

4  
26

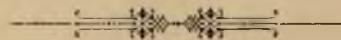
# ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО

СО ВКЛЮЧЕНИЕМЪ  
УЧЕНІЯ О НЕПРАВИЛЬНОСТЯХЪ ЖЕНСКАГО ТАЗА.

АКАДЕМИКА  
А. КРАССОВСКАГО.

Съ 281 политипажами въ текстѣ.

3-е, исправленное и дополненное издание.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.  
Типографія М. М. Стасюлевича. Вас. Остр., 2 лин., 7.

1885.

ДЕКАМВЕРЪ

ОТЪ ПЪРВО



акusherlib.ru



## ПРЕДИСЛОВІЕ КЪ ТРЕТЬЕМУ ИЗДАНІЮ.

*Feci quod potui. Tirones mei fortasse faciant meliora.*

Не прошло и четырехъ лѣтъ послѣ появленія вторымъ изданіемъ II-го и III-го выпусковъ Практическаго Акушерства подъ однимъ общимъ заглавіемъ „Оперативное Акушерство“, какъ оно было уже почти совершенно распродано, и ко мнѣ вновь стали обращаться съ настоятельными требованіями о новомъ изданіи моего **Курса Практическаго Акушерства**.

Выпустить новое изданіе непередѣланнымъ и непополненнымъ я не счелъ возможнымъ уже потому, что съ теченіемъ времени во многомъ измѣнился мой личный взглядъ на ту или другую операцію, и то, что еще до 2-го изданія казалось мнѣ неопровержимымъ, во что я вѣрилъ и въ чемъ я былъ убѣжденъ или въ чемъ я сомнѣвался.—или рушилось передъ новыми фактами, встрѣтившимися въ моей практической дѣятельности, или перестало быть для меня сомнительнымъ. Такая перемѣна во взглядѣ относится главнымъ образомъ къ ученію о неправильностяхъ женскаго таза и къ некоторымъ второстепеннымъ вопросамъ оперативной техники. Въ общемъ же, особенно въ отношеніи большихъ акушерскихъ операцій (какъ показаній къ нимъ, такъ и способовъ производства), взгляды мои измѣнились весьма мало. Быть можетъ, что, благодаря этому, некоторые изъ взглядовъ, проводимыхъ мною въ предлагаемомъ новомъ изданіи, покажутся устарѣвшими, но отказаться отъ нихъ я не могу какъ потому, что почти вовсе не встрѣчалъ фактовъ, которые противорѣчили бы составившемуся убѣжденію, такъ и потому, что взгляды эти основаны на личныхъ моихъ наблюденіяхъ и составляютъ результатъ многолѣтняго опыта.

Съ другой же стороны, читатель можетъ быть, не найдетъ въ этомъ руководствѣ некоторыхъ новѣйшихъ предложеній, рекомендуемыхъ въ замѣнъ старыхъ, будто бы отжившихъ, для введенія въ практику какъ чего-то положительно полезнаго, но по моему

мнѣнію представляющихъ еще такъ много шаткаго, что нерѣдко я лично не считалъ нужнымъ даже испытывать ихъ у постели роженицы. Оправданіемъ за отсутствіе подобныхъ новинокъ да послужитъ стремленіе мое не вносить въ руководство ничего такого, что не представляется мнѣ строго научнымъ и пригодность чего я не могъ бы подтвердить собственнымъ опытомъ. Придерживаясь этого правила, я не считалъ однако возможнымъ проходить молчаніемъ то, что мнѣ казалось весьма вѣроятнымъ и что хотя отчасти могло быть подтверждено мною.

Такимъ образомъ оперативная часть руководства была мною исправлена и частью пополнена согласно личному опыту и даннымъ, добытымъ наукою.

Поступить такимъ же образомъ съ первымъ выпускомъ 1-го изданія, именно съ главою о неправильностяхъ женскаго таза, т. е. ограничиться только передѣлкою ея, я не считалъ возможнымъ, главнымъ образомъ потому, что съ того времени, какъ эта глава была мною написана, прошло 20 лѣтъ, въ теченіи которыхъ ученіе о неправильностяхъ женскаго таза такъ быстро разрослось и достигло такого совершенства, какъ едва ли какой другой отдѣлъ акушерства. Поэтому-то глава о **неправильностяхъ женскаго таза** въ предлагаемомъ изданіи написана мною вновь. Тѣмъ болѣе я считалъ себя не въ правѣ ограничиться лишь передѣлкой этой главы, что какъ клиническій матеріалъ Спб. Родовспомог. Заведенія, такъ и имѣющаяся въ немъ, хотя небогатая и далеко неполная, коллекція неправильныхъ тазовъ дозволяли мнѣ лично провѣрить добытые другими изслѣдователями факты, касающіеся неправильностей женскаго таза вообще, а равно и существующіе взгляды относительно вліянія отдѣльных видовъ этихъ неправильностей на механизмъ родовъ и оперативныя пособія.

Не подлежитъ сомнѣнію, что неправильности женскаго таза составляютъ и еще долго будутъ составлять камень преткновения для большинства врачей главнымъ образомъ потому, что хотя число видовъ неправильныхъ тазовъ и невелико, тѣмъ не менѣе не только начинающему, но и болѣе опытному врачу, а подчасъ даже специалисту, весьма трудно ориентироваться въ массу разновидностей ихъ <sup>1)</sup>. Причина этого, несмотря на удовлетворительное повидимому объясненіе механизма происхожденія

<sup>1)</sup> Въ этомъ я наглядно убѣдился надняхъ при осмотрѣ, одной изъ богатѣйшихъ, коллекцій неправильныхъ тазовъ въ пражскомъ Патологическомъ Институтѣ.



неправильностей таза, заключается въ томъ, что по сіе время далеко нельзя считать установленными воззрѣнія на сущность какъ самаго страданія тазовыхъ костей (особенно позвоночнаго столба), хрящей и связокъ, такъ и болѣзнетворныхъ моментовъ, благоприятствующихъ или обуславливающихъ измѣненіе различныхъ отдѣловъ таза и притомъ въ различныхъ размѣрахъ. Кроме того считаю необходимымъ замѣтить, что изученію узкихъ тазовъ немало препятствуетъ отсутствіе такихъ способовъ изслѣдованія таза на живой, которые были бы легко и удобно применимы и въ то же время давали бы по возможности полное и точное представленіе объ уклоненіяхъ отъ нормы во встрѣтившейся неправильности таза. Попытки усовершенствовать методы изслѣдованія дѣлались и дѣлаются до сихъ поръ, но, хотя большая часть ихъ и основана на теоретически вѣрныхъ разсужденіяхъ, тѣмъ не менѣе предлагаемые способы оказываются или малопригодными, вѣрнѣе неудобными, или они на первыхъ же порахъ давали такія грубыя ошибки, что пришлось отъ нихъ отказаться.

Въ виду этого для лучшаго усвоенія неправильностей таза остается только изслѣдованіе скелетированныхъ тазовъ, что въ послѣднее время, благодаря въ особенности Michaelis'у и Litzmann'у достигло высокой степени полноты и совершенства. Ознакомившись со скелетированными тазами и зная уже, что и гдѣ надо искать, мы можемъ съ болѣею точностью произвести изслѣдованіе таза на живой женщинѣ. Полагаю, что ради этой послѣдней цѣли скелетированные тазы должны играть ту же роль, какую играетъ акушерскій фантомъ при изученіи акушерскихъ операцій.

Для того, чтобы ученіе объ узкихъ тазахъ сдѣлать болѣе нагляднымъ, я предпочелъ раздѣлить ихъ не по происхожденію, частотѣ или виду, а по формѣ входа, т. е. по взаимному отношенію діаметровъ его. При этомъ пришлось соединить въ одну группу такія разновидности неправильныхъ тазовъ, которыя хотя и описывались въ прежнее время подъ особымъ названіемъ, но которыя представляютъ лишь незначительныя уклоненія отъ главнаго типа и ничѣмъ существеннымъ не отличаются одна отъ другой. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ я старался, наоборотъ, выдѣлить въ отдѣльную группу такія неправильности, которыя прежде описывались въ видѣ отдѣльныхъ группъ, но въ настоящее время какъ бы игнорируются даже лучшими акушерами, и о которыхъ обыкновенно упоминается лишь вскользь, — въ видѣ при-

мѣчанія или весьма кратко и неполно, несмотря на то, что имѣ несомнѣнно присущи особыя качества.

Предпославъ оперативному отдѣлу описаніе неправильностей женскаго таза, я также не счелъ возможнымъ выбросить **краткое описаніе правильнаго механизма родовъ**, дабы начинающій могъ легче усвоить механизмъ родовъ при неправильныхъ тазахъ и дабы избавить читателя отъ затрудненій относительно номенклатуры положеній, предлежаній и т. д., принятой мною въ оперативной части.

Глава объ анестетическихъ средствахъ также написана мною вновь. Въ нее кромѣ эфира и хлороформа включены еще **закись азота и бромистый этиль**, которые въ послѣднее время горячо рекомендовались при родахъ и въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ дѣйствительно, можетъ быть, заслуживаютъ вниманія.

Въ главѣ V-й я счелъ необходимымъ сказать нѣсколько словъ о профилактикѣ родовъ и асептическомъ веденіи ихъ. Вопросъ объ антисептикахъ, въ особенности примѣнительно къ родамъ, возникъ лишь въ послѣдніе годы, и опытъ уже достаточно показалъ колоссальное значеніе ея въ отношеніи послеродовыхъ заболѣваній<sup>1)</sup>.

Въ заключеніе прошу читателей извинить меня, что выпускающая третье изданіе, я не исполнилъ обѣщанія, выраженнаго въ первомъ выпускѣ, появившемся въ 1865 году, — написать полный курсъ практическаго акушерства; препятствіемъ тому служили какъ многосложныя служебныя обязанности, въ особенности по внутреннему устройству Спб. Родовсп. Заведенія, такъ и спеціальное изученіе и распространеніе оваріотоміи и вообще гинекологическихъ операций. Въ виду этого и въ настоящемъ изданіи я оставилъ заглавіе „Оперативное акушерство“, которое составляетъ лишь часть практическаго акушерства.

Долгомъ считаю принести мою искреннюю благодарность д-ру К. Г. Штоль, весьма много помогавшему мнѣ при изданіи этого сочиненія.

Академикъ С. В. Крашенинниковъ

Карлсбадъ въ сентябрѣ 1885 года.

<sup>1)</sup> Считаю нужнымъ замѣтить, что въ той же главѣ, стр. 291 и 292, звѣздочкою \* обозначены инструменты, употребляемые мною предпочтительно.

## ПРЕДИСЛОВІЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНІЮ.

Многочисленныя требованія со стороны врачей и учащихся заставили меня поспѣшить съ выпускомъ въ свѣтъ втораго изданія курса Практическаго Акушерства; но, не успѣвши передѣлать 1-й выпускъ I-го изданія и не имѣя возможности общать вскорѣ исполнить это, я счелъ возможнымъ издать только 2-й и 3-й выпуски Практическаго Акушерства, и такъ какъ въ этихъ двухъ выпускахъ исключительно излагаются акушерскія операціи, то я и озаглавилъ эту книгу „Оперативное акушерство“.

С.-Петербургъ 1879 года.

А. Крассовскій.

## ПРЕДИСЛОВІЕ КЪ ПЕРВОМУ ИЗДАНІЮ (1865 г.).

Не подлежитъ сомнѣнію, что для изученія акушерства нѣтъ недостатка въ руководствахъ и сочиненіяхъ на иностранныхъ языкахъ. На русскомъ мы имѣемъ ихъ гораздо меньше, особенно оригинальныхъ. Поэтому, мнѣ кажется, что изданіе курса акушерскихъ операцій, со включеніемъ нѣкоторыхъ статей, находящихся съ ними въ тѣсной связи и основанныхъ на практическомъ началѣ, идущемъ рука объ руку съ новѣйшими усовершенствованіями и открытіями, не можетъ считаться излишнимъ. Каждая наука или искусство имѣютъ двѣ стороны: теоретическую и практическую, и обѣ онѣ находятся въ тѣсной, неразрывной связи. Разумная и конечная цѣль каждой теоріи есть, безъ сомнѣнія, примѣненіе ея къ практикѣ; практичность же каждой врачебной науки, безъ исключенія, приобрѣтается долговременнымъ опытомъ въ примѣненіи ея къ пользѣ страдающаго человѣчества.

Занимаясь болѣе шестнадцати лѣтъ акушерскою и гинекологическою практикою и пользуясь значительнымъ клиническимъ матеріаломъ, я счелъ полезнымъ на первый разъ обнародовать *ученіе объ акушерскихъ операціяхъ*. Я старался изложить этотъ предметъ ясно и, основываясь на тѣхъ фактахъ, которые представились моему наблюденію, пере-

дать добросовѣстно мой взглядъ на различные спорные вопросы, которыхъ, какъ въ медицинскихъ наукахъ вообще, такъ и въ нашей спеціальности, очень много.

При изложеніи предмета я встрѣтилъ затрудненія въ техническихъ названіяхъ и долженъ былъ по необходимости удержатъ нѣкоторые общепринятыя латинскіе термины, какъ напр., конъюгата (*conjugata*), эволюція (*evolutio*), тракціи (*tractiones*), эмбриотомія, элитротомія и пр.; между другими терминами мнѣ пришлось поставить возможно рѣзкія границы. Не мало затрудненій встрѣтилось въ приведеніи вѣса и мѣръ въ одной какой либо извѣстной и общепринятой единицѣ; такъ какъ у большинства авторовъ не обозначено, какіе именно подразумѣваются дюймы, то не вездѣ возможно было дюймы и линіи перевести на десятичную французскую мѣру (сантиметры и миллиметры), которая бесспорно есть постоянная и общепринятая. Къ сожалѣнію, и въ моей клиникѣ измѣренія дѣлались то англійскою, то французскою мѣрою. Хотя между ними и нѣтъ большой разницы, но все-таки 4 англійскихъ дюйма меньше 4 французскихъ на 3 французскія линіи. Нынѣ я стараюсь ввести французскую мѣру.

Льщу себя надеждою, что трудъ мой найдетъ сочувствіе между моими слушателями и молодыми врачами, не имѣвшими еще достаточно времени и случая исключительно заняться этимъ предметомъ. Кто изъ занимавшихся серьезно какою бы то ни было наукою не испыталъ надобности все имъ слышанное, читанное и видѣнное собрать въ одно цѣлое и на это не употребилъ много времени? Наука, можно сказать, съ каждымъ днемъ дѣлаетъ шагъ впередъ; но матеріаль, накопленный ею, разбросанъ повсюду; а кто же, спрашивается, въ состояніи спеціально слѣдить за всѣми отраслями? Такъ, молодой слушатель, будучи еще въ стѣнахъ академіи, имѣетъ слишкомъ много занятій: онъ въ теченіи слишкомъ короткаго времени, 5-ти лѣтъ, долженъ изучить всѣ отрасли медицинскихъ наукъ и тѣсно связанныя съ ними естественныя. Поэтому онъ не можетъ спеціально изучить какую бы то ни было отрасль; если это и случается, то непременно въ ущербъ другихъ отраслей.

По окончаніи академическаго образованія не многимъ врачамъ представляется возможность избрать любимую ими отрасль и спеціально ею заняться. Правда, въ послѣднее время наше правительство, неусыпно заботясь, можетъ быть болѣе, чѣмъ какое либо другое государство, о спеціальномъ образованіи врачей, даетъ, повидимому, громадныя средства, но они еще далеко не удовлетворяютъ потребностямъ столь обширнаго государства, какъ Россія. Итакъ, большинство врачей у насъ остается

съ общимъ медицинскимъ образованіемъ и съ нимъ вступаетъ на практическое медицинское поприще.

Чтобы показать, какъ велика нужда, если не въ спеціальному, то въ основательномъ изученіи акушерства, женскихъ и дѣтскихъ болѣзней и какъ велико стремленіе къ этому нашихъ молодыхъ врачей, — стоитъ только заявить фактъ, что съ тѣхъ поръ, какъ двери нашей академіи и госпитальныхъ отдѣленій открыты для всякаго врача, желающаго заняться какою бы то ни было отраслью естествознанія или медицины, у меня занималось ежегодно по нѣскольку человѣкъ, а въ настоящемъ 18<sup>64</sup>/<sub>65</sub> академическомъ учебномъ году болѣе 20-ти врачей. Они, по собственному желанію, прикомандированы отъ различныхъ вѣдомствъ.

Но если, съ одной стороны, специалисты необходимы, какъ дѣятели науки, то съ другой — еще болѣе необходимы врачи, какъ дѣятели, подающіе помощь страждущему человѣчеству во всѣхъ его недугахъ. Нерѣдко молодой врачъ, заброшенный судьбою въ отдаленный уголокъ нашего обширнаго государства, долженъ быть приготовленъ не только какъ терапевтъ, но и какъ хирургъ и акушеръ. Предположимъ, что онъ приглашается на первыхъ порахъ къ роженицѣ. Замѣьте, зовутъ его только тогда, когда роженица находится болѣе или менѣе въ трудномъ положеніи, когда предварительныя пособія акушерки, а нерѣдко простой повитухи, оказались безуспѣшными. Врачъ не можетъ и не долженъ отвѣчать „я не спеціалистъ“; окружающіе роженицу настоятельно требуютъ помощи для страждущей.

Спрашивается, въ какомъ нравственномъ положеніи находится призванный врачъ, знающій, что можно спасти жизнь больной и что онъ не въ состояніи сдѣлать это только потому, что занимался не акушерствомъ, а другою спеціальностью? Я думаю, что въ такую минуту этотъ молодой врачъ, если онъ добросовѣстный, принесъ бы охотно большую жертву, чтобы знать хотя самое обыкновенное показаніе, — выждать-ли, надѣясь на общую благодѣтельную нашу природу, или же обратиться къ помощи искусства.

