вліяніе натронныхъ солей на матку, въ особенности NaCl. Подъ вліяніемъ этого средства наступали рѣзкія, даже тетаническія сокращенія матки, какъ при непосредственномъ прикосновеніи, такъ и при впрыскиваніи въ рукавъ 25—30% растворовъ. Въ частной практикѣ, въ тѣхъ рѣдкихъ отдѣльныхъ случаяхъ, когда нельзя добыть стерилизованной жидкости и нельзя особенно полагаться на строгое соблюденіе правилъ асептики, позволительно употреблять *не воду*, а какой либо противогнилостный *растворъ*. Изъ нихъ, какъ менѣе ядовитые, могутъ быть примѣняемы: растворъ карболовой кислоты 1—2%, растворъ лизола, растворъ ²/₃-хлористаго іода, марганцево-кислаго кали, виннаго спирта и пр. Считаю нужнымъ предостеречь отъ употребленія растворовъ *сулемы*. Въ литературѣ извѣстно уже нѣсколько случаевъ отравленій (до смертельныхъ включительно) послѣ (даже однократнаго) примѣненія внутриматочнаго спринцеванія слабо разведенныхъ растворовъ сулемы (1:5000).

При употребленіи раствора *карболовой кислоты* необходимо помнитъ одно, повидимому, *мелочное* обстоятельство. Такъ какъ карболовая кислота удѣльно тяжелѣе воды, то, при вливаніи въ сосудъ съ водой, она падаетъ на дно въ видѣ маслянистыхъ капель; поэтому нужно:

1) Тщательно размѣшивать жидкость до тѣхъ поръ, пока она не будетъ представлять совершенно *прозрачнаго*, во всѣхъ слояхъ одинаковаго *раствора*; 2) никогда не вливать кислоту въ ирригаторъ съ водой, а готовить растворъ въ *отдѣльномъ* сосудѣ, и затѣмъ уже наполнять ирригаторъ. Дѣло въ томъ, что, вливаемая въ ирригаторъ, карболовая кислота, падая на дно, оттуда стекаетъ въ трубку, вслѣдствіе чего, по открытіи крана, первыя порціи жидкости содержатъ большое количество карболовой кислоты (жидкость *не прозрачная*, а мутно-молочная) и производятъ болѣе или менѣе значительныя *ожоги* половыхъ частей. Эти ожоги, хотя и не опасны, но

¹⁾ „Ungarisches Archiv für Medicin“, В. I.

иногда очень мучительны, оставляют надолго слѣды, въ видѣ темнотурыхъ полосъ или пятенъ, и вызываютъ совершенно справедливые упреки въ небрежности или невнимательности по адресу врача.

Наполнивъ ирригаторъ жидкостью, прежде чѣмъ ввести наконечникъ въ рукавъ, необходимо *открыть кранъ* и выпустить *воздухъ* изъ наконечника и трубки; отсутствіе воздуха сказывается тѣмъ, что жидкость вытекаетъ *непрерывной струей* и *безъ шума*. Несоблюденіе этихъ правилъ можетъ ввести къ *печальнымъ послѣдствіямъ*: воздухъ, вгоняемый съ извѣстной силой подъ давленіемъ столба жидкости въ ирригаторъ, можетъ проникнуть, при благопріятныхъ условіяхъ (отрицательное, resp., пониженное давленіе и пр.), въ открытые *кровеносные сосуды* на плацентарномъ мѣстѣ и причинить весьма грозные припадки, даже *немедленную смерть*.

2) Какой *наконечникъ* слѣдуетъ употреблять? Всего лучше съ *двойнымъ* токомъ; *отверстій* на концѣ должно быть нѣсколько¹⁾. За неимѣніемъ такого наконечника, можно пользоваться *обыкновеннымъ* (не гибкимъ) рукавнымъ; но для того, чтобы обезпечить свободный обратный оттокъ жидкости, слѣдуетъ помѣстить рядомъ съ нимъ въ узкомъ мѣстѣ *указательный палецъ*.

3) На какую *высоту* долженъ быть введенъ наконечникъ? Его слѣдуетъ провести настолько далеко, чтобы жидкость могла дѣйствовать непосредственно на кровоточащее мѣсто, то есть площадь прикрѣпленія плаценты; слѣдовательно, въ большинствѣ случаевъ, нужно проводить наконечникъ *почти до маточнаго дна*. Чтобы въ каждую данную минуту знать мѣсто его нахождения, необходимо *контролировать* положеніе наконечника и отношеніе его къ стѣнкамъ матки *лѣвой рукой снаружи*, которая въ то же время растираніемъ и надавливаніемъ содѣйствуетъ сокращеніямъ матки. Надавливаніе на матку въ области нахождения наконечника должно быть, во всякомъ случаѣ, *осторожное*, во избѣжаніе возможности *пораненія стѣнки матки, resp., прободенія*.

4) Какое *количество* жидкости слѣдуетъ брать? Этотъ вопросъ не имѣетъ большого значенія. Если жидкость

¹⁾ Отверстія иногда закупориваются кровяными свертками, и истеченіе жидкости или совсѣмъ прекращается, или значительно замедляется. Если слѣдить за уровнемъ жидкости въ ирригаторѣ, то это явленіе легко во-время замѣтить и устранить.

не ядовита, если обратный стокъ ея удовлетворителенъ, если производится растираніе матки снаружи, то опасеніе относительно значительнаго растяженія полости матки и возможности проникновенія жидкости въ фаллопиевы трубы и черезъ нихъ въ брюшину не имѣетъ достаточныхъ основаній. Совершенно спокойно можно пропустить 2 — 3 кружки подъ-рядъ; при этомъ не слѣдуетъ увеличивать (изъ опасенія смыть только что образовавшіяся тромбы) *давленія*, поднимая кружку болѣе или менѣе высоко. Въ связи съ количествомъ находится и вопросъ о *времени*, въ теченіе котораго слѣдуетъ производить орошеніе. На это отвѣтить съ точностью трудно. Да и вообще измѣрять продолжительность орошенія съ часами въ рукахъ едва ли правильно. Мы прекращаемъ орошеніе, обыкновенно, тогда, когда изъ трубки вытекаетъ чистая или слабо окрашенная кровью жидкость, а матка становится плотной и не обнаруживаетъ наклонности скоро распускаться. Одной-двухъ обыкновенныхъ (6 стакановъ) кружекъ для этого бываетъ достаточно. Въ случаѣ появленія кровотеченія спустя нѣкоторое время, можно повторить орошеніе. Иногда, однако, приходится слышать жалобы на *недѣйствительность* горячихъ впрыскиваній. Обращаю Ваше вниманіе на то, что часто виноваты не инъекціи, а нѣкоторое *упущеніе* при ихъ выполненіи. Дѣло въ томъ, что если наконечникъ введенъ *не* достаточно *глубоко*, если не производится растиранія матки снаружи, то горячая вода вовсе *не* дѣйствуетъ на *стѣнки* матки, а, такъ сказать, обмываетъ только тѣ свертки крови, которые находятся въ растянутой полости матки. Это необходимо имѣть въ виду: слѣдуетъ соотвѣтственнымъ надавливаніемъ удалить свертки,— тогда наконечникъ проходитъ выше, легко ощупывается черезъ стѣнку матки, и сокращенія ея наступаютъ легче. Если бы матка была наполнена сгустками и ихъ нельзя было почему либо выдавить, дѣйствуя снаружи, то показано даже *введеніе руки* для удаленія свертковъ и, быть можетъ, задержанныхъ частей послѣда и пр.

Для усиленія дѣйствія впрыскиваемой жидкости, совѣтуютъ прибавлять къ ней *уксусъ, іодную настойку*, въ особенности *полуторахлористое желѣзо* ¹⁾. Одни совѣтуютъ упо-

¹⁾ Впрыскиваніе растворовъ солянокислаго желѣза предложено впервые *d'Outrepoint* омъ. „Neue Zeitschr. f. Geburtsk.“, В. XII, S. 322.

треблять растворъ (жѣлѣза), имѣющій соломенно-желтый цвѣтъ, другіе (англійскіе авторы), наоборотъ,—растворъ весьма крѣпкой концентраціи (1:3, *Barnes*). Въ теченіе многихъ лѣтъ мнѣ ни разу не приходилось прибѣгать къ впрыскиванію желѣза. Примѣненіе его можно допустить, пожалуй, при пониженной свертываемости крови, напр. у *гемофиловъ* и т. п. Во всякомъ случаѣ, по моему, лучше примѣнять болѣе слабые растворы, которые только и могутъ быть введены въ большихъ количествахъ (подобно орошенію безъ прибавленія желѣза). Растворовъ 1:3, въ виду слишкомъ сильнаго дѣйствія ихъ, въ большихъ количествахъ употреблять нельзя. Впрыскиваніе же малыхъ количествъ концентрированныхъ растворовъ въ растянутую и сильно кровоточащую полость матки не имѣетъ большого смысла. Практичнѣе въ этомъ отношеніи совѣтъ—вести въ полость матки губку, напитанную растворомъ полуторахлористаго желѣза ¹⁾. Это можно было бы соединить съ предварительнымъ впрыскиваніемъ горячей воды, съ цѣлью удаленія сгустковъ и достиженія, хотя нѣкотораго, сокращенія матки.

Въ случаѣ недостаточности вышеуказанныхъ мѣръ, рекомендуютъ *сдавливаніе* или *сжатіе матки* двуручнымъ способомъ. Два пальца вводятъ въ передній сводъ и придавливаютъ ими переднюю стѣнку матки навстрѣчу задней стѣнкѣ, которая снаружи прижимается другой рукой въ томъ же направленіи и книзу. Или пальцы помѣщаютъ въ заднемъ сводѣ, а наружная рука дѣйствуетъ на переднюю стѣнку матки. Въ критическихъ случаяхъ я рекомендую очень старый совѣтъ—*вести* въ полость матки *руку*, сложить въ кулакъ, а снаружи, охвативъ рукой маточное дно, прижимать его къ внутренней рукѣ, соединяя это съ растираніемъ наружной рукой. Раздраженіе, испытываемое маткой, настолько значительно, что даже въ случаяхъ рѣзкой атоніи все-таки появляются сокращенія, достаточныя для остановки кровотеченія. Съ появленіемъ болѣе или менѣе удовлетворительныхъ сокращеній, руку, разумѣется, слѣдуетъ удалить.

Сравнительно недавно предложено въ *крайнихъ* случаяхъ *тампонированіе* матки и рукава (*Dührssen*). Операция производится очень просто. Пулевыми (или *мюзеевскими*) щипцами

¹⁾ *Ervat* предложилъ вводить очищенный отъ кожиры *лимонъ* (!).

захватываютъ переднюю и заднюю губы влагилицной части и, подъ руководствомъ 2-хъ пальцевъ, длиннымъ пинцетомъ вводятъ въ полость матки до дна полосу іодоформенной или другимъ образомъ приготовленной марли, укладываютъ ее въ складки и такимъ образомъ набиваютъ полость матки, а затѣмъ и рукавъ (иногда присоединяютъ сюда ватную тампонацію). Полоса марли должна быть около $\frac{3}{4}$ вершка ширины и 7—8 арш. длины. Если кровотеченіе не останавливается, то снаружи прижимаютъ матку къ тампону (повязка); тампонъ оставляется приблизительно на сутки, затѣмъ удаляется ¹⁾).

Въ текущей литературѣ послѣдняго времени описано нѣсколько случаевъ удачнаго примѣненія тампона, и даже поднимался споръ о правѣ пріоритета на это предложеніе.

Составляетъ ли, однако, этотъ способъ крупное приобретеніе для терапіи кровотеченія? При внимательномъ разборѣ опубликованныхъ случаевъ я не могъ вынести убѣжденія въ *необходимости* тампонаціи (въ этихъ случаяхъ) и не могъ приписать остановку кровотеченія *исключительно* употребленію тампона. Полезное и могущественное дѣйствіе тампона при кровотеченияхъ изъ полостей акушерамъ и гинекологамъ извѣстны болѣе, чѣмъ кому либо. Но дѣло въ томъ, что послѣродовую матку нельзя сравнивать ни съ какой другой полостной раной. Кровоостанавливающій эффектъ при тампонаціи полостныхъ ранъ основывается на *прижатіи* кровоточащаго мѣста, что достигается выполненіемъ вплотную данной полости, слѣдовательно, при наибольшемъ растяженіи ея стѣнокъ. При *атоническомъ* кровотеченіи тотчасъ послѣ родовъ—совсѣмъ *другое дѣло*. Здѣсь кровоостанавливающій эффектъ какого бы то ни было средства долженъ быть *разсчитанъ на сокращенія* матки—это *conditio sine qua non*,—при чемъ сокращенія не только должны наступить въ болѣе или менѣе энергической формѣ, а должны принять характеръ, такъ называемой, „тонической ретракціи мускула“. Для этого всѣ вредные моменты должны быть устранены, напр. присутствіе сгустковъ крови и другихъ постороннихъ тѣлъ, которыя сами по себѣ могутъ подавать поводъ, къ такъ называемой *относительной атоніи*, по *Kiwisch*'у.

Такъ какъ дѣйствіе тампона основывается на *прижатіи*

¹⁾ Н. Meyer-Ruegg рекомендуетъ заменить тампонъ особымъ инструментомъ „Zentralbl. f. Gyn.“ 1896 г., № 6.

кровооточающаго мѣста, и такъ какъ дѣйствіе это въ полостной ранѣ возможно только при условіи *растяженія*, гср., значительнаго *напряженія* (сопротивленія), со стороны стѣнокъ полости, то *умѣренность тампонаціи при атоническихъ, вялыхъ, отказывающихся сокращаться стѣнкахъ матки*—представляется сомнительною.

Конечно, способность растяженія имѣть предѣлъ, дальше котораго растяженіе идти не можетъ и, слѣдовательно, будетъ появляться извѣстное сопротивленіе; найти этотъ предѣлъ возможно, непрерывно наполняя полость матки полосами марли или другимъ матеріаломъ. Но практически это представляется невыполнимымъ. Вы, вѣдь, знаете, что при, такъ называемомъ, *внутреннемъ* кровотеченіи послѣродовая матка можетъ достигать *огромныхъ* размѣровъ. А въ *рѣзкихъ* случаяхъ атоніи (о которыхъ только и можетъ быть рѣчь) это растяженіе должно быть еще больше.