При этомъ не могу умолчать, что къ величайшему сожалѣнію преподаваніе дѣтскихъ болѣзней находится у насъ въ плачевномъ состояніи. Ученіе объ этихъ болѣзняхъ попрежнему прилѣплено къ акушерской кафедрѣ, и это не только у насъ въ Академіи, но и во всѣхъ медицинскихъ факультетахъ. Онѣ остаются какъ придатокъ, оставляемый на заднемъ планѣ представителями акушерскихъ кафедръ, разрабатывающими только акушерство и гинекологию. Между тѣмъ, кому не извѣстно, что въ настоящее время педиатрика составляетъ обширный самостоятельный предметъ, разрабатываемый заграницею съ большимъ успѣхомъ. Не хочу этимъ сказать, что у насъ нѣтъ спеціалистовъ по этой части: они существуютъ, но ихъ очень, очень немного и притомъ не въ стѣнахъ открытыхъ заведеній. По моему убѣжденію, въ академіи и университетахъ должна быть отдѣльная кафедра для дѣтскихъ болѣзней, что я уже неоднократно заявлялъ, и дѣлать слѣдуетъ.

Мнѣ самому пришлось испытать подобную горькую участь. Глубоко уважаемый мною, какъ наставникъ и какъ товарищъ, *П. А. Нарановичъ* рассказываетъ, что при вступленіи русскихъ войскъ въ Остроленку, въ 1831 году 14 мая, ему, главному хирургу дѣйствующей арміи, тамъ пришлось сдѣлать первую операцію наложенія щипцовъ. Не буду приводить здѣсь еще болѣе подобныхъ примѣровъ, которыхъ можно было бы найти очень много, особенно касающихся судебно-медицинскихъ случаевъ, такъ часто встрѣчающихся въ практикѣ, гдѣ отъ заключенія врача зависитъ участь обвиняемаго.

Приводя подобные примѣры, я хочу доказать только, что врачамъ, вступающимъ на практическое медицинское поприще, необходимо быть знакомыми съ акушерствомъ настолько, насколько это можетъ приносить пользу страждущему, а вмѣстѣ съ тѣмъ и убѣдить моихъ слушателей, что въ стѣнахъ академіи они должны заниматься всѣми отраслями медицинскихъ наукъ, не увлекаясь слишкомъ рано спеціальностью, исключая, конечно, тѣхъ, которые, по счастливымъ обстоятельствамъ, могутъ вполне располагать своею будущностью.

Подъ влияніемъ этихъ идей и при убѣжденіи, что у насъ въ Россіи еще большой недостатокъ акушеровъ и гинекологовъ, у меня зародилась мысль развить школу акушерскую и гинекологическую, подобную тѣмъ школамъ, которыя существуютъ въ Германіи, Франціи и Англіи.

Со дня полученія акушерской катедры въ 1857 г., я началъ дѣйствовать въ этомъ направленіи. Счастливыя матеріальныя обстоятельства академіи, неуспяная дѣятельность и заботливость президента нашей академіи *П. А. Дубовицкаго* о процвѣтаніи ея дали возможность улучшить внутреннее устройство клиники—настолько, насколько это позволила ветхость зданія и другія непреодолимыя неудобства,—приспособить ее къ учебной цѣли и вмѣстѣ съ тѣмъ приобрести всевозможныя учебныя пособія. Присоединеніе женскаго терапевтическаго госпитальнаго отдѣленія къ академіи, устройство и надлежащая организація амбулаторной клиники доставляютъ обильный клиническій матеріалъ для учащихся студентовъ и для врачей, посвятившихъ себя спеціальному изученію акушерства и женскихъ болѣзней. Не скрою всѣхъ тѣхъ затрудненій, съ которыми я долженъ былъ бороться, будучи самъ одинъ въ теченіе первыхъ шести лѣтъ представителемъ такой обширной катедры, преподавая теоретически и практически акушерство, женскія и дѣтскія болѣзни и имѣя въ недѣлю обязательныхъ часовъ до 16<sup>1</sup>/<sub>2</sub>. Но и это затрудненіе нынѣ устранено съ опредѣленіемъ адъюнкты-профессора и постояннаго ассистента при клиникѣ.

Желательно только, чтобы педиатрика включена была въ число тѣхъ отраслей медицины, усовершенствованіемъ которыхъ въ нашей академіи столь усердно нынѣ занимаются. По моему мнѣнію, современная педиатрика составляетъ для преподаванія одинъ изъ самыхъ трудныхъ медицинскихъ предметовъ. Насколько она необходима для народа, всякій понимаетъ.

Я упомянулъ о трудностяхъ, представившихся мнѣ, единственно потому, чтобы принести оправданіе запоздалому доставленію пособія занимающимся у меня студентамъ и врачамъ. Трудъ, предпринятый мною, по настоящее время всегда былъ поощряемъ вниманіемъ и усердіемъ слушателей, которымъ приношу публично мою благодарность твердо надѣюсь, что они примутъ живое участіе въ самостоятельной разработкѣ столь важныхъ отраслей медицины, каковы акушерство и гинекологія.

Для начала моего труда я избралъ изданіе ученія объ акушерскихъ операціяхъ, со включеніемъ классификаціи предлежаній и положеній, механизма родовъ, распознаванія предлежаній и положеній и неправильностей женскаго таза въ акушерскомъ отношеніи, единственно потому, что въ нихъ нуждаются всего болѣе мои слушатели.

Я намѣренъ издать это сочиненіе въ трехъ выпускахъ.

*Въ I-мъ выпускѣ* будутъ помѣщены:

1. Классификація предлежаній и положеній при родахъ.
2. Распознаваніе предлежаній и положеній.
3. Механизмъ родовъ.
4. Неправильности женскаго таза въ акушерскомъ отношеніи.
5. Объ анестетическихъ средствахъ вообще, преимущественно же объ употребленіи хлороформа въ акушерствѣ.

*Во II-мъ выпускѣ:*

1. Кровавое расширеніе половой расщелины (episiotomia).
2. Искусственное расширеніе маточнаго зѣва во время родовъ.
3. Искусственный разрывъ оболочекъ плоднаго яйца.
4. Искусственное возбужденіе преждевременныхъ родовъ.
5. Искусственное и законное возбужденіе выкидыша.
6. Акушерскій поворотъ.
7. Ручное извлеченіе младенца за ножки, ножку, ягодицы и плечики.
8. Извлеченіе младенца помощью акушерскихъ щипцовъ.
9. Насильственное родоразрѣшеніе (accouchement forcé).

*Въ III-мъ выпускѣ:*

1. Кесарское сѣченіе.
2. Чревосѣченіе (laparotomia).



3. Элитротомія.
4. Черепосверленіе.
5. Размѣженіе головки кефалотрибомъ.
6. Распиливаніе головки помощью щипцовъ съ пилою *van-Huevel'*я.
7. Эмбриотомія.
8. Операция обезглавленія плода (*decapitatio s. detruncatio*).
9. Отдѣленіе дѣтскаго мѣста и извлеченіе послѣда <sup>1)</sup>.

Будучи того убѣжденія, что демонстративное преподаваніе есть одно изъ самыхъ практичныхъ, я счелъ необходимымъ при изложеніи, для ясности предмета, присовокупить рисунки на деревѣ. Большая часть изъ нихъ заимствованы изъ различныхъ иностранныхъ сочиненій, многіе рисованы съ натуры съ препаратовъ, находящихся въ акушерскомъ и анатомо-патологическомъ кабинетахъ нашей академіи. Нѣкоторые изъ нихъ, преимущественно неправильные тазы, взяты изъ коллекціи, собранной директоромъ С.-Петербургскаго Повивальнаго Института, состоящаго подъ Высочайшимъ прокровительствомъ Великой Княгини Елены Павловны, *Этлингеромъ* и его предшественниками. Тазы эти описаны весьма тщательно, добросовѣстно и подробно въ отчетѣ профессора *Гугенбергера* <sup>2)</sup>,—трудѣ, можно сказать, въ этомъ родѣ образцовомъ и единственномъ въ Россіи. Нѣсколько тазовъ имѣю отъ профессоровъ *Рихтера* и *Коха*, московскаго медицинскаго факультета и родильнаго дома. Всѣ новѣйшіе инструменты, а равно различные аппараты рисованы съ натуры; всѣ они имѣются въ нашемъ кабинетѣ.

Считаю себя обязаннымъ принести мою благодарность врачу *г. Мержеевскому*, бывшему студенту нашей академіи, за раздѣленіе труда по части рисунковъ. *Г. Мержеевскій*, будучи знакомъ съ предметомъ въ медицинскомъ отношеніи, могъ исполнить снятіе рисунковъ съ натуры, насколько это было возможно вѣрно. Ксилографъ *г. Вейерманъ*, изъ Швейцаріи, рѣзалъ на деревѣ всѣ рисунки, исключая относящихся до механизма родовъ, и кажется вполнѣ удовлетворилъ требованіямъ, по крайней мѣрѣ настолько, насколько это нужно въ медицинскомъ отношеніи.

<sup>1)</sup> По окончаніи этого сочиненія я постараюсь издать прибавочный выпускъ, въ которомъ пополнию все то, что нужно для практическаго акушерства.

<sup>2)</sup> Отчетъ С.-Петербургскаго Повивальнаго Института, состоящаго подъ покровительствомъ Ея Императорскаго Высочества Государыни Великой Княгини Елены Павловны, за XV-ти-лѣтіе съ 1845 по 1859 годъ. Составленный докторомъ *О. К. Гугенбергеромъ*, профессоромъ и акушеромъ при повивальномъ институтѣ (съ 4-мя рисунками, 5-ю таблицами и 9-ю сравнительными кривыми). С.-Петербургъ 1863.

## ВВЕДЕНИЕ.

Прежде чѣмъ приступлю къ изложенію предмета, нужнымъ считаю предпослать объясненіе нѣкоторыхъ акушерскихъ терминовъ, встречающихся въ этомъ сочиненіи, и памятную схему.

*Предлежащею частью плода* называется та часть его, которая первою опускается во входъ таза или въ маточный зѣвъ. Поэтому при опредѣленіи предлежанія плода (*présentation*) требуется только наименование этой части. Предлежаніе бываетъ волосистою частью головы или затылкомъ, личикомъ, ягодицами, ножками или ножкою, колѣнями или колѣномъ, правымъ или лѣвымъ бокомъ плода (*плечикомъ*).

Подъ названіемъ *положенія* или *позиціи* плода (*position*) разумѣется отношеніе той или другой предлежащей части плода къ одной изъ половинъ тазоваго канала, правой или лѣвой. Слѣдовательно, для опредѣленія положенія плода требуется обозначить, находится ли главный пунктъ предлежащей части плода въ лѣвой или правой половинѣ тазоваго канала. Такъ, напримѣръ, если мы говоримъ: первое положеніе затылкомъ или затылочно-подвздошное лѣвое, то это значитъ, что затылокъ съ малымъ родничкомъ находится въ лѣвой половинѣ таза.

Видъ положенія (*variété*) указываетъ на отношеніе главнаго пункта предлежащей части плода къ одной изъ главныхъ частей той или другой половины таза.

*Главные пункты* на предлежащихъ частяхъ плода, въ отношеніи діагностики предлежаній, положеній и ихъ видовъ, а равно и механизма родовъ, суть слѣдующіе:

- a) на волосистой части головы: затылокъ и малый родничокъ;
- b) на личикѣ: лобъ и подбородокъ;
- c) на ягодицахъ: крестецъ, копчикъ и задній проходъ;
- d) на туловищѣ: плечико, спинка и *axilla*.

*Главные части въ тазу:*

- a) Правая и лѣвая половина таза.
- b) Въ передней половинѣ тазоваго канала: лонное сочлененіе съ его дугою, горизонтальныя вѣтви лонныхъ костей и преимущественно лонно-подвздошный бугорокъ.
- c) Въ задней половинѣ таза: мысъ (*promontorium*), правое и лѣвое крестцово-подвздошныя сочлененія, внутренняя поверхность вѣстца и копчика.

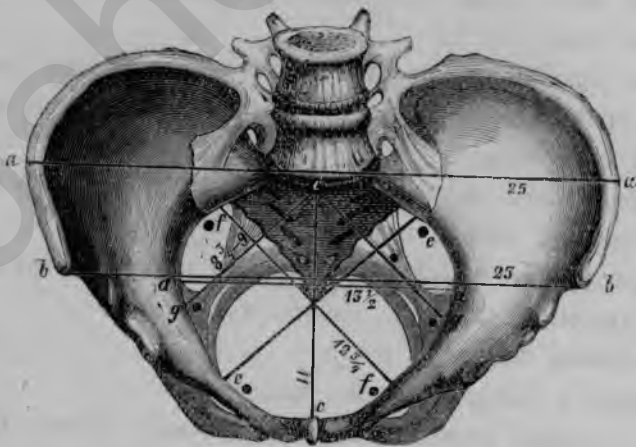
d) Въ правой и лѣвой половинѣ таза—точки, гдѣ оканчива ются поперечные размѣры трехъ отдѣловъ тазоваго канала, т. е. входа, полости и выхода.

Итакъ, напримѣръ, при предлежащей головкѣ, если затылокъ съ малымъ родничкомъ будутъ находиться вблизи одного изъ лонно-подвздошныхъ бугорковъ, то это будетъ передній видъ того или другого положенія. Если затылокъ находится вблизи одного изъ концовъ поперечнаго діаметра, то это будетъ поперечный видъ; если же затылокъ имѣетъ мѣсто у крестцово-подвздошнаго сочлененія, то это задній видъ одного изъ затылочныхъ положеній.

Нѣкоторые авторы называютъ затылочно-лоннымъ, подбородочно-лоннымъ, крестцово-лоннымъ положеніями, когда главный пунктъ предлежащей части находится у лоннаго сочлененія; когда же онъ имѣетъ мѣсто вблизи крестца матери, то — затылочно-крестцовымъ, подбородочно-крестцовымъ, крестцово-крестцовымъ.

*Памятная схема* въ 7-ми фигурахъ, на которыхъ можно видѣть: 1) діаметры большого таза; 2) діаметры трехъ отдѣловъ малаго таза, т. е. входа, полости и выхода; 3) отношеніе длины соименныхъ діаметровъ; 4) положеніе и виды ихъ при различныхъ правильныхъ предлежаніяхъ плода; 5) раздѣленіе малаго таза на двѣ половины, и 6) проводную линію дѣтородныхъ путей.

Фиг. 1.



Фиг. 1 представляетъ правильный тазъ.

*aa.* Діаметръ между средними гребешковъ подвздошныхъ костей (D. cr.)= $9\frac{1}{4}$ — $9\frac{1}{2}$ " или 25—25.7 (26) стм. <sup>1)</sup>.

*bb.* Діаметръ между передними верхними остями подвздошныхъ костей (D. sp.)= $8\frac{1}{2}$ —9" или 23.0—24.3 стм.

<sup>1)</sup> За единицу мѣры принимаемъ сантиметръ (1.0 или стм.).

Окружность большого таза съ переднею стѣнкой его, состоящею изъ мягкихъ частей, = 24—26" или 65.0—66.5 см.

Диаметры входа въ малый тазъ:

cc. настоящая (прямая) конъюгата <sup>1)</sup> (Conj. vera) = 4—4½" или 10.8—12 см.

ee. Правый косой диаметр (d. obliq. dext.) | = 4½" или 12.0 см.

ff. Лѣвый косой диаметр (d. obliq. sin.) |

dd. Поперечный диаметр (d. transv.) = 5" или 13.5 см.

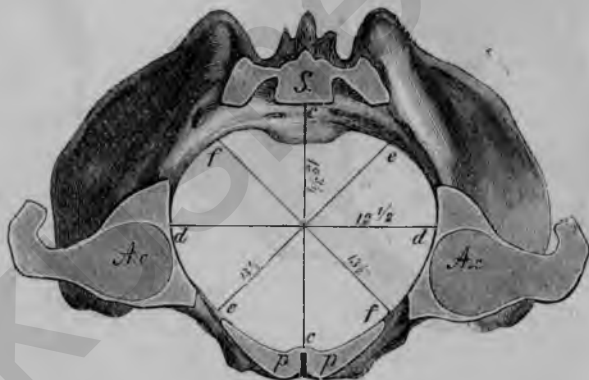
eg. Distantia sacrocotyloidea dextra | = 3—3¼" или 8—8.8 см.

en. Distantia sacrocotyloidea sinistra |

Черныя точки обозначаютъ мѣста, соотвѣтственно которымъ номѣщается тотъ или другой изъ главныхъ пунктовъ предлежащей части, какъ-то: на головкѣ—*большой или малый родничекъ*, на лицѣ—*лобъ или подбородокъ*, на ягодицахъ—*крестецъ и копчикъ*.

Если *главный пунктъ* предлежащей части находится въ лѣвой половинѣ таза, то будетъ 1-е положеніе; если главный пунктъ предлежащей части находится въ правой половинѣ таза, то будетъ 2-е положеніе. Если главный пунктъ, при какомъ бы то ни было положеніи, находится вблизи переднихъ концовъ одного изъ косыхъ диаметровъ или конъюгаты, то это будетъ передній видъ 1-го или 2-го положенія; если онъ находится вблизи заднихъ концовъ одного изъ косыхъ диаметровъ или конъюгаты, то это будетъ задній видъ 1-го или 2-го положенія. Если главный пунктъ находится вблизи поперечнаго диаметра, то это будетъ поперечный видъ 1-го или 2-го положенія.

Фиг. 2.



Фиг. 2 представляетъ разрѣзь правильного таза, сдѣланный параллельно безъимянной линіи и проходящій чрезъ средину сочлененія лонныхъ костей — *pp*, по нижней части тазобедренного сочлененія—*Ac* и чрезъ сочлененіе 2-го крестцоваго позвонка съ третьимъ—*S*. Это есть самое обширное мѣсто полости малаго таза:

cc. Прямой диаметр = 4½" или 12 см.

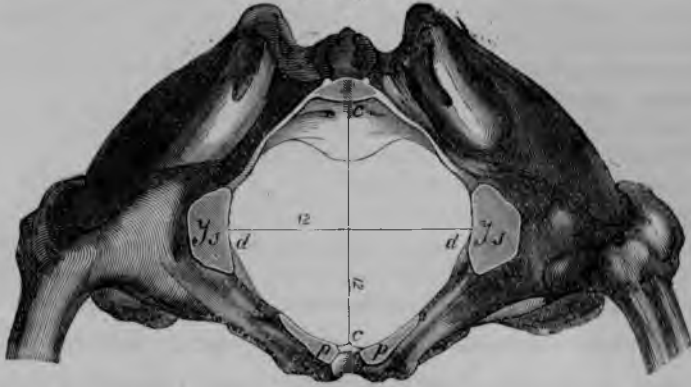
ff. Правый косой диаметр | = 5" или 13.5 см.

ee. Лѣвый косой диаметр |

dd. Поперечный диаметр = 4½" или 12.0 см.

<sup>1)</sup> Для краткости истинную или прямую конъюгату буду называть просто *конъюгата* и обозначать буквою *K*.

Фиг. 3.



Фиг. 3 представляет разръзъ, сдѣланный параллельно первому въ самой тѣсной части полости малаго таза. Онъ проходитъ сзади чрезъ сочлененіе крестцовой кости съ кончикомъ *S*; съ боковъ черезъ верхнюю часть сѣдалищныхъ костей *J* и спереди по нижнему концу лоннаго сочлененія *pp*.

*cc*. Прямой діаметръ = 4" или 10.8 см.

*dd*. Поперечный діаметръ (*Sp. ischii*) = 4" или 10.8 см.

Фиг. 4.



Фиг. 4 представляет выходъ таза снизу.

*cc*. Прямой діаметръ =  $3\frac{1}{2}$ " или 9.4 см., при отклоненіи копчика 4" или 10.8 см.

*ee*. Лѣвый косой діаметръ

*ff*. Правый косой діаметръ

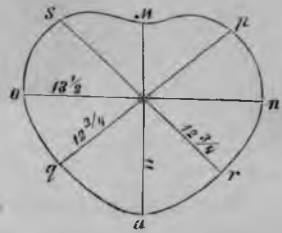
*dd*. Поперечный діаметръ

} = 4" или 10.8 см.

Фиг. 5.



Фиг. 6.



Фиг. 5 представляетъ разръзъ, проходящій чрезъ лонное сочлененіе и чрезъ середину тѣлъ остистыхъ отростковъ крестцовыхъ позвонковъ.

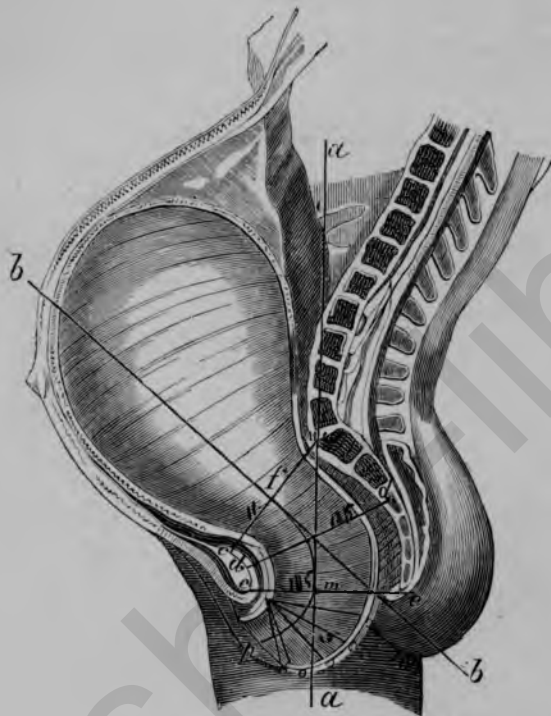
*Ma*. Конъюгата = 4" или 10.8 см.

*Mb*. Діагональная конъюгата =  $4\frac{1}{2}$ " или 12 см.

- ca*. Прямой диаметр обширной части полости малого таза =  $4\frac{1}{2}$ " или 12 см.  
*fb*. Прямой диаметр узкой части полости малого таза =  $4\frac{1}{4}$ " — 11.5 см.  
*gb*. Прямой диаметр выхода таза, при отклонении копчика, = 4" или 10.8 см.  
*ki*. Ось полости малого таза.

Фиг. 6 представляет контурь входа таза съ диаметрами. *М* мысь; *а* верхній конец лоннаго сочлененія.

Фиг. 7.



Фиг. 7 представляет проводную линию дѣтородныхъ путей *bfmp*. Плодъ рождается на свѣтъ по направленію этой линіи. Введеніе инструментовъ и руки оператора совершается по ея направленію. Матка здѣсь представлена беременною, зѣвъ раскрытъ, влагалище растянуто, копчикъ отклоненъ назадъ.

*М*—мысь, *с*—верхній конецъ лоннаго сочлененія, *е*—нижній конецъ лоннаго сочлененія и верхушка копчика, *д*—средняя часть лоннаго сочлененія и соединеніе 2-го крестцовогаго позвонка съ 3-мъ, *ooo*—задняя стѣпка влагалища, *р*—средина входа влагалища, *т*—средина прямогаго диаметра выхода таза, *ф*—средина конъюгаты.

*aa* продольная ось тѣла женщины; *се*—конъюгата; *дд*—прямой диаметр широкой части полости малого таза; *ее*—прямой диаметр выхода таза; < расходящіяся линіи отъ одного пункта влагалища, взятаго на мѣстѣ, соответствующемъ нижнему концу лоннаго сочлененія, къ различнымъ пунктамъ задней стѣпки его; *bf*—ось входа таза; *fm*—ось тазовой полости; *та*—ось выхода таза; *тр*—ось влагалища.

Теперь будетъ исполнѣ понятно, что проводная линія дѣтородныхъ путей у роженицы, лежащей на спинѣ, представляетъ кривую линію, идущую снизу вверхъ отъ средины входа влагалища до средины выхода таза, отсюда чрезъ средину конъюгаты и оканчивающуюся на пунктѣ или вблизи его.

Въ акушерскомъ отношеніи весьма важно знать направленіе проводной линіи таза сверху внизъ.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДЛЕЖАНИЙ И ПОЛОЖЕНИЙ ПРИ РОДАХЪ, СО

ВСЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ РАЗДѢЛЯЮТСЯ НА ДВА КЛАССА:

I-й КЛАССЪ.

**Правильныя:** продольныя или вертикальныя. Продольный діаметръ плода совпадаетъ съ продольнымъ діаметромъ матки.

A.

Предлежаніе волосистою частью головки или затылкомъ.

1-е положеніе или **затылочно-подвздошное лѣвое**. Затылокъ находится въ лѣвой половинѣ полости таза. (Спинка влѣво).

2-е положеніе **затылочно-подвздошное правое**. Затылокъ въ правой половинѣ полости таза. (Спинка вправо).

B.

Предлежаніе **лицкомъ**.

1-е положеніе **лобно-подвздошное лѣвое** или **подбородочно-подвздошное правое**. Лобъ въ лѣвой половинѣ таза, подбородокъ въ правой. Спинка влѣво, какъ въ 1-й затылочной позиціи.

2-е положеніе **лобно-подвздошное правое** или **подбородочное лѣвое**. Лобъ въ правой половинѣ таза, подбородокъ въ лѣвой. Спинка вправо, какъ во 2-й затылочной позиціи.

C.

Предлежаніе тазовымъ концомъ или ягодицами.

1-е положеніе или **крестцово-подвздошное лѣвое**. Крестецъ въ лѣвой половинѣ таза, спинка обращена влѣво.

2-е положеніе или **крестцово-подвздошное правое**. Крестецъ въ правой половинѣ таза, спинка вправо.

II-й КЛАССЪ.

**Неправильныя:** поперечныя или косыя. Продольный діаметръ плода пересѣкается съ продольнымъ діаметромъ матки подъ угломъ. Сюда относятся предлежанія туловищемъ.

Предлежанія туловищемъ можетъ быть:  
1) **Правымъ плечикомъ** или **правымъ бокомъ** плода.  
2) **Лѣвымъ плечикомъ** или **лѣвымъ бокомъ**.

*Примѣчаніе.*

Предлежанія плечикомъ бывають безъ выпаденія ручки и съ выпаденіемъ ея.

1-е положеніе: спинка впередъ (т. е. обращена къ передней стѣнкѣ матки); головка влѣво (т. е. въ лѣвой половинѣ большого таза или полости матки), (présentation du plan latéral droit; position céphalo-iliaque gauche).

2-е положеніе: спинка взадъ, головка вправо (présentation du plan latéral droit; position céphalo-iliaque droite).

1-е положеніе: спинка взадъ, головка влѣво (présentation du plan latéral gauche; position céphalo-iliaque gauche).

2-е положеніе: спинка впередъ, головка вправо (présentation du plan latéral gauche; position céphalo-iliaque droite).

КАЖДОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ИМѢЕТЪ ДВА ПОЛОЖЕНІЯ:



**СТАВЛЕННАЯ НА ОБЩЕПРИНЯТЫХЪ НАЧАЛАХЪ НАЕГЕЛЕ СТАРШАГО.**

Эта позиція подраздѣляется на три вида: 1) **передній**, когда затылокъ обращенъ влѣво и болѣе впередъ, т. е. находится вблизи лонно-подвздошнаго бугорка; 2) **поперечный** — затылокъ влѣво и продольный діаметръ головки совпадаетъ съ поперечнымъ діаметромъ таза, и 3) **задній** — затылокъ влѣво и болѣе взадъ, т. е. онъ находится у крестцово-подвздошнаго сочлененія. Эти виды нѣкоторые авторы считаютъ за особенныя положенія.

При 2-ой позиціи встрѣчаются такіе же виды, какъ и въ 1-мъ положеніи, съ тою разницею, что здѣсь въ правой половинѣ таза происходитъ то, что при первой позиціи было въ лѣвой его половинѣ.

Каждое лицевое положеніе подраздѣляется тоже на три вида: **передній, поперечный и задній**, точно такъ же, какъ и затылочные позиціи. Подбородокъ соответствуетъ затылку при затылочныхъ положеніяхъ, но подбородку же опредѣляется видъ лицеваго положенія.

Смотря по отношенію крестца младенца къ главнымъ точкамъ таза, мы различаемъ три вида: **передній, поперечный и задній**. Здѣсь крестецъ соответствуетъ затылку при затылочномъ положеніи. Если, напримѣръ, крестецъ младенца находится вблизи лоннаго сочлененія, то это будетъ передній видъ 1-го или 2-го положенія: если онъ имѣетъ мѣсто у крестцово-подвздошнаго сочлененія, то это будетъ задній видъ того или другого положенія. (См. примѣч. на слѣд. стр.).

*Примѣчаніе.* При родахъ тазовымъ концомъ младенца ножки обыкновенно бѣвають согнуты въ тазобедренныхъ сочлененіяхъ и бедра ихъ прижаты къ передней поверхности младенца; въ колѣнкахъ они согнуты такъ, что пятки находятся вблизи ягодицъ. Когда колѣнки при родахъ представляются первыми, то такое предлежаніе называется *колѣннымъ*. Оно случается крайне рѣдко. Если ножки совершенно разогнуты, такъ что предлежащую часть составляютъ подошвы, то предлежаніе называется *ножнымъ*. Предлежанія ножками и колѣнками подраздѣляются на *полныя* и *неполныя*, смотря по тому, предлежатъ ли обѣ ножки или колѣнки или одна изъ нихъ. Положенія колѣнками и ножками устанавливаются окончательно, когда тазовая часть плода вступитъ въ тазовой каналъ матери. Поэтому они тѣсно связаны съ положеніями ягодицъ и раньше вступленія ягодицъ въ полость таза несамостоятельны.



акusher-lib.ru

## ГЛАВА I.

### РАСПОЗНАВАНІЕ ПРЕДЛЕЖАНІЙ И ПОЛОЖЕНІЙ ВО ВРЕМЯ СРОЧНЫХЪ РОДОВЪ.

**О распознаваніи предлежаній вообще и важности его въ практическомъ отношеніи.** Говоря вообще, точное опредѣленіе предлежанія и особенно положенія младенца возможно лишь тотчасъ (приблизительно въ теченіе около часу) послѣ своевременнаго истеченія околоплодной жидкости. До этого времени оно не всегда удается. Распознаваніе легче у многорожавшихъ, чѣмъ у перворождающихъ, и вообще оно легче въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ брюшныя стѣнки матери не напряжены, вялы, и гдѣ оболочки плоднаго яйца мягки и тонки.

По истеченіи водъ, образованіе родовой (отечной) опухоли на предлежащей части плода крайне затрудняетъ распознаваніе положеній и ихъ видовъ, иногда же и предлежаній, особенно, если врачъ поздно приглашенъ и при роженицѣ отъ начала родовъ находилась повитуха или мало опытная акушерка.

Нельзя однакожь сказать, чтобы наука не владѣла вѣрными способами для распознаванія и въ трудныхъ случаяхъ.

При изслѣдованіи роженицъ мы прибѣгаемъ къ анамнезу и описанію прежней жизни, къ разспросу о послѣдней беременности, о предъидущихъ родахъ; употребляемъ всѣ способы для наружнаго изслѣдованія и устанавливаемъ нашъ діагнозъ, основываясь на внутреннемъ изслѣдованіи, помощью одного, двухъ пальцевъ, половины руки и наконецъ всей руки. Маточное зеркало можетъ быть полезно лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Можетъ быть я ошибаюсь, но таково мое убѣжденіе, что грубыя ошибки, случающіяся при распознаваніи предлежаній и положеній, зависятъ не столько отъ невозможности распознать ихъ, сколько отъ поверхностнаго, поспѣшнаго изслѣдованія, или отъ излишней довѣрчивости къ акушеркамъ.

Такъ, наприм., однажды случилось въ стѣнахъ, по-истинѣ, знаменитой Прагской школы, гдѣ три авторитета акушерства рѣшили произвести прободеніе головы и къ удивленію своему въ трубкѣ прободника Kiwisch-a увидѣли вмѣсто мозга — mesenium. Въ этомъ случаѣ смѣшано было предлежаніе тазовымъ концомъ съ предлежаніемъ черепнымъ.

Въ клиническомъ госпиталѣ, Имп. М. Х. Акад. нѣсколько лѣтъ тому назадъ, былъ примѣръ, гдѣ плечевое предлежаніе было смѣшано съ предлежаніемъ черепнымъ. Женщина привезена была изъ пороховаго завода, на 4-й день родовъ. Два врача (не занимавшіеся впрочемъ акушерскою практикою) дважды или трижды пытались положить щипцы на предлежащее плечо безъ выпаденія ручки. Мнѣ, хотя конечно не безъ затрудненія, удалось произвести подъ хлороформомъ трудный поворотъ на ножки; младенецъ былъ съ огромною опухолью плеча, которая выполняла полость малаго таза и симулировала головку.

На 2-мъ году моей практики, со мною былъ слѣдующій случай. Одна акушерка пригласила меня къ роженницѣ, страдавшей родовыми муками трое сутокъ; по причинѣ продолжительности родовъ и начавшихся припадковъ общихъ судорогъ (eclampsia), по мнѣнію ея, немедленно пужно было положить щипцы. Я нашелъ роженницу на поперечной кровати. Повѣривъ на слово акушеркѣ, тотчасъ приступилъ къ наложенію щипцовъ. Но при введеніи лѣвой и первой ложки щипцовъ я встрѣтилъ препятствіе, изслѣдовавъ причину косяго, къ удивленію моему, нашелъ маточный зѣвъ открытымъ не болѣе какъ на полтинникъ, края зѣва были истончены, весь сводъ, выпяченный и истонченный, плотно покрывалъ предлежащую головку, находившуюся уже въ полости малаго таза.

Мнѣ извѣстенъ подобный случай, гдѣ одинъ опытный акушеръ въ Петербургѣ, знаятъ своего дѣла, совершенно при такихъ же условіяхъ, преодолѣлъ препятствіе, и при извлеченіи младенца, оторвалъ влагалищную часть матки.

Вотъ еще примѣръ. Въ декабрѣ 1864 года я былъ приглашенъ одной акушеркою къ бѣдной роженницѣ для наложенія щипцовъ. Акушерка предупредила меня, сказавъ, что мужъ роженницы въ отлучкѣ и что въ домѣ, кромѣ старухи матери, никого болѣе нѣтъ. Я взялъ съ собою, какъ помощника, перваго встрѣтившагося студента изъ моихъ слушателей. При изслѣдованіи роженницы оказалось, что зѣвъ открытъ еще не болѣе какъ на полтинникъ, что роды остановились, послѣ преждевременнаго истеченія воды, отъ прекращенія потугъ. При употребленіи спорыньи и другихъ средствъ, возбуждающихъ потуги, роды окончились благополучно.

Я бы могъ еще болѣе привести подобныхъ примѣровъ, видѣнныхъ мною, почитаю достаточнымъ и вышеприведенныхъ.

Для избѣжанія подобныхъ погрѣшностей, въ каждомъ данномъ случаѣ, акушеръ долженъ съ педантическою точностью изслѣдовать самъ и примѣнить въ представившемся случаѣ всѣ извѣстные въ наукѣ способы изслѣдованія. Не опредѣливъ состоянія дѣтородныхъ частей матери, предлежанія и отношенія предлежащей части къ ёмкости таза, не слѣдуетъ предпринимать на удачу какаго-бы то ни было акушерскаго пособія.

Въ акушерской практикѣ весьма важно, или, лучше сказать, все счастье въ ней основано на умѣннѣ опредѣлить, дѣйствовать ли въ данномъ случаѣ выжидательно или же дѣятельно, и если дѣятельно, то какъ?

Безспорно, это пріобрѣтается опытомъ, знаніемъ многихъ фактовъ, умѣнемъ наблюдать и примѣнять все соотвѣтствующее данному случаю.

**Распознаваніе предлежаній и положеній затылочныхъ.**  
Въ громадномъ большинствѣ случаевъ, затылочное предлежаніе легко и

точно опредѣляется, не только послѣ своевременнаго излитія водъ, но и въ теченіи первыхъ двухъ періодовъ родовъ и у беременныхъ на сносахъ, а иногда и гораздо раньше. Головка младенца, въ послѣдніе мѣсяцы беременности, прощупывается пальцемъ чрезъ сводъ влагалища, обыкновенно позади лонныхъ костей, надъ входомъ таза, въ видѣ круглаго, гладкаго, твердаго тѣла, которое легко колеблется-баллотуируетъ (*ballotement*). Чѣмъ ближе къ концу беременности, тѣмъ болѣе головка опускается въ полость таза, достигая въ исключительныхъ случаяхъ до дна его. Слѣдовательно, въ это время головка легче ощупывается пальцемъ, а тѣмъ самымъ и распознается точнѣе. Головка, вступивъ значительную свою часть въ полость таза, что обыкновенно бываетъ въ послѣдніе дни беременности у рѣднрага, устанавливается неподвижно, и вызвать колебаніе ея уже невозможно. Съ раскрытіемъ маточнаго зѣва настолько, что сквозь него можно провести палець, чрезъ не напряженныя оболочки плоднаго яйца легко прощупывается или одинъ изъ швовъ, или одинъ изъ родничковъ. Коль скоро это возможно, будетъ-ли это въ послѣдніа недѣли, или дни беременности, или въ началѣ родовъ, то не только предлежаніе, но и положеніе головки распознается самымъ точнымъ образомъ.