Выражаясь такимъ образомъ, я вовсе *не* имѣю въ виду утверждать, что тампонъ представляется *безпомощнымъ* средствомъ. Полезное дѣйствіе его (прижатіе) можетъ сказываться *при наличности сокращеній матки* (напр., *atonia uteri partialis*, при, такъ называемомъ, параличѣ плацентарнаго мѣста и т. п.), *усиленію которыхъ* отчасти онъ *можетъ и способствовать*, какъ *инородное тѣло*¹⁾: я хочу только *предостеречь* отъ излишнихъ надеждъ и упованій, которыя возлагаются на тампонъ *при угрожающей атоніи*.

Прижатіе аорты. Этотъ способъ основанъ на обще-хирургическомъ принципѣ остановки кровотеченій прижатіемъ вышележащихъ главныхъ артеріальныхъ стволовъ. Здѣсь дѣйствіе его предполагается двоякое: а) *прекращеніе* непосредственнаго *притока крови*, б) *обезкровливаніе матки*, вызывающее ея сокращеніе. Этотъ способъ, однако, встрѣчаетъ серьезныя возраженія. Дѣло въ томъ, что прижатіемъ аорты къ поясничной части позвоночника, даже если бы оно было доведено до полнаго уничтоженія просвѣта, все-таки нельзя прекратить притока крови къ маткѣ, такъ какъ она снабжена *двумя парами* сосудовъ (*art. uterina* и *art. spermatica*), изъ которыхъ сѣмянныя начинаются почти на уровнѣ отхожденія

¹⁾ Въ нашихъ случаяхъ мы видѣли пользу отъ употребленія влажнаго тампона, намоченнаго въ винномъ спиртѣ (90%).

почечной артерій изъ аорты, или изъ почечныхъ артерій, слѣдовательно. онѣ отходятъ изъ главнаго ствола *выше* мѣста прижатія. Въ виду того, что *слѣдствіемъ* сдавленія аорты необходимо должно быть *повышеніе давленія* въ вышележащихъ (а слѣдовательно, и отходящихъ отъ нихъ) отдѣлахъ, то давленіе и въ системѣ *spermaticae* тоже должно *повыситься*. А такъ какъ кровотоцитъ *площадь* прикрѣпленія *дѣтскаго мѣста*, располагающаяся, главнымъ образомъ, въ *верхнихъ* отдѣлахъ матки, а эти послѣдніе лежатъ въ районѣ снабженія кровью изъ системы, кромѣ маточныхъ артерій, и *сѣмянныхъ* артерій, то это повышеніе давленія не можетъ не оказать вліянія на *усиленіе* кровоточенія. Уже одно это соображеніе подрываетъ значеніе этого метода. Кромѣ того, и самое выполненіе его встрѣчаетъ серьезныя затрудненія. Добравшись до аорты и сдавить ее до уничтоженія просвѣта, прежде всего будетъ мѣшать растянутая матка, не говоря уже о томъ, что этому можетъ мѣшать чувствительность, отечное состояніе покрововъ живота, развитіе жира и т. п.

Наконецъ, еще одно важное возраженіе. Опытами на животныхъ, произведенными д-ромъ *В. А. Столытинскимъ*¹⁾, точно установлено, что послѣродовая *матка, лишенная притока крови* (временные зажимы на артеріяхъ), въ теченіе сравнительно даже короткаго времени, *плохо реагируетъ* на различныя внѣшнія *раздраженія* (тепло, холодъ, электричество, уколы и пр.) и, по восстановленіи кровообращенія, *остается* нѣкоторое время въ состояніи *атоніи* и даетъ послѣдовательныя кровоточенія. *Слѣдовательно, полнымъ обезкровливаніемъ* органа Вы оказали бы *плохую услугу* маткѣ; къ счастью, впрочемъ, этого вполнѣ и нельзя достигъ, вслѣдствіе анатомическихъ условій отхожденія сѣмянныхъ артерій.

Я остановился на этомъ способѣ потому, что на него указываютъ въ нѣкоторыхъ руководствахъ, какъ на могучее средство и, время отъ времени, описываются случаи (якобы) удачнаго примѣненія его.

Послѣ того какъ кровоточеніе остановилось, матка сократилась, задача Ваша еще не кончилась. Необходимо заботиться и слѣдить за тѣмъ, чтобы не наступило расслабленія матки, *resp., повторенія кровоточенія*. Лучше всего это

¹⁾ „Къ вопросу о техникѣ кесарскаго сѣченія“, Казань, 1890. Диссерт.

достигается постояннымъ *контролированіемъ* состоянія матки *рукой* черезъ брюшные покровы. Рука должна ощущать плотное круглое тѣло, верхняя граница котораго не должна заходить за линію пупка. Въ случаѣ расслабленія матки, методическимъ растираніемъ скоро удастся вызвать необходимое сокращеніе. Если сокращенія матки удовлетворительны, кровотеченіе не возобновляется въ теченіе $1\frac{3}{4}$ —2 часовъ, то опасаться *большихъ* кровотеченій въ такомъ случаѣ нѣтъ основанія, и Вы можете оставить родильницу подъ присмотромъ акушерки, преподавъ ей необходимыя указанія. Передъ оставленіемъ родильницы слѣдуетъ *наложить* на животъ цѣлесообразную *повязку*. Повязка имѣетъ цѣлью не дать возможности сильно растянуться маткѣ, буде наступило бы расслабленіе мускулатуры. Для этого *на дно* матки и *за заднюю* ея стѣнку кладутъ какой либо плотный валикъ (свернутую простыню, мѣшокъ съ пескомъ и пр.) и такимъ образомъ придавливаютъ матку къ лонному соединенію, приводя ее въ состояніе антефлексіи. Затѣмъ животъ тщательно забинтовывается широкимъ полотнянымъ бинтомъ или, лучше, круговыми ходами вязаного (чулочнаго) бинта, настолько туго, насколько самочувствіе родильницы позволяетъ это. Такимъ образомъ матка сдавливается почти со всѣхъ сторонъ: сверху — валикъ, снизу — симфиза, спереди и сбоковъ — бинтъ. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что такого несчастнаго положенія матки желательно избѣгать въ интересахъ правильной инволюціи, а потому, по минованіи надобности—спустя 6—8 часовъ,—такая повязка должна быть удалена и замѣнена обычнымъ бинтованіемъ живота. Для поддержанія сокращеній матки съ пользой можно примѣнить пузырь со льдомъ на нижнюю часть живота (ниже бинта).

Изъ фармацевтическихъ средствъ заслуживаютъ примѣненія препараты спорыньи. Употребляютъ—или *pulv. secal. cornut. recent.* (—0,6) черезъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа по порошокъ (2—3 раза), или *ergotin* (—0,12 + *sacchar.* 0,5) въ такіе же промежутки и тоже 2—3 порошка. Еще лучше—*ergotin* подъ кожу, въ растворѣ 1:10, полный *правецевскій* шприцъ, 1—2 раза, также черезъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа. Относительно примѣненія корнута, препаратовъ *hydrast. canadensis* и т. п. личной опытности я не имѣю.

Всѣ вышеизложенныя мѣры, въ огромномъ большинствѣ

случаевъ, даютъ удовлетворительные результаты. Но, къ сожалѣнію, все-таки могутъ встрѣчаться и такіе случаи, въ которыхъ, несмотря ни на какія условія и мѣропріятія съ нашей стороны, матка не сокращается и кровотеченія остановить *не удастся*. Что предпринять въ такихъ случаяхъ? Довольно трудно дать на это категорическій отвѣтъ. Несомнѣнно, что здѣсь является *indicatio vitalis*, слѣдовательно, могутъ быть употреблены *самыя крайнія* мѣры. Я считалъ бы, напр., возможнымъ при подходящихъ условіяхъ сдѣлать *чревосѣченіе*, съ цѣлью надвлагалищной ампутаціи ¹⁾, *геср.*, полного удаленія матки; или удалить матку чрезъ влагалище, оперируя—скорости ради—по пинцетному способу, безъ лигатуръ. Въ техническомъ отношеніи ни та, ни другая операція не представили бы, думается мнѣ, сколько нибудь серьезныхъ затрудненій. Такое вмѣшательство съ нашей стороны оправдывалось бы *видимой неизбежностью смерти* и кое какой *надеждой* на успѣхъ при операціи. Аналогію въ этомъ отношеніи представляютъ случаи разрыва плоднаго мѣшка при внѣматочной беременноти съ угрожающимъ смертью внутреннимъ кровотеченіемъ, когда *in extremis* предпринимается чревосѣченіе съ прямою цѣлью — остановить кровотеченіе. При отсутствіи подходящихъ условій для чревосѣченія, допускаютъ даже пріемъ, на первый взглядъ кажущійся очень грубымъ. А именно, совѣтуютъ *ввести руку* (или музейевскіе щипцы) въ полость матки и, дѣйствуя соотвѣтственнымъ образомъ другою рукою снаружи, захватить дно и *сдѣлать* искусственный *выворотъ* матки въ рукавъ, *геср.*, наружу. На вывернутый такимъ образомъ органъ наложить въ области шейки жгутъ, укрѣпить его швомъ или пинцетомъ и, нѣсколько отступя, отрѣзать матку, прикрывъ культю и наполнивъ рукавъ іодоформенной марлей ²⁾. Жгутъ можно, ко-

¹⁾ Такъ именно и поступилъ *Koffer* (докладъ въ Акушерско-гинекол. обществѣ въ Вѣнѣ 21-го февр. 1893 г.). См. также *Lömer*, „Samml. Klinisch-Vorträg“, № 321.

²⁾ При дебатахъ, по поводу вышеприведеннаго доклада *Koffer*'а, *Schauta*, *Herzfeld* и др. высказались въ пользу искусственнаго выворота и наложенія жгута съ послѣдующей ампутаціей или, въ случаѣ остановки кровотеченія по снятіи жгута, въ пользу *обратнаго вправленія* матки. Подобный (успѣшный) случай такой терапіи при угрожающемъ кровотеченіи и произвольномъ выворотѣ матки опубликованъ *Kochs*'омъ въ 1890 г. „Centralbl. f. Gyn.“, № 20).

нечно, наложить и временно, съ тѣмъ, чтобы снять его послѣ того, какъ матка будетъ ампутирована, зіяющіе въ разрѣзѣ сосуды крѣпко перевязаны (art. uterinae и art. spermat., resp. культы придатковъ, если ампутаціонный разрѣзъ прошелъ такимъ образомъ, что яичники остаются по ту сторону разрѣза и не подлежатъ, стало быть, удаленію) и культя матки надлежащимъ образомъ зашита. По удаленіи жгута культя матки, насильственно вывернутая въ рукавъ черезъ зѣвъ, освободившись отъ сдавливанія и влеченія, легко можетъ быть вправлена за зѣвъ. Такъ, по крайней мѣрѣ, было въ двухъ оперированныхъ мною случаяхъ застарѣлаго выворота матки. Нѣтъ нужды доказывать, что это *remedia heroica*, и что примѣненіе ихъ оправдывается только *исключительными* условіями. Въ клиническомъ отношеніи весьма важно приступить къ такой операціи *своевременно*, то есть уловить надлежащій моментъ, когда надежда на успѣхъ операціи еще не потеряна, а другіе способы остановки кровотеченія были недѣйствительны. За отсутствіемъ надлежащаго критерія, именно *рѣшеніе* этихъ *вопросовъ*, а не самое *выполненіе операціи*, будетъ *чрезвычайно труднымъ* и, по необходимости, должно быть предоставлено личному усмотрѣнію оператора, его опытности и т. п. Не могу не сказать, что въ нѣкоторыхъ, видѣнныхъ мною, случаяхъ, хотя благодаря указаннымъ мѣрамъ (операціямъ) кровотеченіе и бывало надежно остановлено, тѣмъ не менѣе предотвратить смертельный исходъ не всегда удавалось.

По отношенію къ совѣту—вывернуть матку въ рукавъ, я долженъ замѣтить, что выполненіе его врядъ ли будетъ такъ просто, какъ кажется на первый взглядъ. Дѣло въ томъ, что, если матка вяла, расслаблена, то ее, можетъ быть, и не особенно трудно будетъ насильственно вывернуть, но столь податливой матка можетъ быть, только находясь въ состояніи, такъ называемой, полной атоніи (*atonia completa seu totalis*). Между тѣмъ грозное кровотеченіе, а слѣдовательно, и смертельная опасность, можетъ быть и при частичной атоніи (*atonia partialis*). При этихъ условіяхъ произвести искусственно острый выворотъ матки (въ рукавъ) будетъ нелегко, а иногда, пожалуй, и врядъ ли возможно, безъ чрезчуръ большого насилія. *Уже по одному этому этотъ пріемъ уступаетъ въ достоинствахъ такимъ типическимъ операціямъ,*

какъ надвлагалищная ампутація матки, или удаление ея чрезъ рукавъ.

Кровотеченія изъ разрывовъ шейки матки также могутъ имѣть угрожающій характеръ, и нерѣдко ихъ смѣшиваютъ съ атоническимъ кровотеченіемъ. Между тѣмъ, правильно поставить дифференціальный діагнозъ весьма легко; нужно руководствоваться состояніемъ самой матки. Если матка *плотной* консистенціи, имѣетъ сферическое очертаніе, дно ея стоитъ *ниже* пупка, а изъ половыхъ органовъ (не снаружи) изливается въ большомъ количествѣ кровь — *атоническое* кровотеченіе *исключается навѣрное*, и, почти безъ ошибки, можно признать кровотеченіе вслѣдствіе *разрыва* шейки. Для *остановки* кровотеченія примѣняются *горячія спринцеванія*; если же они оказываются неэффективными, то, *не теряя времени*, для точнаго распознаванія и лѣченія необходимо *отыскать* *кровооточающее мѣсто*. Съ этой цѣлью вводятъ въ рукавъ два пальца; дойдя до *шейки*, констатируютъ *разрывы*; теперь требуется опредѣлить собственно *кровооточающее мѣсто*. Для этого прижимаютъ края разрыва къ стѣнкамъ таза шагъ за шагомъ (по очереди); если кровотеченіе остановилось—ясно, что кровооточающее мѣсто *найдено* и *прижато*. Удерживая пальцы въ данномъ положеніи, другою рукою (пинцетомъ, корнцангомъ, или просто пальцемъ) вводятъ полосу марли въ рукавъ и, проведя до мѣста разрыва, перехватываютъ пальцами и придавливаютъ къ кровооточающему мѣсту; полоса марли укладывается, какъ обыкновенно, въ складки, на которыя надавливаютъ пальцами, и, по мѣрѣ выполненія части, или всего просвѣта рукава въ данномъ отдѣлѣ, пальцы удаляютъ. При значительномъ и упорномъ кровотеченіи приходится израсходовать порядочное количество марли, такъ что тампонъ выполняетъ большую часть рукава. Къ этому полезно присоединить *бинтованіе* нижней части живота (давленіе на матку). Это дѣлается на тотъ случай, если бы кровотеченіе не вполне остановилось, и кровь, не находя себѣ выхода наружу (чрезъ тампонъ), скопчилась выше тампона въ области нижняго сегмента матки, который въ *нѣкоторыхъ* случаяхъ (сильное растяженіе во время родовъ и проч.) *можетъ* послужить вмѣстилищемъ для значительнаго количества крови. При давленіи сверху (повязка) и снизу (тампонъ) возможность

образованія болѣе или менѣе значительной полости исключается. Тампонъ въ рукавѣ можно держать *около сутокъ*, затѣмъ слѣдуетъ удалить. Обыкновенно, кровотеченіе не повторяется. Больныя переносятъ тампонацію очень легко, но жалуются иногда на невозможность произвольнаго мочеиспусканія, такъ что приходится прибѣгать къ катетеризаціи. Хотя такимъ образомъ кровотеченіе останавливается весьма *надежно*, тѣмъ не менѣе, *при благоприятныхъ условіяхъ* (достаточная ассистенція, подходящая обстановка, необходимые инструменты и пр.) *слѣдуетъ отдать предпочтеніе обкалыванію* кровоточащаго сосуда, *геср., наложенію шва*. Технику этой операціи я опишу въ главѣ о лѣченіи поврежденій, полученныхъ во время родовъ.

Кровотеченія **изъ наружныхъ половыхъ органовъ** чаще всего наблюдаются при раненіи венныхъ сплетеній въ области клитора, сбоку отверстія мочеиспускательнаго канала и лишь рѣдко при разрывахъ промежности и т. п. Для *остановки* часто бываетъ достаточно одного только *прижатія* тампономъ, который удерживается на мѣстѣ *цѣлесообразной* (въ видѣ буквы Т) повязкой; въ упорныхъ же случаяхъ лучше всего произвести *обкалываніе, геср., зашиваніе*, кровоточащаго мѣста.

Принимая мѣры для остановки кровотеченія, необходимо обращать серьезное вниманіе на *общее состояніе* родильницы, которое представляется часто *очень тяжелымъ*. Лицо блѣдное; конечности холодѣютъ; кожа покрывается холоднымъ потомъ; пульсъ частый, нитевидный; дыханіе поверхностное, короткое; по временамъ рвота; больныя безпокойны, мечутся по кровати, жалуются на предсердечную тоску, чувство недостатка воздуха, головокруженіе, или же впадаютъ въ болѣе или менѣе глубокой обморокъ; мышцы конечностей и лица подергиваются судорогами и пр., и пр. Словомъ, рѣзко обнаруживаются явленія *остраго малокровія мозга и упадка сердечной дѣятельности*.

Для устранения этихъ явленій, необходимо *усилить притокъ крови къ мозгу и поднять дѣятельность сердца*. Мы поступаемъ такъ: подушка *удаляется* изъ-подъ головы, такъ что *голова лежитъ на одномъ уровнѣ съ туловищемъ*, или опускается *ниже*; затѣмъ, на голову и на область сердца накладываются полотенца, смоченныя *въ горячей водѣ* и слегка выжатыя. Вода берется настолько горячая, насколько можетъ

вытерпѣть рука; полотенца, по мѣрѣ охлажденія, замѣняются другими. Во избѣжаніе быстрого охлажденія полотенецъ, слѣдуетъ прикрывать ихъ чѣмъ либо сверху или пользоваться *мѣшкомъ съ горячей водой*. Затѣмъ, для усиленія притока крови къ мозгу, полезно *поднять ноги* почти вертикально: къ этому можно присоединить *бинтованіе* конечностей *фланелевымъ*, или эластическимъ бинтомъ (аутотрансфузія); но при этомъ необходимо обращать вниманіе на состояніе венъ конечностей (*varices*), имѣя въ виду возможность (и опубликованные случаи) образованія эмболіи. Въ такихъ сомнительныхъ случаяхъ лучше не прибѣгать къ бинтованію, въ особенности эластическимъ бинтомъ. Кстати сказать, болѣе или менѣе *продолжительное* бинтованіе вообще *плохо переносится*, и больныя, приходя въ сознаніе, начинаютъ жаловаться на непріятныя ощущенія въ нижнихъ конечностяхъ. Изъ фармацевтическихъ средствъ показано примѣненіе летучихъ, быстро дѣйствующихъ возбуждающихъ средствъ (*эфиръ, камфора, мускусъ*; за неимѣніемъ ихъ—*коньякъ* и т. п.), и лучше всего въ формѣ подкожныхъ впрыскиваній. Я употребляю растворъ *камфоры* въ *эфирѣ* (camph. 1,25, aether. sulph. 30) или въ *маслѣ* по полному шприцу, по 5—10—15 мин., смотря по надобности. Количествомъ и частотой впрыскиваній особенно стѣсняются не слѣдуетъ. Мѣсто укола—почти безразлично. Однако, лучше *избѣгать* впрыскиванія *въ область предплечья*, такъ какъ послѣ такихъ впрыскиваній описаны случаи *паралича* или пареза срединнаго нерва ¹⁾.

Кромѣ этихъ средствъ, прекрасное дѣйствіе оказываетъ подкожное, гесп., внутри-венное *вливаніе* (стерилизованнаго) физиологическаго раствора поваренной соли, нагрѣтаго до 38° С. Вливаніе дѣлается при помощи обыкновеннаго шприца (въ 100—200 граммъ емкости), или аппаратомъ *Potain'a*; игла *толще* и *длиннѣе правцаевской*, вкалывается въ мѣста, богатая клѣтчаткой (передняя поверхность груди—область *m. pectoral. major.*, нижняя часть живота, бедра и т. п.), и жидкость вводится подъ равномернымъ давленіемъ. На мѣстѣ вливанія образуется *припухлость*, которую въ теченіе нѣкотораго времени *массируютъ*. Такихъ вливаній можно

¹⁾ *Th. Feaux*, „Centrbl. f. Gyn.“, 1891, № 46.

сдѣлать *нѣсколько* и чрезъ небольшіе промежутки. Общее количество влитой жидкости можетъ быть 300—400 гр. и больше. По мѣрѣ улучшенія пульса и проясненія сознанія, подкожныя впрыскиванія (лѣкарственныхъ веществъ) и вливанія (раствора соли) прекращаются. Въ тѣхъ случаяхъ, когда *чистота* раствора поваренной соли представляется *сомнительной*, или его приходится готовить *ex tempore* при неблагопріятныхъ условіяхъ (въ частной практикѣ), и подкожное введеніе можетъ оказаться небезопаснымъ, можно пользоваться вливаніемъ горячаго солянаго раствора въ *прямую кишку*. Вливанія дѣлаются изъ обыкновенной воронки, геср., оросителя, и притомъ медленно. Количество жидкости можетъ быть весьма различно и должно сообразоваться съ обстоятельствами случая; во всякомъ случаѣ *заразѣ* не слѣдуетъ вводить много жидкости, во избѣжаніе слабительнаго дѣйствія. По введеніи 200—300 гр. (1—1½ стак.) на нѣкоторое время лучше прекратить вливаніе. Въ случаѣ надобности, мы охотно повторяемъ эти вливанія *нѣсколько разъ* въ первые часы послѣ бывшаго кровотеченія; къ раствору мы нерѣдко прибавляемъ *коньякъ*, какъ возбуждающее. *Днѣствіе* такихъ *вливаній* *сказывается* довольно *скоро* — поднятіемъ пульса, улучшеніемъ общаго состоянія и пр. Примѣровъ благотворнаго дѣйствія вливаній солянаго раствора въ кишку при послѣродовыхъ (и другихъ острыхъ) кровотеченіяхъ описано довольно много (*Нейштубе, Austin E. Reynolds, С. С. Холмогоровъ* и др.). Лично я много лѣтъ уже прибѣгаю къ этимъ вливаніямъ и множество разъ видѣлъ несомнѣнную пользу, а потому и Вамъ настоятельно рекомендую испытать ихъ.

Въ первое время послѣ обильной потери крови больныя особенно жалуются на (нестерпимыя иногда) *головныя боли*; въ этихъ случаяхъ, прикладываніе *горячихъ компрессовъ*, или *пузыря* съ *горячей водой* къ головѣ и *опій* внутрь, въ *не* слишкомъ *малыхъ* дозахъ, давали мнѣ удовлетворительные результаты, рѣзко улучшая самочувствіе больныхъ. Сильная жажда утоляется обильнымъ количествомъ горячаго питья (чай), даваемого не сразу. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больныя предпочитаютъ негорячія жидкости. Отличнымъ подспорьемъ, унимающимъ жажду, служатъ тѣ же вливанія соляныхъ растворовъ въ кишку.

Поврежденія мягкихъ частей родового канала и оперативное ихъ лѣченіе.

О разрывѣ матки (ruptura uteri) и отрывѣ ея отъ сводовъ (colporrhexis) мы уже говорили раньше. *Относящіяся же сюда поврежденія родовыхъ путей могутъ быть: или на шейкѣ матки, или въ рукавъ, или на наружныхъ половыхъ частяхъ.* Операции, показанныя при этомъ, будутъ—*trachelocolpo-perineorrhaphia.*

Поврежденія **шейки** могутъ быть весьма различныя, начиная съ ничтожныхъ поверхностныхъ *надрывовъ по бокамъ зѣва* до весьма глубокихъ *разрывовъ влагалищной части и шейки*, при чемъ разрывъ проникаетъ черезъ слизистую въ сводъ и даже въ окологеечную клѣтчатку. Иногда разрывъ уклоняется въ сторону и идетъ поперечно, такъ что та или другая губа (чаще передняя) виситъ въ видѣ лоскута какъ бы на ножкѣ. Эти поврежденія сопровождаются нерѣдко весьма опасными для жизни *кровотеченіями* и подаютъ поводъ къ послѣдовательному заболѣванію вскорѣ, или долго спустя, послѣ родовъ. Лучшимъ способомъ **лѣченія** будетъ *зашиваніе* разрыва, resp., *возстановленіе нарушенныхъ нормальныхъ отношеній.* Поступаютъ такъ: уложивъ родильницу какъ для обыкновенной гинекологической операци и позаботившись о достаточномъ *освѣщеніи* (что весьма важно), промываютъ рукавъ и вводятъ ложкообразное *зеркало*; передній подъемникъ большею частью не нуженъ, боковыя могутъ потребоваться чаще. Помощникъ низдавливаетъ матку черезъ брюшные покровы книзу; при этомъ, вслѣдствіе рыхлости тканей, влагалищная часть опускается весьма низко, и нерѣдко губы ея показываются extra part. Очистивъ (ку-

сками ваты, марли) операционное поле и ориентировавшись при помощи пулевыхъ, resp., музейскихъ, щипцовъ, относительно глубины и протяженія разрыва, состоянія его краевъ и пр., лучше всего захватить *объ* губы у периферіи будущаго зѣва пулевыми щипцами; потягивая за нихъ, Вы получаете рану съ параллельными краями. Зашиваніе нужно начинать сверху внизъ. Я всегда употребляю для этого *кривыя иглы, иглодержатель и шелкъ*. Въ виду безболѣзненности или ничтожной болѣзненности операциі, *наркозъ* становится *излишнимъ*, тѣмъ болѣе, что оперировать приходится подчасъ на обезкровленныхъ больныхъ, иногда исключительно съ кровостанавливающей цѣлью. *Вколъ* и *выколъ* дѣлаютъ такимъ образомъ, чтобы *игла* проходила почти черезъ *всю толщю стѣнокъ* шейки, но *подъ слизистой* канала, то есть *не* вдаваясь въ его *просвѣтъ*. Въ спѣшныхъ случаяхъ (кровотеченіе) и при трудности различить границы тканей шейки отъ слизистой (ушибъ краевъ и т. п.), не будетъ большой погрѣшностью, если въ шовъ захвачена будетъ и слизистая шейки. Слѣдуетъ помнить, что иногда разрывъ шейки идетъ глубже (выше), чѣмъ разрывъ свода; въ такихъ случаяхъ, при разведеніи щипцами краевъ разрыва, конца его (угла) обыкновенно не видно; нужно сильно натянуть щипцами губы, чтобы сдѣлать его доступнымъ глазу и провести чрезъ края разрыва (у угла) шовъ именно въ этотъ моментъ, то есть при значительномъ натяженіи губъ. Если бы и при этомъ уголъ разрыва (конецъ его) все еще не былъ видимъ, слѣдуетъ войти въ разрывъ пальцемъ и, дойдя до его конца, наложить первый шовъ подъ руководствомъ пальца. Въ противномъ случаѣ можетъ быть, что хотя разрывъ и зашитъ на всемъ видимомъ протяженіи, тѣмъ не менѣе глубже лежащая часть краевъ разрыва осталась несоединенною, и кровотеченіе можетъ не быть остановлено. По наложеніи шва, его тотчасъ завязываютъ. Слѣдующій шовъ накладываютъ на известномъ отдаленіи (1—1,5 с.); въ промежуткѣ между ними, въ случаѣ зіянія краевъ, накладываютъ поверхностные швы. Я не накладываю швовъ особенно густо, имѣя въ виду послѣродовую инволюцію матки. Зашивъ разорванна мѣста (съ одной или двухъ сторонъ), нитки коротко обрѣзаютъ. Дальнѣйшій уходъ почти не разнится отъ обыкновеннаго ухода въ послѣродовомъ періодѣ при фізіологическихъ родахъ. Швы уда-

ляютъ не ранѣе $\frac{1}{2}$ второй недѣли, иногда и много позже. Въ виду того, что эта операція безболѣзненна, элементарно проста и легко выполнима въ теченіе нѣсколькихъ минутъ, по мнѣнію моему, нужно принять за *правило*, — въ случаѣ сколько нибудь значительныхъ разрывовъ шейки, *зашивать* ихъ тотчасъ *послѣ родовъ*, а не предоставлять произвольному заживленію, во избѣжаніе болѣе легкой возможности инфекціи, образованія безобразныхъ рубцовъ и т. п.