И такъ, если *малый родничекъ находится въ лѣвой половинѣ таза, то мы опредѣляемъ 1-е затылочное положеніе* (затылочно-подвздошное лѣвое); если же *въ правой половинѣ, то 2-е затылочное положеніе* (затылочно-подвздошное правое).

Въ случаѣ, если, по какой бы то ни было причинѣ, мы не достигаемъ родничковъ, но прощупываемъ въ передней половинѣ таза часть круглую, гладкую, твердую, одну изъ половинъ волосистой части черепа, то, скользя по головкѣ двумя пальцами со стороны крестцовой впадины, въ направленіи къ мысу (*promontorium*), попадемъ на стрѣлообразный шовъ. Косвенное направленіе его указываетъ на одно изъ *затылочныхъ положеній*. Проводя пальцами по стрѣловидному шву, на одномъ изъ концовъ его найдемъ тотъ или другой родничекъ. Теперь, смотря по тому, къ какому именно пункту таза приближается малый родничекъ, судимъ о *видѣ* положенія. Если онъ находится вблизи одного изъ *подвздошно-лонныхъ буржорковъ*, то будетъ *передній видъ 1-го или 2-го затылочнаго положенія*; если—у одного изъ концовъ поперечнаго діаметра таза, то—*поперечный видъ*; если вблизи *крестцово-подвздошнаго* соединенія, то—*задній видъ*.

При началѣ же 4-го періода родовъ, если *малый родничекъ имѣетъ мѣсто у лоннаго соединенія*, то опредѣляемъ *затылочно-лонное положеніе*; если къ крестцовой впадинѣ, то *затылочно-крестцовое положеніе*. Опредѣленіе положенія подлежащей части и вида его вообще важно не только въ прогностическомъ отношеніи, но и при наложеніи щипцовъ, краниокласта и кефалотриба, въ нѣкоторыхъ же случаяхъ и при производствѣ поворота.

При распознаваніи затылочнаго положенія иногда необходимо знать: совершила-ли головка сгибаніе (*flexio*) или нѣтъ? Это мы рѣ-

шаемъ смотря по тому, который изъ родничковъ — большой или малый — глубже опустился въ полость таза. Если малый родничекъ легче достижается пальцемъ, чѣмъ большой, или, если послѣдній вовсе не прощупывается, то это значитъ, что головка совершила достаточное сгибаніе. Наоборотъ, легкое достиженіе большого родничка, при трудномъ или вовсе невозможномъ прощупываніи малаго, указываетъ на то, что сгибаніе головки еще не совершилось.

При болѣе значительномъ раскрытіи маточнаго зѣва и истонченіи его стѣнокъ, а тѣмъ болѣе съ излітіемъ водъ, только-что сказанныя данныя становятся еще болѣе доступными и ясными для осязанія даже мало опытнаго пальца. Это продолжается до тѣхъ поръ, пока на головкѣ не образуется такъ называемая родовая опухоль (*caput succedaneum*).

Съ развитіемъ этой опухоли швы и роднички болѣе или менѣе закрываются ею. Въ случаѣ продолжительнаго ущемленія головки, опухоль достигаетъ значительныхъ размѣровъ, выполняетъ большую часть полости малаго таза, и осязанію представляется часть мягкая, покрытая волосами, которые не легко осязаются, почему распознаваніе не только положенія, но и предлежанія затылкомъ, становится крайне затруднительнымъ. Въ подобныхъ случаяхъ, при поверхностномъ изслѣдованіи, легко смѣшать головку съ предлежаніемъ плеча безъ выпаденія ручки, съ предлежаніемъ ягодицъ или лица. Объ отличительномъ распознаваніи предлежаній при подобныхъ обстоятельствахъ будетъ сказано ниже.

Такъ называемыя косыя положенія головки фиг. 8 и 9 точнѣе и

Фиг. 8.



Фиг. 9.



легче распознаются послѣ излітія водъ по боковымъ родничкамъ, чешуйчатымъ швамъ и нахожденію уха вблизи проводной линіи таза. Здѣсь изслѣдованіе однимъ пальцемъ оказывается иногда недостаточ-

нымъ, и требуется введеніе въ дѣтородныя части двухъ пальцевъ, иногда же и половины руки.

Семіотическіе признаки, получаемые *изъ наружнаго акушерскаго изслѣдованія*, какъ-то: продольно-яйцевидная, правильно закругленная сверху форма матки, опредѣленіе, сквозь брюшныя стѣнки, мѣста нахождения крупныхъ и мелкихъ частей плода, сердцебіенія его, мѣста шевеленія, доставляютъ вспомогательныя данныя при распознаваніи предлежаній и положеній. Признаками, получаемыми осязаніемъ при наружномъ изслѣдованіи живота, можно воспользоваться лишь тогда, когда брюшныя и маточныя стѣнки до извѣстной степени уступчивы; а сердцебіеніемъ плода—если оно существуетъ и отчетливо выслушивается. Поэтому признаки эти болѣе или менѣе ясно выказываются въ случаяхъ легкихъ для распознаванія, гдѣ, конечно, они не такъ важны, какъ въ случаяхъ болѣе трудныхъ.

Мы только-что указали на то обстоятельство, что развитіе головной опухоли въ значительныхъ размѣрахъ, вслѣдствіе ущемленія головки, иногда крайне затрудняетъ распознаваніе. Въ этихъ случаяхъ, по причинѣ продолжительности родовъ, матка нерѣдко сокращается спазмодически, иногда же тетанически и плотно обхватываетъ плодъ; брюшныя стѣнки бываютъ или растянуты газами, или весьма чувствительны, такъ что все это лишаетъ возможности не только прощупать части плода, но даже и контуры матки. Сердцебіеніе плода или уже прекратилось, или, если оно существуетъ, то весьма неясное.

Не лишнимъ считаю замѣтить, что и въ тѣхъ случаяхъ, когда представляется возможность опредѣлить на животѣ матери мѣсто самаго яснаго и отчетливаго фетальнаго сердцебіенія, не всегда по оному можно съ точностью заключить о предлежаніи плода. Такъ, при предлежаніяхъ затылка и лица сердцебіеніе плода находится въ одномъ и томъ же мѣстѣ. При поперечныхъ положеніяхъ плода сердцебіеніе весьма часто имѣетъ мѣсто въ подчревной области (*regio hypogastrica*). По мѣсту нахождения сердцебіенія иногда можно довольно вѣрно опредѣлить положеніе плода и даже видъ его, если предлежаніе уже извѣстно.

Коль скоро, въ послѣдніе дни беременности или въ началѣ родовъ, *предлежащая часть плода стоитъ такъ высоко*, что пальцами—однимъ или двумя—дойти до нея невозможно, то это требуетъ особенныхъ заботъ со стороны акушера; присутствіе его необходимо съ самаго начала родовъ, такъ какъ со всею вѣроятностію можно предполагать, что въ данномъ случаѣ плодъ не представится къ родамъ затылкомъ. Тутъ тщательное акушерское изслѣдованіе, наружное и внутреннее, иногда повторенное нѣсколько разъ, строгій анализъ полученныхъ признаковъ, сличеніе ихъ между собою могутъ доставить достаточныя данныя для узнанія причины высокаго положенія предлежащей части. Оно можетъ зависѣть отъ предлежанія плода и въ такомъ случаѣ можетъ быть: ягодичное, поперечное, косвенное, иногда лицевое и косое положеніе головки. Высокое стояніе предлежащей части можетъ быть и отъ другихъ причинъ, какъ то: отъ сильнаго наклоненія беременной матки впередъ,



вслѣдствіе частыхъ родовъ, отъ дву-трехъ плодной беременности, отъ обилія околоплодной жидкости, отъ ненормальной величины головки, вслѣдствіе соврожденной водянки ея, и, наконецъ, отъ уменьшенной вмѣстимости таза.

**Распознаваніе головной водянки плода во время родоразрѣшенія.** — Соврожденная внутренняя головная водянка плода легко распознается во время родового акта только тогда, когда объемъ головки увеличенъ и младенецъ предлежитъ ею. Въ тѣхъ, прочемъ, крайне рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ при соврожденной водянкѣ головы объемъ ея нормальный, еще рѣже уменьшенный, распознаваніе этой болѣзни невозможно во время родовъ. Понятно, что увеличенный объемъ головки вліяетъ неблагоприятно на ходъ родовъ и важенъ въ діагностическомъ отношеніи, потому что требуетъ иногда акушерской помощи, сообразно величинѣ головки и степени ея резистенціи, о чемъ сказано будетъ въ своемъ мѣстѣ.

Во время беременности мы предполагаемъ существованіе этой болѣзни плода, если передъ тѣмъ женщина имѣла несчастье два-три раза родить дѣтей съ подобною болѣзнію. Головка гидроцефалика, увеличенная въ объемѣ, какъ бы удлинняясь въ видѣ конуса, трудно вступаетъ въ полость таза, потому-то 2-й и 3-й періоды родовъ могутъ продолжаться долѣе обыкновеннаго. Палецъ, введенный въ предматочникъ, встрѣчаетъ головку, увеличенную въ объемѣ; на мѣстѣ швовъ находятся болѣе или менѣе широкія, перепончатая пространства, окаймленные твердыми краями плоскихъ костей, болѣе или менѣе подвижныхъ. Если головка находится еще во входѣ таза, то эти перепончатая пространства мало выпячиваются и уступаютъ легкому давленію пальца; если же головка уже опустилась въ тазъ и скопленіе жидкости въ полости ея значительно, то перепончатая пространства выпячиваются, особенно во время потуги. Роднички бывають увеличены во всѣхъ направленіяхъ; иногда можно осязать зыбленіе чрезъ перепонки швовъ и родничковъ.

Не лишнимъ считаю замѣтить, что отечная головная опухоль (*caput succedaneum*) не препятствуетъ распознаванію головной водянки, даже при продолжительныхъ родахъ. До настоящаго времени мнѣ ни разу не встрѣтилось значительное развитіе *capitis succedanei* при водянкѣ головы.

При предлежаніяхъ плода нижнимъ концомъ, распознаваніе головной водянки возможно только по выхожденіи туловища. Оно бываетъ вообще труднѣе, чѣмъ при черепныхъ предлежаніяхъ. Здѣсь расхожденіе ламбдообразныхъ швовъ и увеличеніе малаго родничка могутъ служить указателями болѣзни, такъ какъ мы знаемъ, что оно бываетъ только при обильномъ скопленіи жидкости въ полости черепа.

При поперечныхъ и косыхъ положеніяхъ, распознаваніе этой болѣзни возможно при изслѣдованіи всею рукою. Обыкновенно, при подобныхъ обстоятельствахъ, болѣзнь эта распознается случайно, когда производятъ поворотъ или, при опредѣленіи положенія младенца, когда для этого необходимо ввести всю руку въ полость матки.

Головку гидроцефалика есть возможность смѣшать съ головкою мацерированнаго плода. Но въ этомъ послѣднемъ случаѣ головка младенца представляется въ видѣ мѣшка, наполненнаго костями черепа, которыя бывають обыкновенно весьма подвижны, на всей поверхности которой нельзя встрѣтить перепончатыхъ пространствъ, имѣющихъ извѣстную степень резистенціи. Притомъ здѣсь слѣдуетъ принять въ соображеніе отсутствіе признаковъ жизни плода за нѣкоторое время до наступленія родовъ.

Распознаваніе *наружной головной водянки* бываетъ гораздо труднѣе. Она обыкновенно сопутствуетъ общую, иногда же и внутреннюю головную водянку. Наружная головная водянка, въ смыслѣ акушерскомъ, неважна, ибо она сама по себѣ не причиняетъ особенныхъ затрудненій во время родовъ, кромѣ развѣ тѣхъ случаевъ, когда она осложняетъ внутреннюю головную водянку.

**Распознаваніе гемикефалии.** Распознаваніе гемикефалии во время родовъ, по моему мнѣнію, при внимательномъ изслѣдованіи, послѣ разрыва оболочекъ плоднаго яйца, не составляетъ большихъ затрудненій. Во время потугъ, предлежащая часть представляется большею частію въ видѣ сильно отекившихъ ягодичъ, плеча или напряженнаго плоднаго пузыря съ толстыми плевами. Виѣ потугъ опухоль спадаетъ, сквозь ея стѣнки легко прощупываются края плоскихъ костей черепа, иногда недоразвитыя теменныя и лобныя кости; глаза осязаются въ видѣ значительно выдающихся полушаровидныхъ опухолей. Изслѣдуя, послѣ этого, вдающуюся въ полость таза опухоль во время ея напряженія, еще точнѣе можно убѣдиться, что она покрываетъ полуоткрытый черепъ. На поверхности ея иногда находятя кисты, какъ это можно видѣть на прилагаемомъ рисункѣ гемикефалика, ф. 10, родившагося въ 1864 г. въ клиникѣ Имп. М. Х. Академіи.

**Распознаваніе акефалии.** Распознаваніе безглавія плода (*асерфалиа*), во время рожденія его на свѣтъ, гораздо труднѣе, чѣмъ только-что описаннаго недостатка утробнаго развитія. Безглавіе, кромѣ нѣ котораго замедленія при родахъ, не представляетъ особенныхъ затрудненій. Ходъ родовъ здѣсь, если можно сравнить, совершается подобно тому, какъ это бываетъ при задержаніи.

**Распознаваніе грыжи мозга.** Грыжа мозга плода (*енсерфалоцеле*) распознается по мягкой опухоли, съ

узкимъ основаніемъ, какъ бы входящимъ въ полость черепа, въ которомъ иногда можно прощупать отверстіе. Опухоль иногда пульсируетъ изо-хронически съ сердцебіеніемъ плода. Она сама по себѣ мало затрудняетъ ходъ родовъ и рѣдко можетъ потребовать посторонней помощи.

Фиг. 10.



Въ доказательство этого, изъ многихъ случаевъ мозговыхъ грыжъ у младенцевъ видѣнныхъ мною, приведу вкратцѣ два, какъ самыя замѣчательныя по величинѣ грыжъ.

Ф. 11 представляетъ головку 4-хл-недѣльнаго дитяти, у котораго была соврожденная головная водянка съ грыжевою опухолью. Роды (первородящей) продолжались

Фиг. 11.



23 часа; 3-й и 4-й періоды около 8-ми часовъ. Я нашла младенца уже родившимся на свѣтъ, безъ всякаго пособия со стороны искусства. Къ сожалѣнію, роды совершились внѣ клиники, поэтому механизмъ ихъ ускользнулъ отъ моего наблюденія. Простая повитуха, конечно, ничего не могла мнѣ сообщить. Послѣ рожденія младенца, величина опухоли, по отношенію къ головкѣ, была немногимъ меньше того, какъ она представлена на рисункѣ.

Дитя, сообразно 4-хл-недѣльному возрасту, довольно хорошо развито. Головка нормальной величины, роднички немногимъ обширнѣе нормальныхъ. На затылочной области черепа находится громадная опухоль, величиною больше головки, шарообразная,

на тонкой ножкѣ. Продольный размѣръ ея отъ ножки до верхушки имѣеть  $3\frac{3}{4}$ ", поперечный— $3\frac{1}{2}$ ". Опухоль покрыта продолженіемъ общихъ покрововъ головы съ волосами у основанія. На поверхности въ 4-хл мѣстахъ замѣчаются довольно глубокія изъязвленія, дно которыхъ состоитъ изъ весьма тонкой перепонки, готовой лопнуть. На этихъ мѣстахъ, тотчасъ послѣ рожденія младенца на свѣтъ, замѣчались отечныя опухоли, происшедшія влѣдствіе сильнаго сжатія опухоли. Опухоль была упруга на оцупъ и непрозрачна. Перкуссия давала равномерно тупой звукъ. Зыбленіе въ опухоли жидкости осазалось весьма ясно. Давленіе на опухоль представляло два явленія, негармонизирующія между собою: съ одной стороны оно не вызывало мозговыхъ припадковъ и не нарушало спокойствія дитяти, съ другой—довольно ясно указывало на сообщеніе полости опухоли съ полостью черепа, потому что при легкомъ сжатіи опухоли, большой родничекъ явно приподнимался и ясно ощущалась волна колеблющейся жидкости. Дыханіе, крикъ и сосаніе не оказывали особеннаго вліянія на опухоль. На задней нижней поверхности затылочной кости, въ томъ мѣстѣ, гдѣ была ножка или суженная часть опухоли, ощущивалось углубленіе, окаймленное явственнымъ плотнымъ краемъ, въ видѣ кольца. Предположено, съ большою вѣроятностію, сообщеніе между мѣшкомъ и полостью черепа.

На другой день послѣ поступленія дитяти въ клинику опухоль вскрылась произвольно и опоржпилась быстро.

Въ небольшомъ количествѣ собранной жидкости найдено: много сахара, фосфорно, сѣрно-кислыхъ и хлористыхъ солей. Зондъ, введенный осторожно до кольцообразнаго углубленія, показалъ, что оно закрыто чѣмъ-то мягкимъ, но не костью. На слѣдующій день дитя перестало сосать, появилась спячка, безпрерывно повторявшіяся судороги и на 6-й день послѣ вскрытія опухоли, въ концѣ 5-й недѣли жизни, оно умерло во время судорожнаго припуга.

Вскрытіе показало, что стѣнки опухоли состояли изъ кожи, подкожнаго слоя клѣтчатки и сухожильнаго растяженія.