Разрывы **рукава** чаще всего встрѣчаются въ *нижней трети* его по *задней стѣнкѣ*—или въ видѣ самостоятельнаго поврежденія, или комбинируются съ разрывомъ промежности (*ruptura septi rectovaginalis*). Разрывъ *передней стѣнки*—несравненно рѣже ¹⁾. Относительно рѣдко также встрѣчаются разрывы *сводовъ* рукава. Всѣ эти разрывы, а въ особенности послѣдніе, хотя и потеряли свой грозный характеръ, при *асептическомъ веденіи* родовъ и заживаютъ произвольно (или при тампонаціи) довольно удовлетворительно, тѣмъ не менѣе и для нихъ лучшимъ способомъ *лѣченія* должно считаться *зашиваніе*, по легко понятнымъ причинамъ. Обнаживъ зеркаломъ операціонное поле и тщательно очистивъ его, прилаживаютъ края разрыва другъ къ другу, для чего приходится нерѣдко подтягивать ихъ крючками или пулевыми щипцами (по причинѣ ретракціи тканей и смѣщенія лоскутовъ), затѣмъ накладываютъ узловатый (шелковый) шовъ. *Объ отрывѣ сводовъ* см. стр. (359).

Еще съ большей настойчивостью и педантизмомъ я рекомендую этотъ способъ лѣченія въ случаяхъ **наружныхъ поврежденій**, такъ какъ произвольное заживленіе ихъ подвержено гораздо большимъ случайностямъ. Слѣдовательно, всякій *разрывъ промежности, половыхъ губъ* и пр. *долженъ быть зашиваемъ*. Это не можетъ встрѣтить серьезныхъ возраженій. Могу удостовѣрить по собственному опыту, что въ частной практикѣ получить согласіе на эту маленькую операцію легко удается; тѣмъ болѣе, что сама операція въ сущности мало болѣзненна; только проведеніе швовъ чрезъ кожу и въ области ладьеобразной ямки вызываетъ боль,

¹⁾ Я видѣлъ разрывъ передней стѣнки въ продольномъ направленіи при употребленіи прямыхъ щипцовъ (проф. *И. П. Лазаревича*), наложенныхъ въ *прямомъ* размѣрѣ таза на высокостоящую головку.

которая, однако, совсѣмъ не такъ велика, чтобы изъ-за нея стоило наркотизировать больную. Хорошія услуги можетъ оказать мѣстное обезболиваніе, напр., впрыскиваніе подъ кожу 1⁰/₀ горячаго до 50° Ц. раствора Еусані-β. Впрочемъ, у нервныхъ, не въ мѣру впечатлительныхъ и прямо капризныхъ особъ, недоступныхъ разумному внушенію, приходится прибѣгать къ наркозу, и не столько для подавленія чувства физической боли, сколько для „успокоенія“ больной. Не разъ приходилось видѣть, что въ такихъ случаяхъ хлороформный наркозъ, примѣняемый въ самыхъ малыхъ дозахъ, такъ сказать „для видимости“, дѣйствуя успокоительно на психическую сферу оперируемой, оказывался вполне достаточнымъ.

Операція производится слѣдующимъ образомъ. Уложивъ родильницу на поперечную кровать, приспособивъ ногодержатель, или поручивъ помощнику удерживать ноги и позаботившись о достаточномъ освѣщеніи, приступаютъ къ *осмотру раны*. Половая щель, обыкновенно, зияетъ; при оттягиваніи тканей пальцами, по направленію къ сѣдалищнымъ буграмъ, удается хорошо осмотрѣть глубину раны, а, приподнявъ переднюю стѣнку рукава, въ случаѣ надобности, подъемникомъ,—прослѣдить и направленіе и длину разрыва по задней стѣнкѣ рукава. Слѣдуетъ замѣтить здѣсь, что, обыкновенно, разрывъ по стѣнкѣ рукава не составляетъ прямого продолженія линіи разрыва наружныхъ покрововъ и fossae navicularis, а уклоняется въ какую либо сторону (чаще лѣвую), вслѣдствіе чего columna rigarum задней стѣнки выдается въ видѣ языкообразнаго лоскута и иногда, вслѣдствіе ретракціи, отходитъ кверху, увеличивая зяніе раны и обусловливая неправильное очертаніе краевъ разрыва. Если вытекающая изъ только что родившей матки кровь заливаетъ операціонное поле и мѣшаетъ надлежащимъ образомъ ориентироваться, то я совѣтую положить въ рукавъ временный тампонъ съ ниткой, который по окончаніи операціи (легко) удаляется. Обмывъ и очистивъ хорошенько поверхность и окружность раны (mesonіum, vernix caseosa, обрывки оболочекъ, кровяные свертки и пр.), захватываютъ пулевыми щипцами верхній (рукавной) уголь разрыва, выравниваютъ, въ случаѣ надобности, края разрыва, удаляя ножницами клочья разможженной ткани, и накладываютъ

(на разрывъ *рукава*) узловатый шовъ слѣва направо. Вколы и выколы, а равно и количество ткани, захватываемой въ шовъ, сообразуются съ глубиной разрыва, состояніемъ краевъ и проч. Принципіально слѣдуетъ стремиться къ возможно тѣсному соединенію раневыхъ поверхностей и къ отсутствію кармановъ и возможно меньшему напряженію тканей. Всѣмъ этимъ условіямъ въ совершенствѣ удовлетворяетъ примѣненіе погружного шва (изъ оленьихъ сухожилій, кѣтгута, тонкаго шелка). При сколько нибудь значительномъ разрывѣ (resp., величинѣ площади раны), я настоятельно рекомендую употреблять погружные швы. Наложеніе ихъ совершается, по мѣрѣ надобности, въ одинъ или нѣсколько этажей, въ зависимости отъ величины площади раны и степени ея расхожденія. Накладывая шовъ, нужно захватывать такое количество тканей, чтобы при завязываніи не было слишкомъ значительнаго напряженія. Лучше, поѣтому, иногда вмѣсто одного шва наложить нѣсколько; тогда прилеганіе поверхностей раны другъ къ другу будетъ болѣе тѣсное и равномерное. Обыкновенно, на разрывъ *рукава* не приходится накладывать погружныхъ швовъ; для правильнаго соединенія (и безъ напряженія) краевъ раны достаточно однихъ поверхностныхъ и глубокихъ шелковыхъ швовъ. Я накладываю рядъ глубокихъ и поверхностныхъ швовъ такимъ образомъ, что сначала—два шва глубокихъ, потомъ между ними поверхностный и т. д. По наложеніи первыхъ швовъ, пулевые щипцы снимаются, и удерживаніе (натягиваніе) совершается за концы нитокъ послѣдняго и предпослѣдняго швовъ. Особенно тщательно нужно соединять раневыя поверхности въ области *introitus vaginae*. И здѣсь погружной шовъ оказываетъ драгоцѣнныя услуги; при его помощи удается хорошо приладить разорванныя поверхности, методически сшивая однородныя ткани другъ съ другомъ, на примѣръ разорванныя пучки мышцъ (*constrictor cunni*, *transversus perinei* и пр.), которые въ свѣжей ранѣ можно распознать. Точно такой же шовъ я накладываю и *въ толщѣ* самой *промежности*. Послѣ наложенія нѣсколькихъ швовъ въ глубинѣ раны, внѣшній видъ поврежденія рѣзко измѣняется. Первоначально зіявшая рана, казавшаяся очень большой, поразительно уменьшается; получается хорошо образованное, солидное „тѣло“ *промежности* (*corpus perinei*),

надъ которымъ теперь остается только соединить нѣсколькими швами края раны со стороны слизистой *входа*, со стороны *ладьеобразной ямки* и со стороны *кожныхъ покрововъ* промежности. Наружные швы на промежность накладываются, начиная съ нижняго (задняго) угла раны. Игла проводится въ толщѣ новообразованной промежности; вколъ и выколъ—на одинаковомъ разстояніи отъ краевъ разрыва (на 1—3 милл.): не завязывая перваго шва, проводятъ 2-й, 3-й и т. д. глубокіе швы; верхній изъ нихъ лежитъ на разстояніи 0,5 сант. отъ верхняго края разрыва (resp., уздечки). Завязываніе швовъ идетъ въ порядкѣ ихъ наложенія—снизу вверхъ (сзади напередъ). Между глубокими швами накладываются иногда поверхностные. Затѣмъ, поверхностными тонкими швами закрываютъ разрывъ въ области уздечки и ладьеобразной ямки.

При **полномъ разрывѣ промежности**, то есть при разрывѣ заднепроходнаго жома и передней стѣнки прямой кишки, нужно превратить *полный* разрывъ въ *неполный*. Для этого, прежде всего возстанавливается цѣлость передней стѣнки кишки и жома; это легко достигается наложеніемъ узловатаго или, такъ называемаго, непрерывнаго шва. Я предпочитаю, однако, узловатые *швы* и накладываю ихъ или изъ оленьихъ сухожилій, или изъ кѣтгута. За неимѣніемъ этихъ матеріаловъ, можно пользоваться и *тонкимъ шелкомъ*. Само собою разумѣется, что эти швы должны быть „погруженными“ (*fils perdues*). Зашиваніе начинается съ верхняго края разрыва кишки; игла вкалывается немного отступя отъ края разрыва кишки (3—4 миллим.) и выкалывается почти у края разрыва съ такимъ расчетомъ, чтобы петля шва проходила въ подслизистой ткани, а отнюдь *не* проникала чрезъ слизистую, то есть въ *просвѣтъ* кишки, во избѣжаніе загрязненія, resp., зараженія канала шва (со стороны кишки). На другой сторонѣ разрыва кишки (справа) игла проводится въ обратномъ направленіи. Каждый шовъ завязывается отдѣльно, концы коротко обрѣзываются, узлы, конечно, смотрятъ въ глубину раны. Такимъ образомъ, шовъ за швомъ, зашивается разрывъ кишки и сфинктера. Если для погружнаго шва были взяты оленьи сухожилія или кѣтгутъ, то на край разрыва жома, для прочности, я рекомендую наложить 1—2 тонкихъ шелковыхъ шва. По наложеніи послѣдняго

шва на край разрыва жома, *полный* разрывъ промежности превращается въ *неполный*, который и зашивается вышеизложеннымъ образомъ.

По окончаніи зашиванія, вынимается тампонъ, операционное поле обсушивается, иногда опудривается ксероформомъ, и больная со связанными ногами укладывается въ постель. *Положеніе* больной можетъ быть или *на спину*, или *на боку*. Дальнѣйшій *уходъ* за оперированной состоитъ въ *поддержаніи* надлежащей *чистоты* и опрятности, какъ послѣ правильныхъ родовъ. Мочиться больной можно позволять и самой, только передъ этимъ слѣдуетъ кускомъ ваты и вощанки закрыть зашитыя мѣста. Послѣ каждаго мочеиспусканія зашитая рана обсушивается, (въ случаѣ надобности) обмывается и опудривается ксероформомъ. Спринцеваній рукавныхъ я, обыкновенно, не назначаю. На 4—5 день дается слабительное; въ случаяхъ *полныхъ* разрывовъ промежности первое *испращеніе* выгоднѣе вызвать *позже* и *предослать* ему небольшую *масляную клизму*. Въ этихъ видахъ полезно назначать соотвѣтственный пищевой режимъ. Нѣкоторые *предпочитаютъ* съ перваго же дня давать легкія *слабительныя*. Что всѣ манипуляціи въ кишкѣ, рукавѣ и на промежности, необходимыя при *уходѣ*, должны дѣлаться весьма осторожно,—разумѣется само собою. Швы снимаются *не всѣ въ одно* время. Наружные швы (промежностные), какъ болѣе доступные внѣшнимъ вліяніямъ, я удаляю на 5—6 день; влагалищные—гораздо позже (1½—2 нед.). Родильница остается въ постели, обыкновенно, не дольше 9-го дня.

Относительно *центральныхъ* разрывовъ промежности я совѣтую поступать такъ же, какъ и съ обыкновенными *неполными* разрывами, предварительно превративъ ихъ въ *таковые разрывомъ* оставшагося передняго *мостика*.

По поводу этой операціи остается сказать еще нѣсколько словъ относительно *времени*, когда слѣдуетъ приступать къ зашиванію. Если кровотеченія нѣтъ, и матка хорошо сократилась, можно приступить къ операціи *немедленно*; въ противномъ случаѣ, нужно позаботиться о тщательной остановкѣ кровотеченія.

Установить самый *поздній* послѣ родовъ *срокъ*, когда можно предпринимать операцію *съ надеждою на устья*, довольно трудно; я, лично, зашивалъ промежности вполне

успѣшно—одинъ разъ спустя 14 часовъ, другой разъ—спустя сутки. Здѣсь, безъ сомнѣнія, многое зависитъ отъ состоянія самой раны (отсутствіе зараженія раны и т. п.).

Относительно **предсказанія** можно утверждать, что въ настоящее время заживленіе *per primam* составляетъ *правильно*, изъ котораго, однако, могутъ быть и исключенія. При отсутствіи зараженія и при соблюденіи вышеозначенныхъ правилъ, полной безуспѣшности, обыкновенно, не бываетъ; чаще встрѣчается относительная неудача, въ видѣ расхожденія краевъ раны на протяженіи 1—2-хъ (кожныхъ) швовъ, съ послѣдующимъ заживленіемъ вторичнымъ натяженіемъ.



акusher-lib.ru

Алфавитный указатель.

А.

- Abortus artificialis, 76.
Achsenzugzange, 264.
Аккомодационная способн. головки, 174.
Акушерскій поворотъ. 133.
Акушерскіе щипцы, 223.
Amelus (отсутствие ногъ), 179.
Амутация надвлагалищная по поводу послѣродовыхъ кровотеченій, 485.
— по поводу задержанія послѣда, 464.
Analeptica, 32.
Аневризма брюшной аорты плода, какъ причина затрудненія при извлеченіи туловища плода, 287.
Антисептика, 18.
Applicatio forcipis, 231.
Аппаратъ д-ра Морозова при задержаніи разлагающихся частей послѣда, 458.
Arotheter Braun'a, 468.
Асептика, 17.
Атропинъ, 456.
Аутоотрансфузія, 487.

Б.

- Баллонъ резиновый для возбужденія преждевременныхъ родовъ, 51.
Basiotrib Tarnier'a, 320.
Беременность вѣнматочная, какъ показаніе къ чревосѣченію, 400.

- Болѣзни беременныхъ, какъ показаніе къ искусственному выкидышу, 90.
Брефотомъ, 336.
Бужъ эластическій для возбужденія преждевременныхъ родовъ, 41.

В.

- Введеніе руки при поворотѣ, 139.
— руки для удаленія свертковъ крови, 478.
— ложекъ щипцовъ, 232.
Versio obstetricia, 133.
Влагалищное кесарск. сѣченіе, 113.
Внутренній акушерскій поворотъ, 133.
Внутрибрюшинный способъ операціи Porro, 372.
Внутриматочныя спринцеванія при послѣродовыхъ кровотеченіяхъ, 473.
Внѣбрюшинный способъ операціи Porro, 372.
Вода для промыванія полости матки, 473.
Водянка яйца (hydramnion), 72.
— брюшной полости плода, какъ причина затрудненія при извлеченіи туловища плода, 287.
Восналеніе почекъ въ отношеніи искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ, 61.
— искусственнаго выкидыша, 93.

Восходящій душъ для возбужденія преждевременныхъ родовъ, 55.
Вправление пуповины, 465.
— при выпаденіи ея ручное, 466.
— инструментальное, 468.
Впрыскиваніе жидкости въ полость матки для возбужденія преждевременныхъ родовъ, 46.
— t-rae jodi, 477
— полуторохлористаго желѣза, 477, 483.
— подкожное (эонра съ камфорой), 478.
— соляно-кислаго пилокарпина для вызванія преждевременныхъ родовъ, 60.
— физиологическ. раствора NaCl, при остромъ малокровіи мозга и упадкѣ сердечной дѣятельности, въ зависимости отъ послѣродовыхъ кровотеченій, 487.
— морфія, 473.
Вскрытіе брюшной полости при кесарск. сѣченіи (1-й моментъ), 355.
— полости матки и плоднаго яйца при кесар. сѣченіи (2-й моментъ), 357.
— яйцевой полости для возбужденія преждевременныхъ родовъ 40.
Вставленіе плечъ во входъ въ тазъ въ прямомъ размѣрѣ, 285.
Вторичныя (позднія) кровотечения, 439.
Выборъ времени для акушерскихъ операцій вообще, 27;— для возбужденія преждевременныхъ родовъ, 63;— для возбужденія искусственнаго выкидыша, 86;— для прободенія, 326;— для кесарскаго сѣченія, 387;— для зашиванія промежности, 495;— для симфизеотоміи, 417.
— руки при поворотѣ, 137.
— ножки при поворотѣ вообще, 141.

Выборъ ножки при поворотѣ при узкихъ тазахъ, 134.
Выворотъ (искусственный) матки при кровотеченияхъ, 483.
Выдѣленіе послѣда, 463.
Выжиманіе плода, 289.
Выкидышъ искусственный, 76;—собы производствa его, 87;— показанія къ нему, 88.
Выламываніе костей черепа, 316.
Выпаденіе конечностей въ отнош. къ повороту на ножки, 170.
— пуповины, 466;— въ отношеніи поворота на ножки, 170;— какъ показаніе къ операциі извлеченія, 217.
— какъ показаніе къ повороту, 170.
Выпаденіе ручки, 148.
Вырѣзываніе беременной матки по поводу рака, 379.
Выскабливаніе слизистой матки по поводу вторичныхъ послѣродовыхъ кровотеченій, 459.

Г.

Gastro-elytrotomia (операція Ritgen'a) 377.
Hydramnion, 72.
Hyperemesis gravidarum, какъ показаніе къ операциі искусственнаго выкидыша, 90.
Hysterostomatoma sub partu, 107.
Гипсовая повязка при симфизеотоміи, 427.
Головоизвлекатели (tire-têtes), 309.
Горячая вода— при внутриматочныхъ спринцеваніяхъ, 473.
Губки— прессованныя— для возбужденія преждевременныхъ родовъ, 72— при выпаденіи пуповины, 469;— при атоническомъ кровотеченіи, 478.

Д.

Двойной поворотъ, 157.

Двуюдистая ргуть; 353.
Дезинфекція рукъ и операціоннаго поля, 18.
Desaripatio, 330.
Diruptio velamentorum, 39.
Dystocia foetalis spastica, 179.
Дѣйствіе внутриматочныхъ спринцеваній, 473.

Е.

Ecbolica s. abortica (remedia), 87.
Embryotomia, 329.
Endometritis sub partu, какъ показаніе къ прободенію, 326.
Ergotin при кровотеченіи вслѣдствіе задержанія послѣда, 462;—при атоническомъ кровотеченіи, 482.
Episiotomia, 122.
Excerebratio, 307.
Exenteratio, evisceratio, eventeratio, embryulcia, 341.
Extractio foetus, 187.
Extractio placentae, 463.

Ж.

Жгутъ эластическій при кесарскомъ сѣченіи, 364;—возраженія противъ его примѣненія, 364;—цѣль его примѣненія, 365;—способъ обращенія при наложеніи его на матку, 367;—при снятіи его, 369.
Желѣзо полуторо-хлористое; впрыскиванія его въ полость матки, 477;—у гемофиловъ, 478.

З.

Заболѣванія (жѣстныя) половой сферы, какъ показаніе къ искусственному выкидышу, 94.
— плоднаго яйца (мухома chorii, hydramnion и др.), 96.

Задержаніе послѣда, 456.
Закись азота, 24.
Заразные формы (тифъ, пнеймонія, оспа и пр.) въ отношен. искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ, 65.
Затрудненія при операціи разрыва плоднаго пузыря, 101.
— въ 1-мъ момен. операціи поворота, 152—154.
— во 2-мъ момен. операціи поворота, 152.
— въ 3-мъ момен. операціи поворота, 155.
— при извлеченіи ручекъ, 196.
— при извлеченіи со стороны туповища, 287.
— при извлеченіи послѣдующей головки, 205.
— въ 1-мъ момен. операціи наложенія щипцовъ, 235;—во 2-мъ моментѣ, 236.
— въ 3-мъ моментѣ, 243.

Зашиваніе разр. промежности, 492.
Захватываніе ножки при поворотѣ, 143.
Зеркала американскія—при операціи преждевременныхъ родовъ и выкидыша, 82;—при разрывѣ оболочекъ яйца, 106;—при разрывѣ зѣва, 108;—при прободеніи головки, 305;—при эмбриотоміи, 341;—при выскабливаніи полости матки, 459;—при зашиваніи разрывовъ шейки, 489.
Зондъ маточный для возбужденія преждевременныхъ родовъ, 39;—искусственнаго выкидыша, 79.
Зѣвъ маточный;—судорожное сокращеніе его, 152;—зарощеніе его, 108, 110.

И.

Извлеченіе плода, 187;—условія для него 188;—показанія, 216;—предсказаніе, 217.

Извлечение плода—1-й мом. (извлечение до пупка), 189.
— 2-й мом. (до угловъ лопатокъ) 191.
— 3-й мом. (извлечение ручекъ), 194.
— 4-й мом.—извлечение послѣдующей головки, по способу Smellie, 199;—Smellie—Veit'a, 200;—по французскому способу (François Mauriceau и др.), 201;—по пражскому способу (Kiwich'a), 202;—по способу Wigand'a, 204;—затрудненія въ этомъ моментѣ, 205.
— послѣдующей головки въ заднемъ видѣ, 206;—при узкихъ, resp. плоскихъ тазахъ, по способу Trefurt'a и E. Martin'a, 207.
— туловища, 284;—затрудненіе при этомъ, 285.
— за одну ножку, 208.
— за ягодицы, 209;—при помощи крючка, 213.
— прободеннаго плода, 309.
— перфорированной головки, 312.
— отдѣленной головки, 337.
— плода при кесарск. сѣченіи, 360.
— послѣда при кесарск. сѣченіи, 361.
Инструменты Wenzel'я, Kluge (для возбужденія преждевременныхъ родовъ), 39.
Инструментъ (расширитель) Bossi, 115.
— и другія пособія, необходимыя для выполненія акушерскихъ операцій вообще, 31.
— и другія принадлежности для кесарскаго сѣченія, 353.
— для вправленія пуповины, 468.
Исторія оперативнаго акушерства, 1.
— операціи искусственнаго выкидыша, 78.

Операція craniotomi'и, 293.
— поворота, 133.
— кесарскаго сѣченія, 346.
— симфизеотоміи, 406.
— изобрѣтенія акушерск. щипцовъ, 219.
Ишіопубіотомія, 437.

I.

Іодъ (въ растворѣ), 477.
Іодоформная марля, 58, 479.

K.

Камни мочевого пузыря, какъ препятствіе для родовъ, 378.
Caput succedaneum, см. родовая опухоль.
Карболовая кислота (въ растворѣ) для спринцеванія, 475;—приготовленіе ея въ практикѣ, 475.
Carcinoma uteri, см. ракъ матки.
Катетеръ для возбужденія преждевременныхъ родовъ, 41;—для вправленія пуповины, 468.
Кесарское сѣченіе—историческ. очеркъ, 346;—приготовленія къ операціи, 352;—инструменты и проч. принадлежности, 353;—1-й мом., 355;—2-й, 357;—3-й, 360;—4-й, 360.
— показанія къ нему (безусловныя), 378;—относительныя, 383.
— предсказаніе при немъ, 395.
— время, когда слѣдуетъ приступить къ операціи, 387.
Кесарское сѣченіе на жертвой, 396.
— въ агоніи, 397.
— влагалищное, 113.
Кефалотрипсія, 317.
Кефалотрибъ Baudelocque'a, 317;
— прижнненіе его, 318.
Кисты яичниковъ и широкихъ связокъ, какъ показаніе къ искусственному выкидышу, 95.

Cleidotomia, 339.

Клизма изъ хлораль-гидрата, 456;—
масляная, 495;—изъ t-rae opii, 456.

Кольейринтеръ (Braun'a) для воз-
бужденія преждеврем. родовъ, 58.

Colporrhoeis, 404.

Комбинація симфизеотоміи а) съ кефа-
лотрипсией и в) съ вызываніемъ пре-
ждевременныхъ родовъ, 429.

Conglutinatio oris uteri, 110.

Костные щипцы, 317.

Косыя положенія, какъ показаніе къ
повороту, 169.

Краниокласть, 310.

Cranioclasia, 316.

Кроніотракторъ, 317.

Краниотомія, 292;—историческ. очеркъ,
293;—цѣль операци, 295;—наборъ
инструментовъ, 296;—показанія,
321;—предсказаніе, 328;—выборъ
времени, 326.

— при лицевыхъ положеніяхъ,
314.

— послѣдующей головкѣ, 314.

— при низкомъ стояніи, 296.

— при головкѣ высокостоящей,
302.

— при помощи американск. зер-
кала, 305.

Кровотеченія въ отношеніи искусствен-
наго возбужденія преждевременныхъ
родовъ, 72.

— атоническое, 472.

— отъ преждевременнаго отдѣле-
нія дѣтскаго мѣста, 103.

— изъ наружныхъ половыхъ ор-
гановъ, 486.

— изъ разрывовъ шейки, 485.

— тотчасъ послѣ родовъ — изъ
полости матки, 471.

— вторичныя (позднія) кровоте-
ченія, 481.

— какъ показаніе къ извлеченію,
216.

Кровотеченія, какъ показаніе къ щип-
цамъ, 277.

Крючекъ декапитационный Braun'a,
330.

— тупой для извлеченія за яго-
дицы, 213.

Л.

Лапаротомія, см. чревосеченіе.

Laparocelyphoectomy, 403.

Linea sternoclytoridea, 420.

Лицевыя положенія, какъ показаніе къ
повороту на ножки, 169.

— по отношенію къ щипцамъ, 247.

— къ краниотоміи, 314.

Лимонъ при послѣродовыхъ кровоте-
ченіяхъ, 479.

Ложка для разрушенія мозга, 308.

Лонное хрящеразсѣченіе, см. symphy-
seotomia.

Ляминаріи для возбужденія прежде-
временныхъ родовъ, 55.

М.

Малокровіе мозга,—острое при послѣ-
родовыхъ кровотеченіяхъ, 487; по-
собія при этомъ, 487.

Массажъ матки (при задерж. послѣда),
473.

Матеріалъ для швовъ—при кесарскомъ
сѣченіи, 353;—при симфизеотоміи,
425.

Методъ антисептической, 17.

— асептической, 17.

Metreuryisis, 119.

Моменты поворота на ножки, 139, 141,
145.

— наложенія щипцовъ, 232, 234,
238, 245.

— кесарскаго сѣченія, 355, 357,
360.

Морфій, 23, 32, 473.

Мухома chorii, 96.

Н.

- Наборъ акушерскій, 31.
Надвлагалищная ампутація матки при задержаніи послѣда, 465;—при кровотеченіи послѣ родовъ, 484.
Назначеніе и дѣйствіе щипцовъ, 227.
Наложеніе жгута на матку при кесарскомъ сѣченіи, 382;—петли на ножку, 156.
Наркозъ, 21;—смѣшанный, 23.
Narcotica, 32.
Насѣчки пружности по Ritgen'y, 123.
Недостаточность родовой дѣятельности, какъ показаніе къ извлеченію, 216;—къ щипцамъ, 273.
Неправильное (поперечное и косое) положеніе плода, какъ показаніе къ повороту на ножки, 169.
Неукротимая рвота беременныхъ, какъ показаніе къ законному выкидышу, 90.
Новообразования въ отношеніи кесарскаго сѣченія, 378;—преждевременныхъ родовъ, 68.
Ногодержатель, 28.
Ножницы (Н. Феноменова), 336.
Нѣмецкій путь для отыскиванія ножекъ при поворотѣ, 142.

О.

- Обвитіе пуповины вокругъ шеи плода, 287.
Обеззараживаніе оператора и роженицы, 19.
Обмываніе рукъ хлорной водой, 16.
Ожога въ отношеніи искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ, 66;—карболовой кислотой при свринцеваніи, 475.
Omphaloproptosis, 465.
Omphalotacteterium, 468.

Omphalozoter, 468.

Oocystotomia, 39.

- Операция искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ, 38;—показанія со стороны матери, 61;—со стороны плода (resp., яйца), 67;—предсказаніе, 73.
— искусственнаго выкидыша, 76.
— показанія, 89;—предсказаніе, 88.
— разрыва плоднаго пузыря, 100;—показанія, 103.
— разрѣза маточнаго зѣва, 107;—показанія, 109.
— разрѣза половой щели, 122;—показанія, 125.
— наложенія щипцовъ, 219;—показанія, 273;—предсказаніе, 280.
— условія, 228.