На нижней задней поверхности затылочной кости найдено отверстіе, величиною въ гривенникъ, закупоренное ущемившимися и помертвѣвшими оболочками мозга. Оболочки мозга въ отечномъ состояніи; скопленіе серозной жидкости между твердою оболочкою и костями черепа. Боковые желудочки растянуты густою жидкостью, похожею на сливки; большой мозгъ представляется въ видѣ мѣшка, наполненнаго сказанною жидкостью. Всѣ части мозга, исключая четверныя возвышенія (*corpora quadrigemina*) въ состояніи смѣтанообразнаго размягченія. Гиперемія мозжечка.

Ф. 12 представляетъ ластоящую мозговую грыжу. Случай этотъ въ отношеніи акушерскомъ описанъ мною, въ отношеніи анатомическомъ—*проф. Венцелемъ Груберомъ*, въ Военно-Медицинскомъ Журналѣ за 1856 г., ч LXIV, стр. 58—66 подъ заглавіемъ:

*Proencephalus cum labio leporino, vinctu lupino et defectu partium artuum singularum.*

Изъ описанія видно, что плодъ умеръ во время родовъ, что опухоль, при самыхъ неблагоприятныхъ условіяхъ со стороны младенца (1-е положеніе лѣвымъ плечомъ), не воспрепятствовала произвольному окончанію родовъ.

Она представляла по срединѣ лобной области (regio frontalis) всячій большой мѣшокъ, отдѣляющійся отъ черепа шейкою. Этотъ мѣшокъ оказываетъ зыбленіе и не сильно растянутъ. Спавшійся, какъ онъ лежитъ предо мною, на секціонномъ столѣ, говоритъ проф. Грuberъ, мѣшокъ этотъ имѣетъ 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> д. въ длину и 5 д. въ ширину, въ объемѣ же 12 д. Стянутая шейка имѣетъ около 1 д. въ поперечникѣ и 4<sup>3</sup>/<sub>4</sub> д. въ объемѣ.

Верхняя губа слѣва въ вертикальномъ направленіи расщеплена (labium leporinum). Этой щели соответствуетъ въ полости рта расщепленное слѣва твердое и мягкое небо (vinctus lupinus), отъ чего происходитъ сообщеніе между полостью рта и лѣвою полостью носа. Правой верхней конечности (кроме верхняго плеча) не имѣется. На лѣвой верхней конечности указательный и четвертый пальцы не имѣютъ двухъ последнихъ суставовъ. На правой нижней конечности нѣтъ стопы. Надъ нижнимъ концомъ голени виситъ кожистая шишка.

На лѣвой нижней конечности нѣтъ цѣлой голени вмѣстѣ со стопой.

Внутреннее изслѣдованіе трупа весьма подробно описано нашимъ знаменитымъ анатомомъ. См. 1. с. стр. 58.

**Распознаваніе предлежаній и положеній лицомъ.** Лобъ, глазныя яблоки, носъ съ ноздрями, ротъ съ краями челюстей и языкомъ и подбородокъ характеризуютъ лицевую часть черепа. Прощупываніе одной только изъ этихъ частей достаточно для опредѣленія предлежанія. Опредѣленіе отношенія подбородка или лба къ костямъ таза указываетъ на положеніе. Мѣсто нахождения подбородка относительно главныхъ пунктовъ на костяхъ полости таза показываетъ видъ положенія. Лобъ обыкновенно глубже другихъ частей лица опускается въ полость таза и первый прощупывается при внутреннемъ изслѣдованіи. Онъ представляется въ видѣ сегмента шара, съ лобнымъ швомъ, который оканчи-

Фиг. 12.



вается въ одну сторону угломъ большаго родничка, въ другую же, по направленію продольнаго діаметра лица, переходитъ къ носу, представляющемуся въ видѣ опухоли съ двумя отверстиями поздрей. Проводя палець въ поперечномъ направленіи лица прощупываемъ одно или оба глазныя яблоки, въ видѣ небольшихъ опухолей, окруженныхъ костными краями. Далѣе, по направленію того же діаметра, встрѣчаемъ *ротъ и подбородокъ* — *части лица всегда доступны изслѣдованію, а потому самыя существенныя, въ смыслъ діагностическомъ.* Ротъ представляется въ видѣ отверстія, въ которое легко вводится конецъ пальца, встрѣчающій тотчасъ края челюстей и языкъ. Если младенець живъ, то онъ иногда сосетъ палець. Поэтому, достигнувъ изслѣдующимъ пальцемъ ротъ и подбородокъ плода, при внимательномъ изслѣдованіи опредѣляется не только предлежаніе лица, но его положеніе и даже видъ положенія. Такъ, если *лобъ* находится въ лѣвой половинѣ таза, то понятно, что *подбородокъ* будетъ имѣть мѣсто въ правой. Это будетъ *первое лицевое положеніе* (лобно-подвздошное лѣвое, или все равно подбородочно-подвздошное правое). Если *лобъ* въ правой половинѣ таза, то *подбородокъ* въ лѣвой; и это будетъ *2-е лицевое положеніе* (лобно-подвздошное правое или подбородочно-подвздошное лѣвое). Видъ положенія опредѣляется совершенно по тѣмъ же правиламъ, которыя были изложены выше при затылочныхъ положеніяхъ, замѣняя только затылокъ подбородкомъ. *Подбородочно-лоннымъ* называемъ тотъ видъ лицеваго положенія, когда подбородокъ лежитъ вблизи лоннаго соединенія, *подбородочно-крестцовымъ* — если подбородокъ помѣщается вблизи крестца матери.

Предлежанія лицевыя, подобно затылочнымъ, большею частію легко распознаются во время родовъ, но встрѣчаются и затрудненія. Легкость или трудность распознаванія зависитъ отъ періода родовъ. *До родовъ* оно почти невозможно по причинѣ высокаго стоянія предлежащей части; оно затрудняется до излитія водъ напряженностью оболочекъ плоднаго яйца, высокимъ положеніемъ, а послѣ излитія — отечнымъ состояніемъ лица и преимущественно щекъ. Въ первомъ случаѣ, сквозь напряженныя оболочки, органы и области, характеризующіе лицо, трудно осязаются; во второмъ отечная опухоль щекъ, особенно если она достигла значительныхъ размѣровъ, скрываетъ носъ, глазныя яблоки, измѣняетъ направленіе расщелины рта изъ поперечной въ продольную. Во всякомъ случаѣ, коль скоро есть возможность отыскать ротъ и въ него ввести палець, то въ распознаваніи предлежанія, положенія и вида его ошибки быть не можетъ. Ротъ можетъ быть смѣшанъ съ отверстиемъ задняго прохода (anus), но при внимательномъ изслѣдованіи ошибка невозможна.

Палець, вводимый въ ротъ рождающагося плода, не встрѣчаетъ сопротивленія; тотчасъ прощупываются края челюстей, языкъ или твердое небо, иногда младенець сосетъ палець. При проведеніи пальца въ задній проходъ встрѣчается сопротивленіе, особенно, если младенець живъ; тогда въ anus входитъ только верхушка пальца. Въ отверстіи прощупывается верхушка *копчика*. Если младенець мертвъ, сфинктеры расслаб-

лены, то палецъ входитъ свободнѣе; на наружныхъ дѣтородныхъ частяхъ матери, во влагалищѣ и на пальцѣ изслѣдователя замѣчается иногда *mesonium*.

**Распознаваніе предлежаній и положеній нижнимъ концомъ плода: ягодицами, ножками или ножкою.** — Предлежаніе нижнимъ концомъ плода, у беременной на сносахъ и въ началѣ родовъ, до разрыва плоднаго пузыря, можетъ быть опредѣлено помощію наружнаго акушерскаго изслѣдованія, при тѣхъ благопріятныхъ условіяхъ со стороны матери, при которыхъ чрезъ брюшныя стѣнки можно прощупать крупныя части плода и преимущественно головку. Въ такомъ случаѣ она прощупывается въ видѣ твердаго, круглаго тѣла, находящагося у дна полости матки, отклоненнаго въ ту или другую сторону. Сердцебіеніе плода выслушивается въ верхнемъ отрѣзкѣ матки. При внутреннемъ изслѣдованіи находимъ, что предлежащая часть стоитъ настолько высоко, что изслѣдующимъ пальцемъ или вовсе не прощупывается, или достигается, но съ большимъ трудомъ. Иногда сквозь нижній сегментъ матки или оболочки плоднаго яйца, осязается мелкая часть, стопа или колѣно, обыкновенно весьма подвижная, легко ускользящая отъ пальца. Иногда, но далеко не всегда, пузырь, формируясь, принимаетъ продолговатую форму. Гораздо чаще величина выпяченнаго во влагалище пузыря бываетъ значительныхъ размѣровъ и первыя воды, окрашенныя иногда *mesonіо*, истекаютъ въ обиліи, вслѣдствіе того, что ягодицы, вступая во входъ таза, не вполне его закрываютъ; но это бываетъ и при другихъ предлежаніяхъ.

По излитіи водъ, предлежанія ягодицами, ножками или ножкою, колѣнными или колѣнномъ опредѣляются самымъ точнымъ образомъ.

Ягодицы распознаются по двумъ полусферическимъ мягкимъ опухолямъ, опускающимся въ полость малаго таза. Передняя опухоль опускается ниже, на ней прощупывается одно мѣсто болѣе плотное — это большой вертелъ, который можетъ иногда ввести въ заблужденіе неопытный палецъ, принимающій ягодицы за затылокъ, особенно, если изслѣдованіе будетъ производиться во время потугъ. Но, проводя палецъ по предлежащей части, въ направленіи къ крестцовой впадинѣ и вверхъ, встрѣчается другая мягкая опухоль. Между опухолями находится углубленіе, въ которомъ встрѣчается отверстіе (*anus*). Оно составляетъ главную часть при опредѣленіи предлежанія и положенія ягодицами. Прощупавъ верхушку копчика и скользя пальцемъ по углубленію, находимъ въ одной сторонѣ крестецъ, въ другой — дѣтородныя части плода <sup>1)</sup>. Убѣдившись, но только что изложеннымъ признакамъ,

<sup>1)</sup> Хотя по дѣтороднымъ частямъ можно опредѣлить полъ плода прежде рожденія его на свѣтъ, но весьма легко и впасть въ ошибку. Мошонка (*scrotum*) и большія дѣтородныя губы, обыкновенно припухшія, представляются въ видѣ круглой мягкой опухоли, выдающейся между бедрами. Различіе заключается въ томъ, что, при проведеніи пальцемъ по опухоли отъ копчика къ передней поверхности тѣла плода, ощущаемъ мошонку въ видѣ опухоли верздѣльной, большія же дѣтородныя губы представляютъ при этомъ опухоль раздѣльную. Поэтому палецъ попадаетъ въ углубленіе, въ которомъ встрѣ-

что ощущаемое отверстие есть действительно anus съ верхушкою копчика, безъ всякаго затрудненія можно опредѣлить не только предлежа- ніе и положеніе, но и виды ихъ.

Итакъ, если *крестцовая область плода* находится въ лѣвой половинѣ таза, то это будетъ *1-е ягодичное положеніе (крестцовоподвздошное лѣвое)*; если же она находится въ правой половинѣ таза, то *2-е ягодичное положеніе (крестцово-подвздошное правое)*.

При опредѣленіи видовъ положеній, весьма важно знать, куда обращены передняя и задняя поверхности тѣла плода. Это узнается по вер- хушкѣ копчиковой кости.

Диагностика предлежаній ножками по излитіи водъ не составляетъ особенной трудности.

*Ножка* при высокомъ ея положеніи можетъ быть *смѣшана съ ручкою*.

Отличія слѣдующія:

1. *Стопа* съ голенью соединяется подъ угломъ и у плода верхняя поверхность ея значительно при- ближена къ передней поверхности голени, поэтому, при изслѣдованіи, *пятка*, какъ ниже стоящая, всего чаще ощупывается прежде другихъ частей стопы.

2. *Стопа* представляется до- вольно узкою, имѣющею одинъ край толстый и вогнутый, другой узкій, пальцы короткіе, плотно прилега- ютъ другъ къ другу, почти одина- ковой длины. Мышечки толстыя.

1. *Ручная кисть* съ предпле- чіемъ соединяется въ прямой ли- нии, при изслѣдованіи всего чаще осязаются согнутые пальцы.

2. *Ручная кисть* шире стопы, края ровные, большой палецъ зна- чительно отстоитъ отъ указатель- наго, пальцы длиннѣе причемъ длина ихъ различна, живой плодъ иногда захватываетъ ими палецъ изслѣдователя.

По отношенію толстаго края стопы къ пяткѣ и по большому пальцу легко опредѣлить правую и лѣвую ножку.

*Пятка* можетъ быть *смѣшана съ локтемъ*.

Стоитъ только, при нѣкоторомъ вниманіи, провести палецъ какъ можно выше по предлежащей части, и, при предлежаніи пяткою, съ одной стороны встрѣтимъ стопу съ пальцами, съ другой — лодыжки, а при локтѣ — предплечіе и ручную кисть. Ножки составляютъ весьма подвижныя части и положеніе ихъ окончательно устанавливается послѣ того, какъ тазовая часть плода вступитъ въ полость таза матери, по- этому опредѣленіе положеній ножками не важно.

Весьма легко распознаваніе предлежаній колѣнями, которыя, какъ извѣстно, встрѣчаются очень рѣдко. Стоитъ только указать на объемъ

---

часть входъ во влагалище. Зная, что входъ во влагалище плода закрытъ сказанною опухолью, состоящею изъ 2-хъ частей, нѣтъ, кажется, возможности смѣшать входъ во влагалище съ заднимъ проходомъ.



колѣннаго сустава и надколѣвную чашечку (patella), чтобы не смѣшать этого предлежанія съ локтевымъ.

**Распознаваніе предлежаній туловищемъ или такъ называемыхъ поперечныхъ и косыхъ положеній.** — *Своевременное* распознаваніе предлежанія туловищемъ тѣсно связано съ благополучнымъ исходомъ родовъ для матери и младенца. Чѣмъ заблаговременнѣе оно будетъ узнано, тѣмъ благопріятнѣе исходъ родовъ для матери и плода; чѣмъ позже по истеченіи водъ, тѣмъ болѣе представляется опасности для матери и младенца. Впослѣдствіи, при описаніи акушерскихъ операцій, мы покажемъ, какъ извѣстными оперативными способами, при стоящихъ водахъ и тотчасъ по истеченіи ихъ, предлежаніе туловищемъ легко измѣняется въ одно изъ правильныхъ (вертикальныхъ), почти безнаказанно для матери и плода. Это измѣненіе предлежанія, можно сказать, всегда *необходимое* для окончанія родовъ, гораздо труднѣе достигается, и съ гораздо большею опасностью для жизни матери и младенца, если его предпринимаютъ нѣсколько часовъ спустя по истеченіи водъ. Въ такихъ случаяхъ младенецъ весьма часто погибаетъ еще въ маткѣ или тотчасъ по рожденіи на свѣтъ; мать же иногда подвергается тяжкимъ послѣдствіямъ, зависящимъ частію отъ операціи, частію же отъ продолжительности родового акта. Если, къ только что сказанному въ общихъ чертахъ, присовокупить безсиліе въ этомъ случаѣ природы, то-есть: крайне рѣдкіе примѣры произвольнаго, не говоря благополучнаго, окончанія родовъ при предлежаніяхъ туловищемъ, то потребность *своевременнаю* распознаванія ихъ, въ интересахъ спасенія жизни плода и матери, оказывается еще необходимѣе.

Предлежаніе туловищемъ можетъ быть распознано у беременной на сносахъ, у роженицъ—въ теченіе 1-го и 2-го періода, но не всегда такъ вѣрно и безошибочно, какъ по истеченіи водъ.

Предлежаніе туловищемъ *до излитія водъ* подозрѣваемъ, а иногда и несомнѣнно распознаемъ помощью наружнаго и внутренняго акушерскаго изслѣдованія, преимущественно перваго. При первомъ получаемъ положительныя данныя, если ихъ возможно открыть, при второмъ изслѣдованіи — отрицательныя. При наружномъ изслѣдованіи обращаемъ вниманіе: на неправильную форму живота, на матку, увеличенную болѣе въ поперечныхъ и косыхъ чѣмъ въ продольныхъ размѣрахъ, на членорасположеніе плода и особенно на мѣсто нахождения головки вблизи одной изъ подвздошныхъ областей, на сердцебиеніе плода, которое въ большей части случаевъ находимъ въ надчревной области. При изслѣдованіи однимъ или двумя пальцами, введенными въ предматочникъ, не находимъ предлежащей части плода: вмѣсто ея иногда встрѣчаемъ одну изъ мелкихъ частей его, или предлежащую пуповину.

Медленному раскрытію маточнаго зѣва, болѣе понеречно-овальной, чѣмъ круглой формѣ его, а равно выпячивающимся сквозь зѣвъ, иногда въ видѣ продольно-овальнаго пузыря, оболочкамъ плоднаго яйца, я не приписываю особеннаго значенія. Оно можетъ быть и не быть, и притомъ встрѣчается при другихъ предлежаніяхъ.

Не лишнимъ считаю замѣтить, что предлежаніе туловищемъ устанавливается окончательно только по истеченіи водъ. При точныхъ клиническихъ наблюденіяхъ, мнѣ неоднократно удавалось прослѣдить и убѣдиться, что предлежанія туловищемъ въ послѣдніе дни беременности и въ первыхъ двухъ періодахъ родовъ сами собою, чрезъ *произвольный поворотъ*, измѣняются въ правильныя. Произвольный поворотъ, при строгомъ наблюденіи беременныхъ на сносахъ, случается гораздо чаще, чѣмъ это до сихъ поръ предполагали.

*По излитіи водъ* внутреннее изслѣдованіе доставляетъ вѣрныя данныя для распознаванія, наружное — только вспомогательныя. Извѣстно, что туловище плода представляется къ родамъ *правымъ* или *лѣвымъ* бокомъ. Всего чаще встрѣчаются такъ называемыя плечевыя предлежанія; но нѣтъ ни одной части плода, начиная отъ верхней части шеи и до сѣдалищнаго бугра каждаго бока, которая не могла бы предлежать. Эти предлежанія составляютъ видоизмѣненія плечеваго, и такъ какъ для измѣненія этого рода неправильныхъ положеній въ правильныя достаточно знать, который предлежитъ бокъ, мѣсто нахождения головки и передней или задней поверхности плода, то обыкновенно, при изложеніи этого предмета, обращаютъ вниманіе на плечевыя положенія, и все, что говорится о плечевыхъ положеніяхъ, можетъ быть отнесено и къ ихъ видоизмѣненіямъ.

*Плечевое предлежаніе плода можетъ быть безъ выпаденія ручки и съ выпаденіемъ ея.*

Ручная кисть можетъ находиться въ зѣвѣ, во влагалище, между наружными дѣтородными частями и внѣ ихъ.

**Распознаваніе плечеваго предлежанія и положенія съ выпаденіемъ ручки.** Оно гораздо легче, чѣмъ безъ выпаденія ручки. Коль скоро ручная кисть находится на одномъ изъ только что указанныхъ мѣстъ родового пути, и внутреннимъ изслѣдованіемъ помощью пальца не находимъ во входѣ таза ни головки, ни ягодиць, то съ точностью опредѣляемъ *предлежаніе туловища правымъ или лѣвымъ бокомъ*.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при наружномъ изслѣдованіи имѣются данныя для болѣе или менѣе вѣроятнаго опредѣленія предлежанія туловища, выпаденіе ручки служитъ подтвержденіемъ діагностики. Иногда достаточно бываетъ для діагностики предлежанія плеча одного только выпаденія ручки; это именно бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ выпаденіе ея столь значительно, что все предплечіе до локтеваго сгиба, а иногда до середины плечевой кости, находится внѣ дѣтородныхъ частей. Подобное выпаденіе ручки не можетъ случиться ни при затылочныхъ, ни при лицевыхъ предлежаніяхъ, тѣмъ болѣе при ягодичныхъ.

Для опредѣленія того, который бокъ (правый или лѣвый), или какое плечо предлежитъ, нужно опредѣлить, которая выпала ручка. Это достигается очень просто двумя способами. Убѣдившись прежде всего въ томъ, что выпавшая ручка не вывихнута и не переломлена, что бываетъ вслѣдствіе грубыхъ и неумѣстныхъ попытокъ повитухъ и знахарей извлечь младенца за ручку, акушеръ старается дать одной изъ

своихъ ручныхъ кистей такое положеніе, какое имѣетъ ручная кисть выпавшей ручки. Та рука акушера, кисти которой онъ можетъ дать совершенно такое положеніе, какое имѣетъ кисть выпавшей ручки плода, будетъ соответствовать соименной ручкѣ.

Объяснимъ это примѣромъ и рисункомъ. На рисункѣ, фиг. 13,

Фиг. 13.



видимъ выпаденіе правой ручки *a*. Акушеръ можетъ приспособить къ этому положенію только правую свою руку *b*, т. е. чтобы большой палецъ былъ обращенъ вверхъ и немного влѣво, мизинецъ внизъ и немного вправо, ладонь влѣво и немного внизъ, тыльная поверхность вправо и немного вверхъ.

Второй способъ опредѣленія состоитъ въ томъ, чтобы акушеръ свою руку *c* или, лучше сказать, кисть приспособилъ къ кисти плода *a*, такъ, чтобы ладонныя поверхности и пространства между большими и указательными пальцами пришли въ соприкосновеніе; говоря проще: акушеръ подаетъ свою руку плоду такъ, какъ это дѣлаютъ въ общезжитіи, привѣтствуя другъ друга. На фигурѣ мы видимъ выпаденіе правой ручки; акушеръ можетъ приспособить только правую свою руку, соблюдая сказанныя условія. Если ручная кисть находится еще во влагалище, то можно ее извлечь наружу или, опредѣливъ, куда обращенъ большой палецъ и мизинецъ, а равно ладонь и тыльная поверхность руки, мысленно сравнить съ своею рукою по только-что изложенному способу.

Локоть, выдающійся болѣе или менѣе низко во влагалище, распознается по локтевому отростку, плечевымъ мышцамъ и локтевому

сгибу. Извлеченіе ручки во влагалище, а равно наружу, дозволяется только *при совершенномъ раскрытіи маточнаго зъва*. Не подлежитъ сомнѣнію, что выпавшая ручка, при малооткрытомъ зъвѣ, какъ инородное тѣло, раздражаетъ его, даетъ поводъ къ неправильнымъ потугамъ, къ воспаленію и даже къ разрыву матки, сама же отъ ущемленія распухаетъ, увеличивается въ объемѣ въ два — три раза и тогда препятствуетъ введенію руки акушера въ полость матки.

Замѣтимъ, что прежніе акушеры и при совершенно раскрытомъ зъвѣ боялись извлеченія ручки наружу, полагая, что она можетъ осложнить производство операціи, требующей введенія руки акушера въ полость матки. Поэтому, прежде введенія руки въ полость матки, для производства поворота, старались ручку или вправить, или вылучить въ плечевомъ суставѣ.

Въ настоящее время всѣ акушеры убѣждены въ томъ, что выпаденіе ручки, при совершенно раскрытомъ зъвѣ, не только облегчаетъ распознаваніе предлежанія и положенія, но и производство операцій поворота и эмбриотоміи. Надобность въ вылученіи ручки въ плечевомъ суставѣ въ настоящее время можетъ потребоваться въ крайне рѣдкихъ случаяхъ; объ этомъ скажемъ подробнѣе въ своемъ мѣстѣ.

Вышеизложенные два способа распознаванія выпавшей ручки безошибочны и легко удерживаются въ памяти даже неспеціалистовъ.

Другіе способы, при которыхъ принимается въ соображеніе отношеніе большого пальца, мизинца, или ладонной поверхности къ бедрямъ матери, обременительны для памяти и въ то же время невѣрны.

Нелишнимъ считаю обратить вниманіе на то, что ссадины на предплечіи у живыхъ младенцевъ и обнаженіе отъ кожицы на выпавшей ручкѣ, указываютъ на неудавшіяся попытки извлечь младенца за ручку; или же эти поврежденія могутъ случиться вслѣдствіе тренія ручки между бедрами при перевозкѣ роженицы въ такомъ несчастномъ положеніи.

Удостоверившись, которая ручка выпала, уже само собою опредѣляется, который бокъ плода предлежитъ.

При распознаваніи положенія предлежащаго туловища плода требуется: 1-е, опредѣлить, куда обращена передняя или задняя поверхность тѣла плода (т.е. къ брюшнымъ стѣнкамъ матери, или къ позвоночнику), и 2-е, гдѣ находится головка или ягодицы съ ножками.

Акушеръ проводитъ одинъ или два пальца (указательный и средній) по выпавшей ручкѣ до ямки, гдѣ, встрѣтивъ препятствіе, прощупываетъ ребра съ межреберными пространствами, подмышку (axilla) и опредѣляетъ ея направленіе. Обходя плечевой суставъ спереди и сзади, вблизи его находитъ *ключицу* съ подключичною и надключичною областями, равно *лопаточную ость* съ ея областями, а иногда и *уголъ лопатки*. Рѣже удается достигнуть съ одной стороны до мечевиднаго отростка грудной кости, съ другой — до спинныхъ отростковъ позвоночника.

*Направленіе подмышки указываетъ, что головка находится въ противоположной сторонѣ*. Подмышка обращена вправо, головка будетъ

въ лѣвой половинѣ матки или большаго таза; подмышка — влѣво, головка — вправо. *Ключица* обозначаетъ *переднюю поверхность* тѣла плода, а лопаточная ость — спинку его.

Убѣдившись въ только-что сказанномъ, весьма легко опредѣлить отношеніе частей тѣла плода ко входу таза и преимущественно къ брюшнымъ стѣнкамъ или къ позвоночнику матери.

Такъ, напр., на фиг. 13 мы видимъ: подмышка направлена вправо, головка находится въ лѣвой половинѣ матки, спинка впередъ. Это будетъ 1-е положеніе (спинка впередъ, головка влѣво) предлежація правымъ бокомъ, или, что все равно, черепно-подвздошное лѣвое положеніе правымъ бокомъ плода.

Такимъ же образомъ опредѣляются и другія положенія туловища и ихъ предлежанія (см. классиф. предл. и полож. и пр.). Опредѣленіе этихъ положеній необходимо для производства съ полнымъ успѣхомъ оперативнаго пособія, называемаго *акушерскимъ поворотомъ*, неизбежнаго для болѣе благополучнаго окончанія родовъ.

Мы только-что сказали, что для точнаго опредѣленія положеній нужно знать три отдѣльныя части тѣла плода, какъ-то: которая ручка выпала или который предлежитъ бокъ, куда обращена спинка и гдѣ находится головка. Но на практикѣ представляются случаи, гдѣ мы можемъ опредѣлить только двѣ изъ сказанныхъ частей, какъ напр. ручку и головку. И по этимъ даннымъ существуетъ возможность точно опредѣлить положеніе плода. Напр., въ вышеприведенномъ примѣрѣ, ф. 13, положимъ, мы опредѣлили, что выпала правая ручка и что головка находится въ лѣвой половинѣ большаго таза; нужно опредѣлить, куда обращена спинка? Приспосабливая мысленно свою руку къ положенію выпавшей ручки такъ, чтобы голова акушера соотвѣтствовала лѣвой половинѣ роженицы, и сопоставляя эти отношенія, опредѣляемъ положеніе плода настолько точно, насколько это нужно для производства поворота.

Наконецъ, есть возможность опредѣлить положеніе по одной только выпавшей ручкѣ, хотя и не всегда такъ точно, какъ при выше сказанномъ условіи. Это возможно, если выпавшая ручка не сломана, не вывихнута, если она виситъ свободно, какъ бы парализованная, между наружными дѣтородными частями; въ противномъ случаѣ, очень легко впасть въ ошибку. Здѣсь принимаемъ въ соображеніе прямое отношеніе различныхъ частей ручной кисти плода къ нѣкоторымъ частямъ его тѣла. Такъ, направленіе большаго пальца указываетъ, гдѣ находится головка; направленіе мизинца — гдѣ ягодицы и ножки; направленіе ладони показываетъ, куда обращена передняя поверхность тѣла, а тыльная поверхность кисти, — куда обращена спинка.

Въ приведенномъ примѣрѣ, ф. 13, большой палецъ выпавшей ручки направленъ къ лѣвому бедру матери, головка находится въ лѣвой половинѣ большаго таза; мизинецъ вправо, ножки — въ правой половинѣ матки; ладонь обращена назадъ, передняя поверхность плода — къ позво-

ночнику матери; тыльная поверхность ручки впередъ, спинка обращена впередъ, т.-е. къ брюшнымъ стѣнкамъ матери.

**Распознаваніе плечевыхъ предлежаній и положеній безъ выпаденія ручки.** Предлежащее плечико безъ выпаденія ручки представляется пальцу изслѣдователя въ видѣ кругловатой опухоли, мягкой, на которой можно различить асгоміон, ключицу, лопатку, ребра и другія части, о которыхъ рѣчь была выше, при томъ же предлежаніи, но съ выпаденіемъ ручки; къ тому же вблизи опухоли, влѣво или вправо, иногда можно найти плечевую кость. Если удалось прощупать сказанныя части плеча, а равно и сосѣднія съ ними части, то, руководствуясь, вышеизложенными правилами, понятно, можно опредѣлить и положеніе предлежащаго плеча.

Коль скоро, по истеченіи водъ, роды продолжаются болѣе или менѣе продолжительное время, такъ что плечо уже припухло отъ ущемленія и вступило въ полость таза, то и самый опытный палецъ не можетъ различить сказанныхъ частей на плечѣ. Въ подобныхъ случаяхъ, равно и во всѣхъ тѣхъ, при которыхъ положеніе не можетъ быть опредѣлено введенными во влагалище двумя пальцами, когда маточный зѣвъ уже совершенно раскрытъ, или хотя и несовершенно, но удоборастяжимъ, мы прибѣгаемъ къ двумъ способамъ: или 1) извлекаемъ ручку наружу, если это возможно, или 2) вводимъ во влагалище и въ матку пальцы-руки или всю руку.

**Отличительное распознаваніе предлежаній: затылкомъ, лицомъ, ягодицами и плечомъ.**

Изъ вышесказаннаго видно, что встрѣчаются случаи, при которыхъ весьма трудно опредѣлить предлежащую часть плода. Трудность распознаванія, какъ мы уже видѣли, зависитъ отъ отечнаго состоянія предлежащей части ниже ущемленія ея. Ущемленіе бываетъ обыкновенно вслѣдствіе продолжительности родовъ, по истеченіи водъ, при энергическихъ потугахъ. Чѣмъ долѣе продолжается ущемленіе предлежащей части живаго плода, тѣмъ отечная или такъ называемая родовая опухоль ея достигаетъ болѣе значительныхъ размѣровъ. При этомъ матка болѣею частью плотно обхватываетъ плодъ и, сокращаясь тетанически, лишаетъ насъ возможности воспользоваться признаками, получаемыми при наружномъ изслѣдованіи, кромѣ доставляемыхъ аускультациею. Ясно, что всѣ эти случаи могутъ представиться наблюденію поздно приглашеннаго врача тогда, когда время для своевременнаго распознаванія и подачи надлежащаго пособія пропущено. Къ несчастію, случаи эти у насъ въ Петербургѣ нерѣдки, не говоря уже о провинціяхъ. Этому много содѣйствуютъ повитухи и знахарки, а иногда и неопытныя акушерки, которыя не умѣютъ заблаговременно предвидѣть могущей быть опасности при родахъ. Притомъ у насъ въ провинціяхъ большой недостатокъ въ акушерахъ.

Однако, тщательно разбирая этотъ вопросъ, мы увидимъ, что надлежащее изслѣдованіе можетъ дать, почти всегда, достаточно данныхъ для опредѣленія той или другой предлежащей части плода, даже пато-

логическихъ продуктовъ, развивающихся иногда на этихъ частяхъ. Общее правило, которымъ нужно руководствоваться въ подобныхъ случаяхъ, состоитъ въ томъ, чтобы тщательно изслѣдовать однимъ или двумя пальцами, даже полу-рукою, всю поверхность опухоли, которая выполняетъ верхнюю часть влагалища, до мѣста ея ущемленія. Открытіе на этой опухоли одного изъ отверстій, *рта* или *задняго прохода*, которыя, какъ было сказано выше, могутъ быть всегда узнаны,—обозначаетъ не только подлежащую часть, но и даетъ возможность опредѣлить ея положеніе.

Теперь остается сказать объ отличіи ущемленной волосистой части головки плода отъ ущемленного плеча. Всякій знаетъ, что первая часть покрыта волосами, а вторая—нѣтъ, но не у всякаго врача настолько развито осязаніе въ пальцахъ, чтобы онъ могъ прощупать волосы, особенно, когда они покрыты слизью, кровяными сгустками и проч. Поэтому, коль скоро на осязаемой опухоли нѣтъ ни одного изъ упомянутыхъ отверстій и палецъ изслѣдователя не въ состояніи опредѣлить покрыта-ли подлежащая часть волосами или нѣтъ, совѣтую ввести маточное зеркало, проспринцовать рукавъ тепловатымъ 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворомъ карболовой кислоты или растворомъ сулемы (1:2000), осушить подлежащую часть, и тогда простой осмотръ разъяснитъ дѣло очень легко.

Когда посредствомъ ручнаго изслѣдованія опредѣлено предлежаніе той или другой части, то въ видахъ опредѣленія положенія нужно постараться, безъ особеннаго насилія, провести палецъ выше ущемленія и обслѣдовать, насколько это возможно, подлежащую часть. Обыкновенно это бываетъ возможно съ боковъ мыса (*promontorium*), поверхъ одного изъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій; при затылочныхъ предлежаніяхъ можно провести одинъ или два пальца, а при плечевыхъ ноль-руки и даже всю руку. Въ случаѣ сильнаго ущемленія и напора подлежащей части и особенно плеча, прежде чѣмъ введена будетъ рука въ полость матки, весьма полезно подвергнуть женщину полной анестезіи посредствомъ хлороформа.

Не могу утверждать, чтобы, руководствуясь вышеизложенными методами, во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ, представляющихся наблюденію врача, можно было съ точностію опредѣлить предлежанія и положенія различныхъ частей плода, однакожь на долю совершенной невозможности опредѣленія останется немного. Къ ней преимущественно нужно отнести тѣ случаи, въ которыхъ у младенца на подлежащей части находится какая-либо патологическая опухоль, затѣмъ различныя уродливости плода, со стороны же матери—различныя болѣзни матки и сосѣднихъ органовъ, а равно суженія таза. Но и въ этихъ случаяхъ, поистинѣ весьма трудныхъ для распознаванія, если врачъ будетъ приглашенъ своевременно и если онъ сумѣетъ воспользоваться всѣми свѣдѣніями, которыя излагаетъ патологическая часть акушерства, то дѣло всегда можетъ быть разъяснено, по крайней мѣрѣ настолько, насколько это нужно для поданія рациональнаго пособія.

## ГЛАВА II.

### МЕХАНИЗМЪ РОДОВЪ.

**Взглядъ на механизмъ родовъ въ практическомъ отношеніи. Общія условія механизма родовъ.**—Вскорѣ послѣ разрыва плоднаго пузыря и излитія околоплодныхъ водъ, всего чаще начинаются механическія явленія изгнанія изъ полости матки плода, который, проходя чрезъ тазовой каналъ, подъ вліяніемъ изгоняющихъ силъ роженицы, совершаетъ рядъ многоразличныхъ вращательныхъ движеній, приче́мъ подлежащая часть его наибольшими діаметрами приспособляется къ удобнѣйшимъ діаметрамъ тазоваго канала.

Этотъ-то рядъ правильныхъ движеній, совершаемыхъ плодомъ во время прохожденія его чрезъ тазовой каналъ и дѣтородныя части, при содѣйствіи потугъ, вспомогательныхъ родовыхъ силъ и наклонныхъ плоскостей таза, называется *механизмомъ родовъ*.

Ученіе о механизмѣ родовъ разработано надлежащимъ образомъ только въ концѣ прошлаго и въ началѣ нынѣшняго столѣтія трудами *Solayres'a*, *Baudelocque'a*, *Boër'a*, *Naegele*, *Kiwisch'a*, *P. Dubois*, *Mi-chaelis'a*, *Litzmann'a* и нѣкоторыхъ другихъ.