Операции, уменьшающія объемъ плода, 292.

- помощью которыхъ родоразрѣшеніе совершается чрезъ искусственныя сдѣланные пути: кесарск. сѣченіе, 346; способъ Porro, 371;—внѣбрюшинный, 372; внутривнѣбрюшинный, 372;—способъ Frank'a, 375;—Ritgen'a, 377.

— въ послѣдовомъ періодѣ, 453.

Operatio Sigaultiana, s. Campre-riana, см. symphyseotomia.

Опухоли тазовыя, какъ показаніе къ симфизеотоміи, 429.

Остеомаляція, какъ показаніе къ преждевременнымъ родамъ, 71;—какъ показаніе къ симфизеотоміи, 428.

Отдѣленіе дѣтскаго мѣста, 437.

Отыскиваніе и захватываніе ножки, 141.

Отрывъ сводовъ рукава (Colporrhexis), 404.

П.

Partus arte praematurus, 38.

Переломъ ручки при затруднительномъ ея освобожденіи, 197.

- Перфораторъ, см. прободникъ.
- Перфорация, см. краниотомія.
- Петлеводы, 156.
- Петля при поворотѣ, 156.
- для извлечения за ягодицы, 215.
- Пила Gigli, 440.
- Пилокарпинъ для вызыванія преждевременныхъ родовъ, 60.
- Placenta accreta, partialis et totalis, 453.
- Поворотъ наружный, внутренний и наружно-внутренний, 133.
- историческій очеркъ, 135.
- приготовленіе, 137.
- выборъ руки, 137.
- условия для него, 138.
- выборъ ножки, 144.
- моменты: 1-й, 139;—2-й, 141;—3-й, 145;—затрудненія при нихъ, 147, 152, 155.
- двойной по способу Justine Siegmundin, 157.
- предсказаніе, 168.
- показанія, 169.
- на ягодицы, 178.
- на голову—наружный, 179;—наружно-внутренний, 183;—по способамъ: Hohlf'a, 183, C. Braun'a, Busch'a — d'Outrepont'a, Flaman'd'a и Ritgen'a, 184.
- показанія къ нему, 181;—условія, предсказаніе, 182.
- при выпаденіи пуповины, 159.
- при малораскрытомъ зѣвѣ, 163.
- при предлежаніи дѣтскаго мѣста, 163.
- послѣ прободенія, 178.
- по Braxton-Nicks'y, 164.
- условия для него, 162.
- Поврежденія рукава и матки при щипцахъ, 281.
- плода при щипцахъ, 282.
- при операціи извлечения, 218.
- мягкихъ частей родового канала и оперативное ихъ леченіе, 489.
- Повязка послѣ симфизеотоміи, 427.
- Поддерживаніе промежности при щипцахъ, 242.
- Позиціи, 238.
- Показанія къ акушерскимъ операціямъ вообще, 24.
- къ вправленію пуповины, 466.
- къ искусственному возбужденію преждевременныхъ родовъ со стороны матери, 61;—со стороны плода (гесп., яйца), 67.
- къ операціи искусственнаго выкидыша, 88.
- къ операціи разрыва плоднаго пузыря, 103.
- къ операціи разрыва маточнаго зѣва (hysterostomatomia), 109.
- къ операціи извлечения, 216.
- къ повороту на ножки, 169.
- къ повороту на ягодицы, 179.
- къ краниотоміи, 321.
- къ эмбриотоміи, 343.
- къ операціи извлечения, 188.
- къ наложенію щипцовъ, 273.
- къ кесарскому сѣченію, 378.
- къ чревоусѣченію, 403.
- къ симфизеотоміи, 428.
- Поперечныя положенія (залуценныя), какъ показаніе къ эмбриотоміи, 343;—къ повороту, 171.
- Послѣдующая головка, 199.
- Послѣдъ: искусственное выдѣленіе, вслѣдствіе задержанія его, 463;—удаленіе матки, вслѣдствіе задержанія его, 464.
- Послѣдствія—неблагоприятныя операціи наложенія щипцовъ, 281.
- Постель роженицы, 28;—продольная, поперечная, 231.
- Предлежаніе дѣтскаго мѣста — боковое, краевое и центральное, 159;—какъ препятствіе къ повороту на ножку, 159.

Предлежаніе дѣтскаго мѣста, какъ показаніе къ повороту, 171.
Предлежаніе пуповины, 465.
Предсказаніе при операціи искусственнаго выкидыша, 88.
— при поворотѣ на ножку, 168.
— при щипцахъ, 280.
— при перфораци, 328.
— при эмбриотоміи, 345.
— при искусственномъ возбужденіи преждевременныхъ родовъ, 73.
— при поворотѣ на головку, 178, 185.
— при кесарскомъ сѣченіи, 395.
— при извлеченіи плода, 217.
— при симфизеотоміи, 430.
Преждевременные роды, 38.
— способы возбужденія, 39.
— показанія къ нимъ со стороны матери, 61;—со стороны плода, 67.
Преждевременное отдѣленіе послѣда, какъ показаніе къ извлеченію, 216.
Приготовленія къ акушерскимъ операціямъ, 27.
— къ операціи наложенія щипцовъ, 231.
— къ опер. кесарскаго сѣченія, 352.
Прижатіе аорты, 480.
Пробоженіе головки при черепныхъ положеніяхъ, см. *craniotomia*.
Пробные щипцы при кесарскомъ сѣченіи, 388.
Прободникъ *Leisnig—Kiwisch'a*, 296.
— *Blot'a*, 299.
— *Н. Феноменова*, 301.
Промываніе (методическое) полости матки при задержаніи частей послѣда, 458.
Прохожденіе плечъ въ поперечномъ размѣрѣ полости и выхода таза по отношенію къ извлеченію туловища, 285.
Проектъ измѣненія операціи симфизеотоміи, 446.

Пубіотомія, 439.
Пузырь плодный (плоскій), 104.

Р.

Раздѣленіе плода на части, 329.
— позвоночника, 329.
Разрывы рукава, 491.
— симфизъ во время родовъ, 281.
— симфизы при извлеченіи щипцами (случай *Pinard'a*), 282.
— матки, какъ показаніе къ повороту на ножки, 171;—къ чревосѣченію, 403.
— плоднаго пузыря, 100.
— промежности, 491;—при щипцахъ, 281;—полные, 494;—центральные, 495.
— шейки матки: кровотеченіе при нихъ, лѣченіе ихъ, 489.
— оболочекъ яйца, 39.
Разрѣзъ маточнаго зѣва, 107;—показанія къ нему, 109.
— лоннаго соединенія, см. *symphyseotomia*.
— половой щели (*episiotomia*), 122.
Ракъ матки, какъ показаніе къ искусственному выкидышу, 95;—къ преждевременнымъ родамъ, 71;—къ кесарскому сѣченію, 378.
Расшиленіе головки, 319.
Растяженіе мочевого пузыря у плода, 287.
Расширеніе зѣва по способу *Bossi*, 115.
Родовая опухоль—при наложеніи щипцовъ, 261.
Ручное удаленіе послѣда, 435.

С.

Салфетки изъ бѣлой марли для удержанія и защиты внутренностей, 354.
Schlüsselhaken, 330.
Symphyseotomia, 406; историческій очеркъ, 406—416.
— условия для нея, 416.

Symphyseotomia, выборъ времени для производства, 417.

— производство операции, 419;— старые способы: Galbiati, Carbonai и Piccinini, 420;—1-й моментъ, 420; способы Pinarda, Morisani, A. Я. Красовскаго, Leopold'a, 421;— 2-й мом., 421;—способы: Morisani, Novi, Pinard'a, 421, 422; Leopold'a, 423;—3-й мом., 424; способъ Morisani, 424;— 4-й мом., 425.

— показанія къ ней, 428.

— предсказаніе для матери, 430;— для плода, 434.

Симфизеотомъ—G. P. Spinelli, 423.

Согласіе (свободное) роженицы — при кесарскомъ сѣченіи, 393;—при симфизеотоміи, 417.

Соскальзываніе щипцовъ, 244.

Spondylotomia, 341.

Спорынья—при послѣродовыхъ кровотеченіяхъ, 482;—при искусственномъ выкидышѣ, 79.

Способы искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ, въ которыхъ дѣйствіе направлено на само плодное яйцо, 39;—Macauly'a, Schell'я, Hopkins-Meissner'a, 39.

— при которыхъ раздражается сама внутренняя поверхность матки: Lehman'a, Simpson'a и Krause, Braun'a, 41; Cohen'a, 46; Лазаревича, 46; Ternier'a, 51; Barnes'a, 55; Pelzer'a, 41; Flatau, 51.

— исходная точка дѣйствія которыхъ заключается въ раздраженіи, resp. расширеніи, шейки матки: Brünningshausen-Kluge, 56; Busch'a, Mende, 56.

— дѣйствіе которыхъ основано на раздраженіи рукава, resp., его сводовъ: Kiwisch'a, 56, Scanzoni,

Schüller'a, Hüter'a, C. Braun'a, 56.

Способъ вызыванія искусственнаго выкидыша, 78.

— разрѣза половой щели (episiotomia), 122.

— отысканія ножки при поворотѣ, нѣмецкій и французскій, 142;— Levret-Deutsch'a, 152.

— поворота на головку: Hohl'я, C. Braun'a, Busch'a, d'Outrepont'a, Flamad'a, Ritgen'a, 183—184.

— освобожденія ручекъ (Н. Феноменова), 194.

— извлеченія послѣдующей головки: W. Smellie, 199; Smellie—Veit'a, 200; François Mauriceau, 200; пражскій, 202; Wiggand'a, 204.

— Trefurta и E. Martin'a для извлеченія послѣдующей головки при узкихъ, resp., плоскихъ тазяхъ, 207.

— прободенія головки при помощи зеркала, 305.

— наложенія щипцовъ, см. щипцы.

— наложенія краниокласта, 316.

— употребленія кефалотриба, 317.

— употребленія симфизеотома Spinelli, 424.

— производство кесарскаго сѣченія: классическій, 355; Porro, 352;— Frank'a, 375;—Ritgen'a, 377.

— производства симфизеотоміи, см. symphyseotomia.

— ображенія съ жгутомъ при наложеніи его на матку, 364;—при снятіи его, 369.

— Schroeder'a и Credé для выдѣленія послѣда, 434.

— дѣченія наружныхъ поврежденій, 492.

— при полномъ разрывѣ промежности, 494.

Спринцеваніе внутриматочное, 472.
Сращеніе дѣтскаго мѣста съ маткой, 440.
Статистика Morisani, 409; — Spinnelli, 409.
Steisszangen, 215.
Стерилизованная вода, см. вода.
Сшивание раны матки и брюшной стѣнки, 360.
Synchondrotomia, см. symphyseotomia.
Судорожное сокращеніе зѣва, 153.
Судема (при внутриматочныхъ спринцеваніяхъ), 475.

Т.

Тазы—узкіе, см. узкій тазъ;—кифотическіе, какъ показаніе къ симфизеотоміи, 428;—анкилотически-косо-сѣуженные, по отношенію къ симфизеотоміи, 415.
Тампонація влагалища для возбужденія преждевременныхъ родовъ, 58.
— матки при кесарскомъ сѣченіи, 368.
— при послѣродов. кровотеченіяхъ, 478.
— при искусственномъ выкидышѣ, 84.
Тесьма шелковая, 215.
Тракціи при извлеченіи головки щипцами, 232.
— въ 1-ой позиціи, 240.
— во 2-ой позиціи, 241.
— въ 3-й позиціи, 241.
Trachelorhekte, 334.
Transforateur Huberta, 321.
Трепановидный перфораторъ Leisnig-Kiwisch'a, 296.
Тунелло—для возбужденія преждеврем. родовъ, 62;—выкидыша—79.

У.

Удаленіе послѣда (ручное), 463.
Узкій тазъ, какъ показаніе къ возбужденію преждевремен. родовъ, 61;

Узкій тазъ, какъ показаніе къ наложенію щипцовъ, 278;—какъ показаніе къ выкидышу, 89;—какъ показаніе къ повороту на ножки, 171;—какъ показаніе къ кесарскому сѣченію, 378;—какъ показаніе къ симфизеотоміи, 428;—какъ показаніе въ отношеніи прохожденія подлежащей и послѣдующей головки, 170.

Уменьшеніе объема головки плода, 292.
— — туловища, 287.

Упадокъ сердечной дѣятельности при послѣродов. кровотеченіи и пособія при этомъ, 486.

Условія для поворота на головку, 182.
— для поворота на ножки, 138.
— для операціи извлеченія, 188.
— для наложенія щипцовъ, 228.
— для операціи симфизеотоміи, 416.

Уродства и заболѣванія плода, какъ показаніе къ эмбриотоміи, 344.

Устройство постели, 28.

Ущемленіе беременной матки при загибѣ назадъ, какъ показаніе къ искусственному выкидышу, 94;—какъ показаніе къ чревосѣченію, 404;—какъ показаніе къ симфизеотоміи, 430.

Ф.

Falcetta Galbiati, 420.

Фиброміомы матки въ отношеніи операціи искусственнаго выкидыша, 95.

Физиологическій растворъ NaCl: влияние его на матку, 475.

Forceps-scie Van Huevel'я, 319.

Французскій (длинный) путь для захватыванія ножки при поворотѣ, 142.

Х.

Хлороформъ, 23.

Холодная вода—при внутриматочных
сиринцеваниях, 473.

Хрящ лонного соединения; анатомо-
топографическія отношенія его, 422.

Ц.

Zangenrecht, 229.

Ч.

Чревосъченіе во время беременности,
400;—приготовленіе и обстановка
операци, 401;—показанія, 403;—
последовательное лѣченіе, 405.
— по поводу разрыва матки, 404.
— по поводу ущемленія матки при
загибѣ ея, 404.

Ш.

Шовъ при симфизеотоміи, 425.

Щ.

Щипцы акушерскіе: описаніе инстру-
мента, 223.
— французскіе, вѣмецкіе и англій-
скіе, 223.
— Simpson'a, 225;—Лазаре-
вича, 226.
— Tarnier'a, 264;—Breus'a,
266;—Полотебнова, 266.
— назначеніе и дѣйствіе ихъ, 227.
— условія ихъ наложенія, 228.
— приготовленія и производство
операци, 231.
— моменты операци: 1-ый, 232;—
2-й, 234;—3-й, 238;—4-й, 245.
— тракціи, 238, —пробная, 238, —
задача влеченія въ 1-й позиціи, —
240;—во 2-й поз., 241;—въ 3-й
поз., 241.
— затрудненія при извлеченіи въ
1-мъ моментѣ, 235;—во 2-мъ, 236;
— въ 3-мъ, 243.
— соскальзываніе, 244.
— при лицевыхъ положеніяхъ, 247.