Первый, описавшій прохожденіе головки чрезъ тазовой каналъ, былъ Ольдъ (*Ould*), жившій въ половинѣ 18-го вѣка.

Знаніе механизма правильныхъ и неправильныхъ родовъ весьма важно въ практическомъ отношеніи, потому что, при производствѣ акушерскихъ операцій, необходимое условіе состоитъ въ томъ, чтобы акушеръ своими дѣйствіями какъ можно ближе подражалъ естественному ходу родовъ, а это возможно только при полномъ знаніи ихъ механизма.

**Раздѣленіе механизма родовъ на моменты.**—При тщательномъ изученіи механизма родовъ убѣдились, что для всѣхъ естественноканчивающихся родовъ существуетъ, какъ неизмѣнный законъ природы, одинъ и тотъ же механизмъ, который для легчайшаго пониманія удобнѣе раздѣлить на пять главнѣйшихъ моментовъ:



1-й моментъ. Относительное уменьшеніе подлежащей части плода.

2-й моментъ. Опущеніе подлежащей части въ полость малаго таза.

3-й моментъ. Приспособленіе наибольшихъ диаметровъ подлежащей части плода въ удобнѣйшимъ диаметрамъ полости таза, чрезъ за-мѣнъ длинныхъ диаметровъ подлежащей части короткими.

4-й моментъ. Освобожденіе подлежащей части или первой половины плода изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей.

5-й моментъ. Изгнаніе второй половины плода, неправильно названное Baudelocque'омъ *mouvement de restitution*.

## Механизмъ родовъ при затылочныхъ положеніяхъ.

Теперь перейдемъ къ частному изложенію механизма родовъ. Положимъ, что роды начались, воды не излились, головка находится во входѣ малаго таза въ первомъ затылочномъ положеніи, фиг. 14. При изслѣдованіи въ это время для пальца болѣе доступна бываетъ правая половина головки, какъ часть, обращенная къ передней стѣнкѣ таза. Она опускается въ тазъ глубже лѣвой — задней. Это обусловливается наклоненіемъ тазоваго входа, а иногда наклоненіемъ матки впередъ.

На правой же половинѣ головки по излитіи водъ образуется *caput succedaneum*.

Оба родничка находятся или на одномъ уровнѣ, или большой помѣщается ниже малаго. Въ первомъ случаѣ оба родничка доступны изслѣдованію, во второмъ — только одинъ большой.

Повторяя изслѣдованіе въ періодъ раскрытія маточнаго зѣва у одной и той же роженицы, найдемъ, что большой родничекъ, постепенно приподнимаясь вверхъ, становится трудно—или вовсе недостижимымъ; малый же родничекъ, опускаясь ниже, дѣлается все болѣе и болѣе доступнымъ для пальца изслѣдователя. Это повышеніе или пониженіе родничковъ зависитъ отъ постепеннаго сгибанія головки, какъ это мы изложимъ ниже. Малый родничекъ находится въ лѣвой половинѣ таза, и смотря по виду положенія, бываетъ или вблизи лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія, или—лѣваго конца поперечнаго діаметра, или у подвздошно-лоннаго бугорка. Этотъ послѣдній видъ перваго затылочнаго положенія случается всего чаще, первые же два вида, при правильномъ ходѣ родовъ, всегда переходятъ въ него. Большой родничекъ относительно малаго всегда лежитъ въ противоположной сторонѣ. Зная положеніе родничковъ, не

Фиг. 14.



трудно опредѣлить отношеніе стрѣлообразнаго шва къ діаметрамъ полости таза.

**Механизмъ родовъ при 1-мъ затылочномъ положеніи.** И такъ положимъ, что по излитіи водъ головка установилась во входѣ таза, фиг. 15.

Фиг. 15.



Малый родничекъ обращенъ влѣво, затылокъ соотвѣтствуетъ лѣвому подвздошно-лонному бугорку и, большой родничекъ помѣщается у праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія, слѣдовательно, затылочно-лобный діаметръ и стрѣловидный шовъ головки соотвѣтствуютъ правому косому діаметру таза, а діаметръ дву-темянной приближается къ направленію другаго косаго діаметра (лѣваго), но съ нимъ не совпадаетъ. Съ этого времени начинается собственно механизмъ прохожденія головки затылкомъ впередъ.

*1-й моментъ. Сгибаніе головки (flexio capitis).*

Съ излитіемъ околоплодныхъ водъ, различныя части плода тѣснѣе соприкасаются съ внутреннею поверхностью матки,

вслѣдствіе чего маточныя сокращенія усиливаются. Во время каждаго сокращенія матка обхватываетъ плодъ со всѣхъ сторонъ, но такъ какъ количество продольныхъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ ея превосходитъ количество прочихъ, то и сила маточныхъ сокращеній бываетъ гораздо больше по направленію продольной оси матки, чѣмъ по направленію косвенныхъ и поперечныхъ діаметровъ ея. Поэтому изгоняющая сила матки сильнѣе всего дѣйствуетъ по продольному діаметру плода, т.-е. по направленію его позвоночника.

Если при этомъ примемъ въ соображеніе соединеніе позвоночника младенца съ основаніемъ его черепа, представляющее рычагъ, одно плечо котораго, идущее отъ затылочной дыры къ затылку, гораздо короче другаго плеча, идущаго ко лбу, а также присущую головкѣ наклонность сгибаться, то легко объяснимъ себѣ, какимъ образомъ совершается сгибаніе ея; а именно: *изгоняющая сила* матки, дѣйствуя на ягодицы младенца, передается позвоночнику и на мѣстѣ соединенія его съ черепомъ распредѣляется по направленію различныхъ діаметровъ головки, какъ-то: подзатылочно-затылочнаго, подзатылочно-темяннаго, подзатылочно-лобнаго и подзатылочно-подбородочнаго. Такъ какъ большая часть изгоняющей силы матки сосредоточивается на короткомъ плечѣ рычага (т.-е. на затылкѣ), то при содѣйствіи сопротивленія встречаемаго лбомъ со стороны правой безъимянной линіи происходитъ усиленное сгибаніе головки (flexio) и болѣе глубокое внѣдреніе ея въ полость малаго таза.

Слѣдствіемъ этого момента является относительное уменьшение подлежащей части, замѣною длиннѣйшихъ діаметровъ короткими, а именно: лобно-затылочный замѣняется затылочно-темяннымъ, причемъ малый родничекъ опускается глубже внизъ, большой-же приподнимается вверхъ.

Такое сгибаніе головки, сопровождаемое захожденіемъ черепныхъ костей, благопріятствуетъ абсолютному уменьшенію и вслѣдствіе этого прохожденію ея чрезъ полость малаго таза.

Сгибанія головки можетъ иногда и не быть, что нисколько не мѣшаетъ благополучному ходу родовъ. Оно не всегда предшествуетъ 2-му моменту (*descensio*) и совершается нерѣдко въ одно время съ нимъ. Часто, наконецъ, съ самаго начала родовъ, еще до излитія водъ, головка представляется въ полусогнутомъ состояніи. Вообще всѣ эти исключенія, не препятствующія благополучному ходу родовъ, наблюдаются большею частью въ такихъ случаяхъ, гдѣ головка несоразмѣрна со вмѣстимостью таза, т.-е. гдѣ головка мала или тазъ обширенъ.

Фиг. 16.



Фиг. 17.



2-й моментъ. *Внѣдреніе головки въ полость малаго таза* (*descensio*, фиг. 16). По мѣрѣ приближенія подбородка къ груди, затылокъ, а вмѣстѣ съ нимъ и головка опускаются въ полость малаго таза. При этомъ, соразмѣрно опущенію головки и приближенію ея къ выходу таза, темянные бугры становятся на одномъ уровнѣ.

Въ теченіи этого момента головка конфигурируется все больше и больше и проходитъ полость малаго таза. Затылокъ, удерживая прежнее направленіе, достигаетъ дна таза; при этомъ спинка младенца бываетъ обращена влѣво, правый бокъ впередъ и вправо, лѣвый влѣво и назадъ.

3-й моментъ. *Внутренній поворотъ головки и всего туловища* (*rotatio capitis interna et totius trunci* фиг. 17).

Моментъ этотъ заключается въ томъ, что головка, во время потугъ, мало-по-малу поворачивается слѣва направо около продольной

своей оси, такъ что наконецъ затылокъ съ малымъ родничкомъ, приблизившись къ лонному соединенію, здѣсь останавливается. Въ это время лицо со лбомъ бываетъ обращено къ крестцовой впадинѣ, а стрѣлообразный шовъ своимъ направлениемъ постепенно приближается къ прямому діаметру выхода таза; одновременно съ этимъ плечики своимъ поперечнымъ діаметромъ устанавливаются въ поперечномъ же діаметрѣ входа таза матери.

Въ теченіи этого момента головка совершаетъ поворотъ, смотря по виду положенія, приблизительно отъ  $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{3}$  и въ исключительныхъ случаяхъ до  $\frac{1}{2}$  окружности, слѣдовательно каждый видъ затылочнаго положенія превращается въ затылочно-лонный.

Причины этого момента, согласно мнѣнію Naegele старшаго, подтвержденному опытами P. Dubois на трупахъ, зависятъ отъ многихъ условій, преимущественно же отъ противодѣйствія со стороны упругости промежности, ёмкости таза, соотвѣтственнаго объема головки и отъ большей или меньшей удобоподвижности копчика. Это мнѣніе подтверждается ежедневными наблюденіями. — Такъ, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ величина головки соразмѣрна съ ёмкостью таза, гдѣ она достаточно упруга, гдѣ головка встрѣчаетъ необходимое противодѣйствіе, тамъ, приложивъ указательный палецъ къ малому родничку и удерживая его въ теченіи нѣкотораго времени, легко можно прослѣдить, какъ совершается этотъ моментъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ нѣтъ подобныхъ условій, какъ напр. при обширномъ тазѣ, при относительно малой головкѣ, при преждевременныхъ родахъ, при родахъ мертвымъ младенцемъ или двойнями, если второй плодъ идетъ головою, также при застарѣлыхъ разрывахъ промежности, моментъ этотъ бываетъ не вполне выраженъ, или даже его вовсе не бываетъ.

И такъ условія правильнаго совершенія третьяго момента механизма родовъ суть слѣдующія: достаточно-сильная дѣятельность матки, увлажненіе мягкихъ дѣтородныхъ частей, упругость головки и соразмѣрная величина къ проходимымъ ею частямъ, далѣе надлежащее сопротивленіе со стороны наклонныхъ плоскостей таза, промежности, копчиковой кости и наружныхъ дѣтородныхъ частей.

Слѣдствиемъ третьяго момента бываетъ приспособленіе большихъ діаметровъ головки къ діаметрамъ выхода таза.

*4-й моментъ. Прорываніе головки (extensio capitis).* Оно совершается посредствомъ отклоненія ея назадъ. При этомъ головка, подвліяніемъ потугъ, сильно, но постепенно, напираетъ на промежность, растягиваетъ ее во всѣхъ направленіяхъ, преимущественно же у задней спайки большихъ дѣтородныхъ губъ, раскрываетъ мало по малу дѣтородную щель и макушкою своею, съ частью темени, ф. 18, во время каждой потуги, показывается между растянутыми большими губами. Первымъ показывается изъ-подъ лонной дуги затылокъ, ф. 19, затѣмъ темя, большой родничекъ и, наконецъ, скользя по промежности, выкапываются лобъ и лицо. Въ ту минуту, когда у задней спайки показывается лобъ, промежность подвергается самому сильному растяженію.

Головка во время прорѣзыванія отдавливается упругою промежностью немного вверхъ и затѣмъ, прорѣзавшись, быстро склоняется внизъ, къ промежности, ф. 20.

Причины этого момента можно объяснить слѣдующимъ образомъ. По совершеніи третьяго момента головка находится въ состояніи силь-

Фиг. 18.



Фиг. 19.



Фиг. 20.



наго сгибанія, меньшіе діаметры ея, какъ сказано выше, частью приближаются къ проводной линіи родового пути, частью совпадаютъ съ передне-задними діаметрами нижней половины полости и выхода таза; затылокъ въ началѣ 4-го момента встрѣчаетъ незначительное препятствіе, поэтому изгоняющая сила матки сосредоточиваетъ свое дѣйствіе на немъ и заставляетъ его первымъ показаться изъ подъ лонной дуги. Коль скоро затылокъ освободился, то сила маточныхъ сокращеній сосредоточивается на другихъ діаметрахъ головки: подзатылочно-темянномъ (*пзв*), подзатылочно-лобномъ (*пзл*) и подзатылочно-подбородочномъ (*пзпб*), причемъ головка упирается затылкомъ въ лонное сочлененіе, остальная же часть ея, чрезъ удаленіе подбородка отъ груди, освобождается наружу.

Слѣдствіемъ этого момента бываетъ освобожденіе первой половины плода.

*5-й моментъ. Внутренній поворотъ туловища и наружный поворотъ головки (rotatio interna trunci et rotatio externa capitis), ф. 21.*

Внутренній поворотъ туловища составляетъ существенную часть этого момента, а наружный поворотъ головки служитъ только указателемъ того, что дѣлается съ туловищемъ. По освобожденіи головки плечики поперечнымъ своимъ діаметромъ сначала соотвѣтствуютъ поперечнымъ діаметрамъ полости и выхода таза, но вскорѣ потомъ переходятъ въ лѣвый косой діаметръ, причемъ правое плечико находится подъ правую вѣтвь лонной дуги, а лѣвое — у лѣвой крестцово-сѣдалищной

связки. Далѣе, правое плечико подходит подь лонную дугу, а лѣвое, обращенное кзади, первымъ выкатывается, скользя по промежности. Головка же, вслѣдствіе только-что упомянутого внутренняго поворота туловища, поворачивается затылкомъ къ внутренней поверхности лѣваго бедра матери, а лицомъ въ противоположную сторону. И такъ, плечики поперечнымъ своимъ діаметромъ прорѣзываются, въ большей части случаевъ, почти въ прямомъ діаметрѣ выхода таза; иногда они немного уклоняются отъ него, но не совпадаютъ съ косвенными діаметрами таза.

Фиг. 21.



Фиг. 22.



По выхожденіи плечиковъ, остальная часть туловища освобождается легко безъ всякой задержки.

**Механизмъ родовъ при второмъ затылочномъ положеніи.**

Ф. 22. Механизмъ родовъ зависитъ отъ тѣхъ же причинъ, какъ и при первомъ, совершается по тѣмъ же законамъ и разнится только настолько, насколько измѣняется отношеніе различныхъ частей головки и туловища плода къ дѣтороднымъ путямъ. При этомъ положеніи, затылокъ съ малымъ родничкомъ находится въ правой половинѣ таза, а лобъ съ личикомъ—въ противоположной сторонѣ.

1-й, 2-й и 4-й моменты механизма родовъ, при второмъ затылочномъ положеніи, ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ при первомъ положеніи. При 3-мъ же моментѣ затылокъ дѣлаетъ поворотъ справа на лѣво, достигаетъ лоннаго сочлененія и также прорѣзывается первымъ изъ-подъ лонной дуги. Здѣсь внутренній поворотъ головки (3-й моментъ) бываетъ гораздо продолжительнѣе, чѣмъ при первомъ затылочномъ положеніи, потому что задній видъ этого положенія случается чаще, почему затылокъ долженъ пройти почти всю правую половину таза, т.-е. сдѣлать внутренній поворотъ почти въ полъ-круга.

5-й моментъ при второмъ затылочномъ положеніи отличается тѣмъ,

что правое плечико прорѣзывается сзади, со стороны промежности, а лѣвое — спереди изъ-подъ лонной дуги, затылокъ же поворачивается къ правому бедру матери; въ сущности же механизмъ этого момента ничѣмъ не отличается отъ такового же при первомъ затылочномъ положеніи.

Не нужно однако же думать, что эти моменты въ природѣ совершаются съ такою правильною послѣдовательностью и раздѣльностью, съ какою они выше описаны; нерѣдко два первыхъ момента совершаются вмѣстѣ, третій же моментъ начинается иногда раньше полного окончанія первыхъ двухъ. Подобныя незначительныя отступленія отъ нормы не имѣютъ неблагоприятнаго вліянія на правильный ходъ родовъ.

### Аномаліи механизма родовъ при затылочныхъ положеніяхъ.

Описанные пять моментовъ механизма родовъ совершаются вышеизложеннымъ образомъ въ большинствѣ случаевъ нормальныхъ родовъ, когда всѣ условія со стороны таза, потугъ, объема плода и количества водъ правильны. Случаются однакожъ, хотя и не такъ часто, аномаліи въ механизмѣ родовъ. Для ясности разсмотримъ ихъ при каждомъ моментѣ отдѣльно.

1) *Сибанія головки* (flexio) не бываетъ или при чрезмѣрно малой величинѣ ея или при обширности таза. Здѣсь діаметры головки не имѣютъ надобности приспособляться къ діаметрамъ таза.

2) *Внѣдреніе головки* не можетъ совершиться: при узкости таза, при объемистой головкѣ и ея уродливостяхъ, при преждевременномъ окостенѣніи швовъ.

3) *Внутренній поворотъ головки и всего туловища*. Первая и самая важная аномалія этого момента состоитъ въ томъ, что затылокъ поворачивается назадъ къ крестцовой впадинѣ, а лобъ впередъ къ лоннымъ костямъ, слѣдовательно здѣсь затылочно-лонное положеніе замѣняется затылочно-крестцовымъ. При этомъ положеніи роды продолжаются долѣе, промежность легко подвергается разрывамъ и жизнь плода находится въ большой опасности. *Baudelocque*, *Capuron* и ихъ послѣдователи, не дожидаясь естественнаго исхода родовъ, оканчивали ихъ щипцами. Наблюденія же современныхъ акуперовъ подтверждаютъ возможность естественнаго окончанія родовъ при этомъ положеніи, что и мнѣ случалось наблюдать у многорожавшихъ женщинъ. Правда, роды въ этихъ случаяхъ продолжались долѣе сравнительно съ прежними ихъ родами; младенцы рождаются иногда живыми и здоровыми, иногда въ состояніи асфиксіи, большею же частью мертвыми.