Щипцы при заднихъ видахъ затылочн.
положеній, 245.

— при положеніи роженницы на
боку, 248.

— при косомъ или поперечномъ
стояннй головки, 250.

— исправленіе положеній высоко-
стоящей головки, 253.

— на головку, стоящую надъ вхо-
домъ, 261.

— съ осевыми тракціями, 264.

— ягодичные (Steisszangen), 215.

— пробные при кесарскомъ съче-
ніи, 273.

— на послѣдующую головку, 269.

— показанія при нихъ, 273.

— противопоказанія, 280.

— вредсказаніе, 280.

— послѣдствія (неблагопріятныя),
281.

— при асфиксіи плода, 274.

— при кровотеченіи, 275.

— при эклямпсіи;—повышеніи t⁰,
275;—узкомъ тазѣ, 276.

— по отношенію къ разрыву про-
межности, 281.

Э.

Эклямпсія, въ отношеніи возбужденія
преждевременныхъ родовъ, 61;—по-
ворота на ножки, 171;—наложенія
щипцовъ, 275;—извлеченія, 216;—
краниотоміи, 324.

Экстирпация матки чрезъ рукавъ по
поводу задержанія послѣда, 464.

Электричество для возбужденія прежде-
временныхъ родовъ, 59.

Эмбриотомія, 329;—показанія къ ней,
343;—предсказаніе, 345.

Эмбриотомъ Лазаревица, 336.

Эмбриотомъ—ножницы проф. Феноме-
нова, 336.

Эпизіотомія, 122.

Эготинъ, см. ergotin.

Эфирный наркозъ, 23.

Алфавитный указатель авторов.

А.

Aëtius, 77, 329.
Афанасьевъ, 51.
Агафоновъ, 274.
Ahlfeld, 73, 274, 416, 430.
Albarran, 430.
Anschütz, 32.
Аnsiaux, 413, 416.
Аристотель, 76.
Assalini, 309.

В.

Баландинъ, 45, 58.
Barnes, 55, 249, 478.
Bauchacourt, 419.
Baudelocque, 222, 230, 317, 349—
356, 389, 413—415, 416,
422, 439.
Bauhin, 348.
Baumh, 421.
Beaucamp, 375.
Бидеръ, 70, 290, 291, 412.
Biermer, 415, 416.
Blot, 31, 299.
Boekelman, Corn. 221.
Boër L., 146, 177, 222, 317.
Boerhaave, 221.
Böhmer, 222.
Bonnet, 426.
Bossi, 115, 117—120.
Bostetter, 264.
Bourgeois L., 136, 144, 459.
Brandt, 42.

Braun C., 31, 56, 59, 122, 184,
320, 330, 333, 334, 335,
337, 468, 469.
Braxton-Hicks, 139, 164—168.
Breslau, 397.
Breus, 266, 267, 388.
Brunninghausen, 56, 222.
Bunge, 116.
Busch, 56, 184, 224, 454.
Butignot, 122.
Бурдзинскій, 399.

С.

Campell, 159.
Camper, 407.
Canivel, 408.
Carbonai, 420.
Celsus, 134, 135, 199, 291.
Chamberlin H. 220, 221.
Charles, 73.
Charpentier, 151, 256, 411, 426.
Chrobac, 425.
Clarke, 274.
Clifton Edgar, 49.
Clintok, 295.
Cohen, 46, 122.
Collin, 321.
Cornax, 348.
Courvée, 406.
Coutouilly, 351.
Crousat, 268.
Credé, 454, 468, 473.
Croft, 467.

D.

Даниловичъ, 381.
Davis, 274, 295.
Deraul, 48.
Деканскій, 464.
Deleurye, 140, 146.
Дембо, 57, 60.
Denman, 295.
Deraul, 48.
Desforges, 406.
Deutsch, 152.
Deventer, 148.
Döderlein, 441, 443.
Dohrn, 324.
Doyen, 31, 337.
Dubois P., 334, 349, 351.
Dudan, 468.
Dührssen, 111, 112, 113, 324, 325,
369, 478.

E.

Eichelberg, 122.
Эразмусъ, 222.
Erdheim, 399.
Esbach, 50.
Эсмархъ, 18, 426.
Esser, 351.
Everke, 381.
Evrat, 476.

F.

Фавръ, 301.
Farabeuf, 415, 416, 437, 438.
Faustmann, 132.
Feaux, 487.
Fehling, 58, 93, 324.
Феноменовъ, 282, 287, 330, 429,
430, 446.
Fergüsson, 306.
Flamand, 184.
Flatau, 51.
Franco P., 135.
Frank, 375 451.
Frascani, 374.

Freund, 412, 426.
Fritsch, 145, 169, 181, 359, 415,
416, 467.
Frommer, 117.

G.

Galbiati, 419, 420, 421.
Gasseri, 315.
Gergens, 216.
Geuer, 451.
Giffard, 215.
Gigli, 336, 440, 441.
Giraud, 413.
Гиртъ, 349.
Горвиць, 91, 179, 306, 430, 456.
Горецкій, 397.
Gray, 287.
А. Грековъ, 118.
Груздевъ, С., 75.
Грейфе, 32.
Guillemeau, 135, 136.
Gusserow, 175, 274.

H.

Haake, 216.
Haeser, 347.
Haller, 461.
Hammond, 307.
Hargy, 295.
Hecker, 275.
Hegar, 31, 155, 182.
Hely, 139.
Herzfeld, 483.
Гезерь, 134.
Hessler, 293.
Hippocrates, 76, 293, 329, 455.
Hochstetter, 283.
Hoffmann, 397.
Hoffmeier, 93.
Hohl, 183.
Höning, 255.
Hopkins-Meissner, 72.
Hoorn I., 136, 221.
Грейфе, 32.
Hubert, 321.

Hugenberger, 169, 381.
Hueter, 56, 141, 207.
Huevel Van, 319, 337, 349.
Hunter, 350.
Hyernaux, 61.
Hyrtil, 349.

И.

Ивановъ, 18.
Иноевъ, 274.

Ј (Я).

Jacquemie, 336.
Јетребовъ, 381.
Joerg, 146.
Jonson, 265.
Joulin, 230.

К.

Kassa, 475.
Kaiser, 118.
Кашкаровъ, 317, 462.
Kezmarsky, 274.
Kilian, 315.
Kiwich, 31, 56, 122, 123, 203.
Клебергъ, 364.
Klein, 14.
Kluge, 39, 56.
Knapp, L., 118, 283.
Kocks, 483.
Koeberlé, 32, 353.
Königsberg, 215.
Koffer, 483.
Kocher, 353.
Kollerschka, 15.
Kossa, 47.
Кѣглинскій, 149.
Коптевъ Д., 55.
Кочетковъ, 446.
Красовскій, 55, 132, 140, 222,
274, 291, 381, 412, 421,
426, 427.
Krause, 41, 134.
Kristeller, 289, 290.
Kühn, 455, 459.

Л.

Lachapelle, 252, 269.
Landauzy, 283.
Lange, 252.
Lantos, 325.
Лазаревичъ, 46, 47, 49, 216, 226,
258, 266, 316, 336, 337,
341, 436, 491.
Lauverjat 356.
Лебедевъ, 412.
Lehman, 41.
Leisnig, 31, 296.
Lembert, 363.
Leopold, 412, 421, 423.
Leroy, 407, 414, 419.
Levret A., 136, 138, 140, 201,
205, 215, 222, 264, 341,
349, 350, 356.
Leyden, 68.
Lindquist, 399.
Листеръ, 17.
Личкусъ, 316.
Loeffler, 496.
Lohlein, 325.
Lömer, 483.
Lorain, 473.
Lowenhardt, 397.
Lubinsky, 68.

М.

Macauly, 38, 39.
Macdonald, 68.
Мазуревичъ, 381.
Максимовичъ-Амбодикъ, 136, 455.
Макѣвъ, 274.
Malgaigne, 135.
Martin A., 31, 32, 81, 204, 403.
Martin E., 207, 459.
Массманъ, 60.
Mauriceau F., 136, 201, 205, 220,
309, 349, 350.
Meissner, 439.
Menard, 317.
Mende, 56.

Michaelis P., 122, 124, 315.
Mitchell, 350.
Монсей, 12.
Morenheim, 430.
Morisani, 408—410, 412, 415, 416,
420, 421, 424, 426, 428.
Морозовъ, 458.
Mott La, 136.
Müller, 356, 371.
Münchmeyer, 274.
Murphy, 468.
Muzeaux, 31.

N.

Naegele. 171.
Nagel, 174.
Neugebauer, 408, 424, 468.
Нейштубе, 488.
Nicholson, 430.
Niehans, 430.
Nijhoff, 161.
Nothmagel, 47.
Novi, 410, 416, 420, 427, 428.
Новицкій, 336, 384.

O.

Obermann, 383, 385, 394.
Odenthal, 18.
Olshausen, 324.
Osborn, 350.
Oslander 171, 207, 222, 263, 294,
351, 496.
Отгъ, 28, 70, 95, 369, 427.
D'Outrepont, 184, 477.
Ovidius, 77.

P.

Pacquelin, 110, 367.
Паренкампфъ, 136.
Pajot, 319.
Palfyn, 216, 222.
Paré, 135, 294.
Парышевъ, 274.
Pargy, 400.
Pawlik, 333.
Pean, 32, 353.

Pelletan, 351.
Pelzer, 49.
Пель, 33, 474.
Peu, 349.
Pfannenstiel, 50.
Philumenus, 459.
Piccinini, 420.
Piering, 132.
Pinard, 416, 420, 423, 427, 432, 439.
Pienau, 406.
Пироговъ, 377.
Писемскій, 44.
Платонъ, 76.
Poll Hugo, 221.
Полотебновъ, 266.
Poppel, 214.
Porro, 371, 375, 381, 428.
Portal, 136, 201.
Potain, 32.
Pozzi, 377.
Праваць, 32.
Priering, 132.
Prochownik, 62.
Prust, 264.
Pugh, 199.
Puzos, 136.

R.

Recamier, 31.
Рейнъ, 45, 412, 429.
Reinert, 32.
Reynolds, 488.
Renshaw, 469.
Rhode, 381.
Richter, 107.
Richelot, 377.
Riecke, 363.
Ritgen, 122, 171, 184, 377, 378.
Roederer, 222, 350.
Roeslin, 461.
Roonhuysen, 221.
Roosenburg, 464.
Rousset, 348.
Ruysch Fr., 221.

S (ШШ)

Sacombe, 350, 351.
Sänger, 61, 362, 363, 364, 383.
Saxtorph, 140, 152.
Scanzoni, 56, 58, 107, 122, 203, 252.
Schauta, 174, 274, 381, 401, 412,
425, 437, 483.
Schering, 32.
Schell, 39.
Schöller, 56, 468.
Schultze, 274, 464.
Schrader, 56.
Shroeder, 93, 171, 174, 199, 354,
362, 454.
Schwarz, 429.
Шмидтъ, 274.
Шгаль, 155, 308.
Seifert, 122.
Sammelweis, 14, 15, 17.
Scutsh, 436.
Seutin, 349.
Siebold, 171, 335, 469.
Siegemundin Justine, 157.
Sigault, 406, 407, 408, 419, 433.
Simpson, 31, 171, 172, 225, 237,
264, 266, 269, 295, 300, 321.
Sims, 249, 306.
Simon, 296, 308.
Skene, 305, 378.
Skorscheban, 73.
Skutsch, 437.
Славянскій, 70, 403.
Smellie, 199, 201, 202, 205, 222, 269.
Соловьевъ, 42.
Sommer, 381.
Соранъ, 77, 135.
Spiegelberg, 73, 212, 467.
Spinelli, 409, 412, 421—423, 427, 429.
Stadfeldt, 282.
Steidele, 216.
Stein, 222, 356.
Stellie, 222.
Столыпинскій, 118, 119, 241, 274,
366, 481.

Strassmann, 18.
Строгановъ, 42, 336.
Sue, 407.
Сугугинъ, 274.
Swieten Van, 221.
Щеткинъ, 301.

T (Ч)

Tarnier, 51, 55, 56, 58, 151, 230,
258, 264, 265—269, 320,
321, 426.
Tardieu, 98.
Theilhaber, 51.
Thomas, 378.
Тертулианъ, 76.
Törngreen, 426.
Trautmann, 348.
Trefurt, 171, 207.
Trendelenburg, 374, 402, 405.
Чудовскій, 333.

V.

Varnier, 409, 412, 434, 450.
Vehle, 415.
Veit, 201, 362.
Viardel, 349.
Van de Vilde, 440, 441.
Visscher, 221.

W.

Wachs, 348.
Walcher, 117, 419.
White, 350.
Welponer, 61.
Welchman, 429.
Wenzel, 39.
Wigand, 180, 199, 204, 337.
Winckel, 199, 204, 274, 324, 399.
Winternitz, 315.
Wise, 298.
Войцеховичъ, 272.
Woyer, 437.

Z (З)

Замшинъ, 385.
Zanq, 356.
Zweifel, 334, 412, 424, 426.

ТАБЛИЦА I.

Акушерскіе щипцы.

Рис. 1. Щипцы *Simpson'a*.

Рис. 2. Правая ложка ихъ.

Рис. 3. Щипцы *Tarnier'a*.

Рис. 4. Щипцы *Breus'a*.

Рис. 5. Прямые щипцы проф. *И. П. Лазаревича*.



Рис. 1.

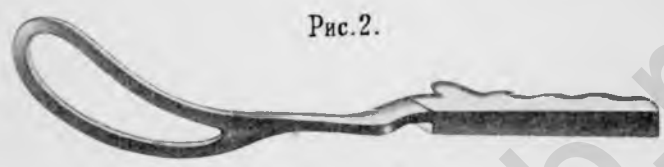


Рис. 2.

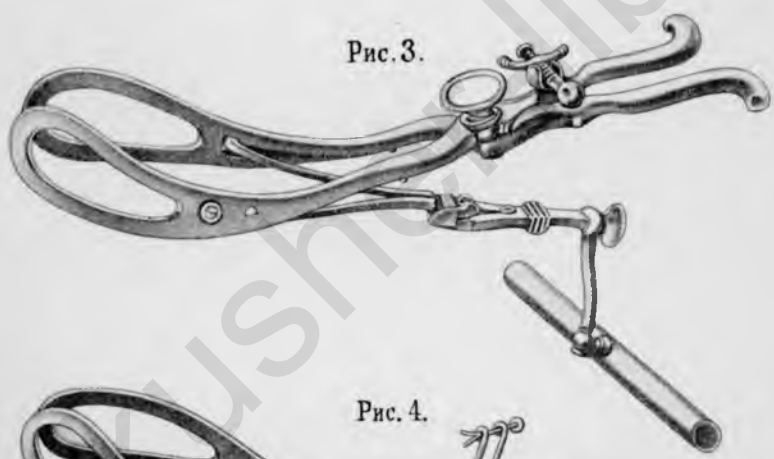


Рис. 3.



Рис. 4.

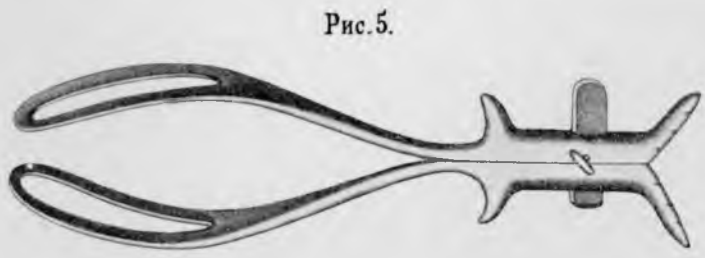


Рис. 5.

ТАБЛИЦА II.

Наложение щипцов.

Рис. 6. Введение левой ложки.

Рис. 7. Замыкание инструмента.

Рис. 6.

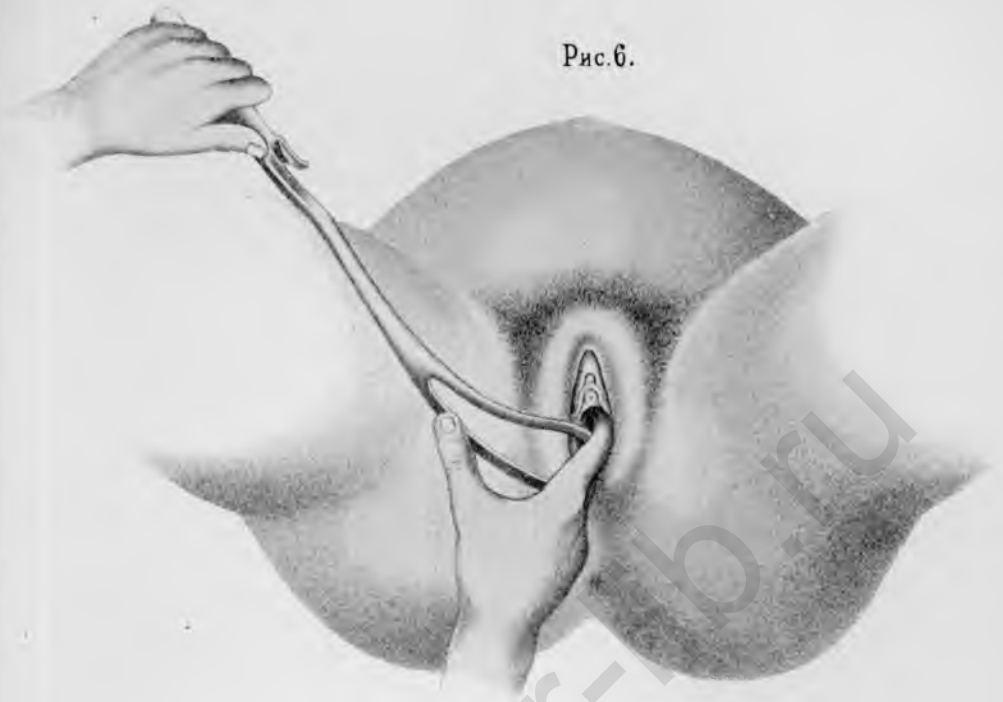


Рис. 7.



ТАБЛИЦА III.

Щипцы при передних видах черепных положений.

Рис. 8. Тракция въ 1-й позиціи.

Рис. 9. Тракция во 2-й позиціи.

Рис. 10. Тракция въ 3-й позиціи.

Рис. 8.

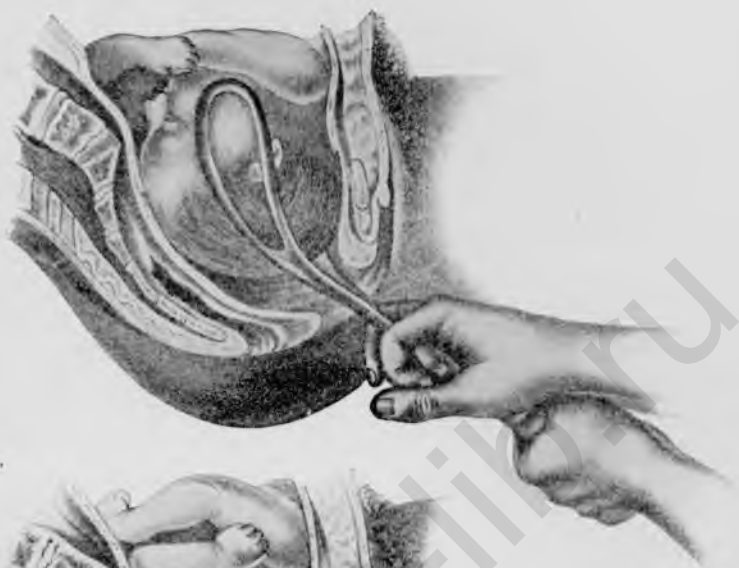


Рис. 9.

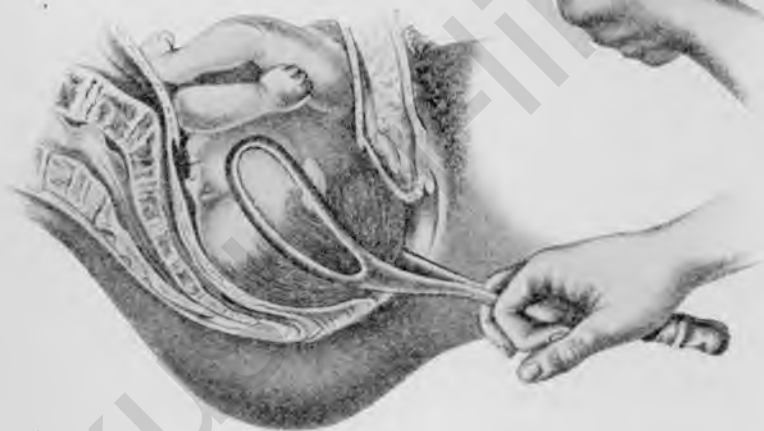


Рис. 10.



ТАБЛИЦА IV.

Щипцы при задних видах черепных положений.

Рис. 11. Тракция в 1-й позиции.

Рис. 12. Тракция во 2-й позиции.

Рис. 13. Тракция в 3-й позиции.

Рис. 11.



Рис. 12.



Рис. 13.



ТАБЛИЦА V.

Щипцы при лицевыхъ положеніяхъ.

- Рис. 14. Тракціи въ 1-й позиціи |
Рис. 15. Тракціи во 2-й позиціи | при переднихъ видахъ.
Рис. 16. Щипцы при заднемъ видѣ лицевого положенія.

Рис. 14.

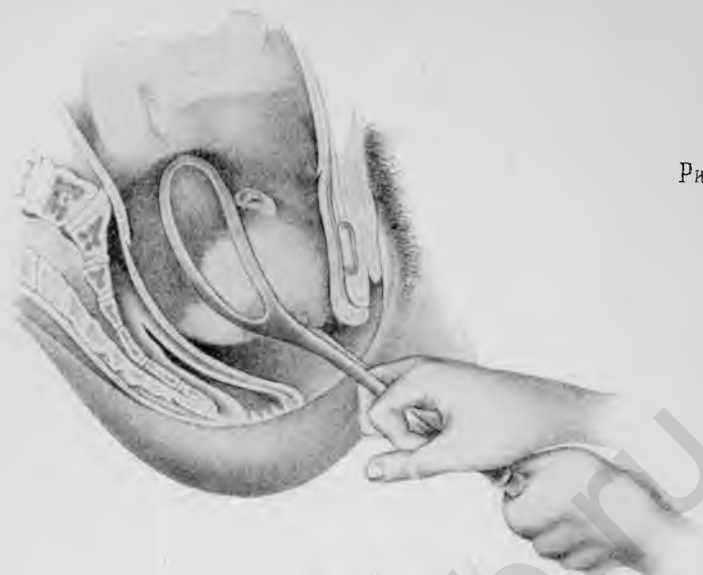


Рис. 15.



Рис. 16.



ТАБЛИЦА VI.

Поворотъ на ножку.

Рис. 17. Отыскиваніе ножки по французскому способу.

Рис. 18. Захватываніе ножки.

Рис. 19. Поворотъ изъ поперечнаго положенія плода.

Рис. 20. — изъ продольнаго положенія.

Рис.17.



Рис.18.



Рис.19.



Рис.20.



ТАБЛИЦА VII.

Извлечение плода.

Рис. 21. Извлечение за ягодицы.

Рис. 22. — за ножку, — моментъ предъ захватываніемъ (задняго)
паховсо сгиба.

Рис. 23. 1-й моментъ извлечения (до пупка).

Рис. 21.



Рис. 22.



Рис. 23.



ТАБЛИЦА VIII.

Освобождение ручек и головки.

Рис. 24. Освобождение ручки, лежащей сзади.

Рис. 25. — ручки, лежащей впереди (перевертывание плода).

Рис. 26. — последующей головки по способу *Smellie-Veit'a*.

Рис. 24.



Рис. 25.



Рис. 26.



ТАБЛИЦА IX.

Освобождение послыдующей головки при заднемъ видѣ.

Рис. 27. Сгибаніе головки.

Рис. 28. Разгибаніе головки.

Инструменты для краниотоміи.

Рис. 29. Прободникъ *Leisnig-Kiwisch'a*.

Рис. 30. Перфораторъ *Blot'a*.

Рис. 31. Ложка (*П. Феноменова*) для разрушенія мозга.

Рис. 32. Краниокласть *Braun'a*.

Рис. 33. Прободникъ проф. *Н. Феноменова*.

Рис. 34. Гильза къ этому прободнику.

Рис. 27.



Рис. 28.



Рис. 34.



Рис. 29.

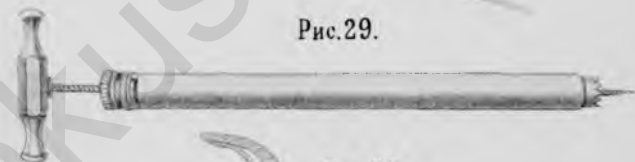


Рис. 30.



Рис. 31.



Рис. 32.

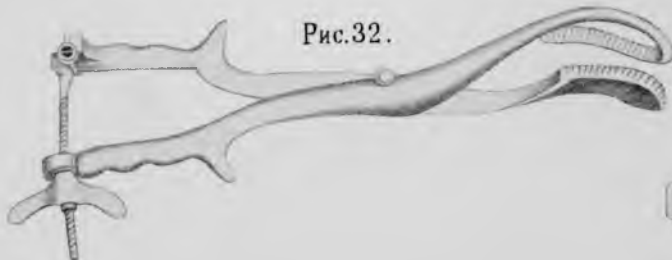


Рис. 33.



ТАБЛИЦА X.

Прободение высокостоящей головки при помощи американских зеркаль.

Рис. 35. Захватывание кожи пулевыми щипцами и разрезъ ея ножомъ до кости (1-й моментъ).

Рис. 36. Прободение костей черепа перфораторомъ *Н. Феноменова* (2-й моментъ).

Рис. 37. Ножницы (*Н. Феноменова*) для эмбриотоміи.

Рис. 35.

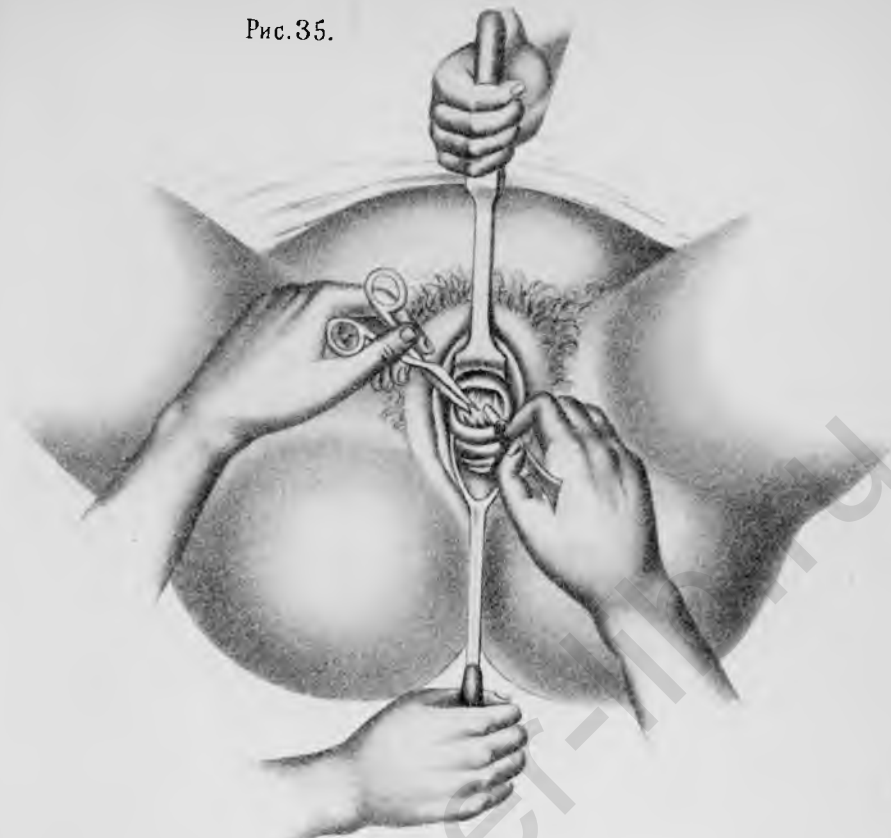


Рис. 37.

Рис. 36.