При этой аномаліи роды оканчиваются обыкновенно слѣдующимъ образомъ, ф. 23: головка, будучи сильно согнутою, опускается въ полость таза; далѣе по мѣрѣ внѣдренія ея, затылокъ проходитъ по крестцовой впадинѣ, упирается въ промежность, сильно ее растягиваетъ и, выкатываясь по промежности, первый прорѣзывается у задней спайки



большихъ губъ; вслѣдъ за этимъ лобъ и личико, ф. 24, показываются изъ-подъ лонной дуги.

Почему роды при этомъ продолжаются долѣе, объяснить нелегко. Вѣроятно же всего, что затылокъ, при затылочно-лонномъ положеніи, проходя по внутренней поверхности лонныхъ костей, совершаетъ путь

Фиг. 23.



Фиг. 24.



короче, чѣмъ при затылочно-крестцовомъ. Чтобы прорѣзаться у задней спайки большихъ губъ, онъ долженъ пройти по крестцовой впадинѣ,— путь длиннѣйшій, и кромѣ того преодолѣть еще упругость промежности. Нужно прибавить также весьма важное условіе, что затылокъ, проходя по внутренней поверхности лонныхъ костей, находится съ шею, а равно и съ туловищемъ въ прямой линіи, т. е. въ такомъ направленіи, въ какомъ онъ находится при 2-мъ моментѣ, и не имѣетъ надобности измѣнять этого положенія; между тѣмъ какъ, проходя по внутренней вогнутой поверхности крестцовой впадины, затылокъ съ шею и позвоночнымъ столбомъ принимаютъ видъ дугообразный. Теперь ясно, что подлежащая часть, т. е. головка, для своего приспособленія къ крестцовой впадинѣ, при затылочно-крестцовомъ положеніи, требуетъ болѣе времени, чѣмъ при затылочно-лонномъ. Это приспособленіе можно объяснить такимъ образомъ: по причинѣ значительнаго прижатія подбородка къ груди, головка, напираемая изгоняющею силою матки, не можетъ болѣе сгибаться и ищетъ выхода затылкомъ; вся сила матки въ этомъ случаѣ устремляется на шею, вслѣдствіе чего шея съ затылкомъ и принимаютъ дугообразную форму.

Итакъ, для благополучнаго окончанія родовъ силами природы, при затылочно-крестцовомъ положеніи необходимы: энергическія и продолжительныя потуги, достаточныя для совершенія сильнаго сгибанія головки и для преодоленія препятствія, представляемаго упругостью промежности.

Кромѣ этой самой важной аномаліи существуютъ еще слѣдующія: 1) неполный (недостаточный) внутренний поворотъ головки, 2) излишній поворотъ ея и 3) отсутствіе поворота головки.

1. *Неполный поворотъ* бываетъ тогда, когда головка поворачи-



вается настолько, что затылок и малый родничек не доходят до лоннаго сочленения, а останавливаются, наприм. при 1-й позиціи, подъ лѣвою лонною вѣтвью, не доходя до лоннаго сочленения.

2. *Изгибный поворотъ*—когда малый родничекъ переходитъ сочленение лонныхъ костей.

3. *Отсутствіе поворота* — когда головка прямо, какъ стояла въ косомъ діаметрѣ входа, такъ въ томъ же діаметрѣ и проходитъ чрезъ полость и выходъ малаго таза. Это бываетъ при обширномъ тазѣ и малой головкѣ, наприм. при преждевременныхъ родахъ.

Вслѣдствіе послѣднихъ трехъ аномалій, головка прорѣзывается въ косыхъ діаметрахъ выхода малаго таза.

*Аномалии 5-го момента* бываютъ слѣдствіемъ аномалій 2-го и 3-го моментовъ. Вторая половина плода иногда выходитъ такъ, что плечики помѣщаются большимъ своимъ діаметромъ въ поперечномъ діаметрѣ выхода малаго таза, т. е. прорѣзываются, не совершивъ внутренняго поворота, или плечики бываютъ помѣщены въ косыхъ діаметрахъ таза.

Наконецъ, плечики могутъ совершить неправильный поворотъ: такъ при 1-й позиціи, послѣ прорѣзыванія головки, плечики находятся въ поперечномъ діаметрѣ таза; лѣвое плечико должно повернуться къ вогнутости крестца, а правое—подойти подъ лонную дугу, чтобы діаметръ *bi-acromialis* лежалъ по направленію прямаго діаметра выхода таза; но иногда бываетъ наоборотъ: лѣвое плечико, вмѣсто того, чтобы повернуться къ крестцовой впадинѣ, подходитъ подъ лонное сочленение, а правое опускается къ крестцу; спинка, которая сперва обращена была къ лѣвой сторонѣ, теперь поворачивается къ правой сторонѣ матери. Головка снаружи тоже дѣлаетъ поворотъ, и затылокъ, вмѣсто того, чтобы быть обращеннымъ къ лѣвому бедру матери (1-я позиція), поворачивается теперь къ правому, какъ при 2 й позиціи. Эти отступленія отъ нормальнаго хода механизма родовъ могутъ зависѣть отъ аномалій таза, формы предлежащей части и слишкомъ сильныхъ потугъ <sup>1)</sup>.

## Механизмъ родовъ при лицевыхъ положеніяхъ.

Нормальное и благополучное окончаніе родовъ при лицевыхъ положеніяхъ требуетъ, чтобы подбородокъ, гдѣ бы онъ ни находился первоначально въ тазу, приблизился къ лонному сочленению и первый прорѣзлся изъ-подъ лонной дуги. Въ противномъ случаѣ, для окончанія родовъ, потребуется слишкомъ сильное вытяженіе шеи плода и вступленіе въ полость таза верхней части туловища его. Оба обстоятельства, хотя и не исключаютъ возможности естественнаго окончанія родовъ, но, крайне затрудняя ходъ ихъ, опасны для жизни младенца и матери.

Механизмъ родовъ при лицевыхъ положеніяхъ можно раздѣлить,

---

<sup>1)</sup> Въ главѣ о неправильныхъ тазахъ мы еще возвратимся къ разъясненію неправильностей механизма родовъ.

какъ и при затылочныхъ, на пять моментовъ. Для примѣра возьмемъ первое лицевое положеніе или лобно-подвздошное лѣвое.

Фиг. 25.



1-й моментъ будетъ состоятъ въ разгибаніи головки (*extensio capitis*), ф. 25, а не въ сгибаніи ея, какъ это бываетъ при затылочныхъ положеніяхъ. Головка затылкомъ приближается къ спинкѣ, а подбородкомъ удаляется отъ груди. Слѣдствіемъ этого момента будетъ относительное уменьшеніе діаметровъ подлежащей части.

До разрыва пузыря, головка, еще не совершивъ полного отклоненія, предлежитъ во входѣ таза незначительною частью лица. Въ этомъ положеніи она предлежитъ діаметромъ среднимъ между діаметрами подбородочно-затылочнымъ и подбородочно-темяннымъ, равняющимся 12.5 см. Діаметръ этотъ соотвѣтствуетъ направленію праваго косога діаметра входа таза и подбородокъ находится у праваго крестцово-

подвздошнаго сочлененія, діаметръ *bi-temporalis* совпадаетъ съ лѣвымъ косымъ діаметромъ таза. Лобъ, какъ глубже лежащій во входѣ, доступнѣе для изслѣдованія, чѣмъ подбородокъ. Послѣ же разрыва пузыря, тотчасъ совершается полное разгибаніе головки; теперь лицо вполне предлежитъ во входѣ таза, при томъ болѣе удобнымъ діаметромъ, а именно

Фиг. 26.



подбородочно-темяннымъ, который равняется 10.0—10.8 см. Въ этомъ положеніи лицо опускается въ полость малаго таза; правая щека, обращенная къ передней стѣнкѣ таза, легче достигается при изслѣдованіи, чѣмъ обращенная къзади лѣвая. На правой половинѣ лица образуется отечная опухоль.

2-й моментъ. Опущеніе лица (*descensio faciei*) совершается точно такъ же, какъ при затылочныхъ положеніяхъ, т.е. головка постепенно опускается въ полость таза и достигаетъ до дна его, ф. 26.

3-й моментъ. Внутренній поворотъ лица и туловища (*rotatio interna faciei et trunci*). Внутренній поворотъ лица со-

вершается, когда оно достигаетъ дна таза, а иногда даже только во время прорѣзыванія. Онъ состоитъ въ томъ, что подбородокъ поворачивается справа налево, достигая лоннаго сочлененія.

4-й моментъ. Прорѣзываніе шейки и освобожденіе головки. Оно совершается посредствомъ сгибанія головки, а не разгибанія, какъ

это имѣетъ мѣсто при затылочныхъ положеніяхъ. Сначала подбородокъ прорѣзывается изъ - подъ лонной дуги. По освобожденіи его, передняя поверхность шеи, ф. 27, упирается въ лонную дугу; вслѣдъ затѣмъ, скользя по промежности, послѣдовательно выкатываются наружу лобъ, темя и затылокъ. Это освобожденіе головки предлежащимъ лицомъ, измѣряется діаметрами подбородочно-лобнымъ (9.5), подбородочно-темяннымъ (10.1) и подбородочно-затылочнымъ (10.8). Всѣ эти діаметры, а равно и заключающіеся между ними, не превосходятъ прямого діаметра выхода таза (10.8—12.0), поэтому головка при предлежаніи лицомъ можетъ освободиться, хотя и медленнѣе, чѣмъ при предлежаніи затылкомъ <sup>1)</sup>.

Фиг. 27.



*5-й моментъ. Внутренній поворотъ туловища и наружный — головки* тоже совершается какъ при затылочномъ положеніи.

Сравнивая теперь механизмъ родовъ при затылочныхъ положеніяхъ съ таковымъ же при лицевыхъ, мы замѣчаемъ разницу только въ 1-мъ и 4-мъ моментахъ, остальные же во всемъ одинаковы и совершаются по однимъ и тѣмъ же законамъ.

### Аномаліи механизма родовъ при лицевыхъ положеніяхъ.

Всѣ аномаліи механизма родовъ при затылочныхъ положеніяхъ встрѣчаются также и при лицевыхъ.

*1-го момента.* Мы видѣли, что при затылочныхъ положеніяхъ сгибанія головки иногда можетъ и не быть, нисколько не препятствуя тѣмъ опущенію ея въ полость таза. Напротивъ того, при лицевыхъ положеніяхъ, если разгибаніе головки не совершается, то и опусканіе лица въ полость малаго таза замедляется, а иногда даже становится невозможнымъ. Тогда необходима помощь искусства. Замѣтимъ, что отклоненіе головки не совершается лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ.

*2-го момента.* Лицо не опускается вслѣдствіе аномаліи 1-го момента.

*3-го момента.* Внутренній поворотъ головки:

1) *Не вполне совершается*, т. е. подбородокъ не доходитъ до лоннаго сочлененія. Роды оканчиваются силою природы и иногда бывають не труднѣе, чѣмъ при совершенномъ поворотѣ подбородка; лицо про-

<sup>1)</sup> Въ этомъ періодѣ возможенъ крикъ неродившагося младенца (vagitus uterinus). Мнѣ не удалось ни разу его слышать, но отвергать его не имѣю данныхъ. Доступъ атмосфернаго воздуха къ дыхательнымъ путямъ младенца возможенъ. Нѣсколько разъ случалось мнѣ слышать крикъ младенца уже по освобожденіи головки.

рѣзывается иногда въ косомъ, иногда въ поперечномъ діаметрѣ выхода таза.

2) *Вовсе не совершается*, т. е. подбородокъ остается у крестцово-подвздошнаго сочлененія.

3) *Внутренній поворотъ совершается неправильно*, т. е. подбородокъ поворачивается кзади, къ крестцовой впадинѣ.

Эти двѣ послѣднія, весьма неблагопріятныя, аномаліи въ высшей степени замедляютъ ходъ родовъ. Хотя наблюдались случаи, что при нихъ роды оканчивались силами природы, но чаще онѣ требуютъ помощи искусства. Къ счастью, онѣ случаются весьма рѣдко. При этихъ аномаліяхъ, головка теменемъ упирается въ лонное сочлененіе, затылокъ лежитъ выше этого сочлененія, а подбородокъ обращенъ къ крестцовой кости, какъ это представлено на фиг. 28. Слѣдовательно, головка представляется къ освобожденію діаметромъ подбородочно-затылочнымъ МО, который гораздо длиннѣе (13.5), чѣмъ прямой діаметръ выхода таза. Въ этомъ положеніи она не можетъ прорѣзаться. Для того, чтобы головка могла освободиться естественно или искусственно, нужно или усиленное разгибаніе ея (*extensio capitis*), или замѣна начинающагося разгибанія сгибаніемъ (*flexio capitis*). При усиленномъ разгибаніи головки, она прорѣзывается лицомъ впередъ такъ, что *подбородокъ, скользя по промежности, освобождается первымъ со стороны ея*. Въ моментъ выхожденія подбородка головка сильно отклоняется назадъ. По освобожденіи подбородка, передняя поверхность шеи младенца опирается на передній край промежности и частью на копчиковую кость и затѣмъ изъ-подъ лонной дуги появляется темя и затылокъ, такъ что прорѣзываніе головки, при этомъ положеніи лица, измѣряется діаметрами гортанно-лобнымъ ТГ (9.5), гортанно-темяннымъ ТВ (10.0) и гортанно-затылочнымъ ТО (12.0), ф. 29. Діаметры лица совпадаютъ съ пря-

Фиг. 28.



Фиг. 29.



мыми, а иногда съ косыми діаметрами таза, смотря по тому, гдѣ первоначально находился затылокъ. При этомъ освобожденіи головки, шея плода, сильно вытягиваясь впередъ, тянетъ за собою въ полость малаго таза верхнюю часть груди. Промежность же сильно и неравномерно

растягивается, почему разрывъ ея почти неизбеженъ. Понятно, что для того, чтобы могло совершиться подобное приспособленіе діаметровъ головки къ діаметрамъ таза, требуется продолжительное время, даже при самыхъ благопріятныхъ условіяхъ. Къ этимъ послѣднимъ относятся: 1) энергическія потуги, 2) неслишкомъ сильное противудѣйствіе (резистенція) со стороны промежности и 3) соотвѣтствіе тѣла плода, а равно и крупныхъ частей его съ діаметрами таза. Малѣйшее уклоненіе отъ этихъ условій, будетъ ли это со стороны матери или плода, требуетъ помощи искусства.

*При измѣненіи начинающагося отклоненія головки въ сгибаніе ея, она прорѣзывается такъ, что затылокъ первый освобождается изъ-подъ лонной дуги; подбородокъ, вмѣсто того, чтобы скользить впередъ, какъ въ первомъ случаѣ, теперь удаляется назадъ и вверхъ къ мысу (promontorium), т. е. головка совершаетъ сгибаніе. Вслѣдствіе этого, освобожденіе головки при этомъ лицевомъ положеніи совершается подобно тому, какъ это бываетъ при затылочно-лонномъ положеніи. Не отвергая возможности естественнаго перехода лицеваго положенія въ затылочное въ то время, когда головка находится еще въ верхнемъ отдѣлѣ полости таза, сомнѣваюсь, чтобы онъ былъ возможенъ тогда, когда лицо находится уже у выхода таза.*

Аномаліи 4-го момента зависятъ отъ аномалій предшествовавшихъ моментовъ,

Аномаліи 5-го момента тѣ же, какъ и при затылочныхъ положеніяхъ.

### Механизмъ родовъ при ягодичныхъ положеніяхъ.

Сперва скажемъ о механизмѣ родовъ ягодицами вообще, а потомъ въ частности.

Ягодицы плода до излитія водъ бываютъ недоступны для точнаго распознаванія, послѣ же истеченія ихъ онѣ вполне доступны для изслѣдованія, а вмѣстѣ съ тѣмъ и для распознаванія позицій и ихъ видовъ, и въ этомъ періодѣ родовъ онѣ подлежатъ тѣмъ же постояннымъ механическимъ законамъ.

Ягодицы, проходя чрезъ тазовой каналъ, слѣдуютъ почти тѣмъ же движеніямъ, какія наблюдаются при затылочныхъ положеніяхъ во время прохожденія плечиковъ. Поперечный діаметръ ягодицъ совпадаетъ съ однимъ изъ косыхъ діаметровъ входа таза. Ягодица, лежащая въ передней половинѣ таза, представляется лежащею ниже, до тѣхъ поръ, пока она не появится первою у передней спайки большихъ губъ и не упрется въ лонную дугу. Послѣ этого обѣ ягодицы сначала становятся на одномъ уровнѣ у дна таза, затѣмъ нижележащая (задняя) выкатывается первою по промежности. По рожденіи ягодицъ туловище младенца слегка поворачивается вокругъ своей продольной оси и поперечными своими діаметрами становится въ косые размѣры таза; въ такомъ положеніи туловище прорѣзывается до освобожденія верхнихъ конечностей.

Ручки освобождаются сами собою, если онѣ прижаты къ туловищу и удерживаются въ этомъ положеніи маточными сокращеніями. Онѣ требуютъ искусственнаго освобожденія лишь тогда, когда, вслѣдствіе какихъ бы то ни было причинъ (недостаточныхъ сокращеній матки, неумѣстной поспѣшности при освобожденіи туловища), ручки смѣщаются къверху и прилегаютъ къ боковымъ частямъ головки или запрокидываются за затылокъ.

Головка вступаетъ въ полость таза такъ, что продольные діаметры ея совпадаютъ съ поперечными или съ однимъ изъ косыхъ діаметровъ входа таза, и помѣщается у выхода, будучи обращена затылкомъ впередъ, лицомъ же къ крестцовой впадинѣ.

Перейдемъ къ частному изложенію механизма родовъ ягодицами.

*1-е положеніе, крестцово-подвздошное мѣвое.*

Какой бы ни былъ видъ этого положенія, раньше или позже онъ переходитъ въ передній, при которомъ спинка обращена влѣво и впередъ, передняя поверхность плода вправо и взадъ; лѣвый бокъ и лѣвая ягодица впередъ и направо, правый—назадъ и влѣво; передне-задній діаметръ ягодицъ (*D. sacro-pubica*) лежитъ по направленію праваго косаго діаметра таза, поперечный же (*D. bis-iliaca*) почти по направленію лѣваго косаго, крестецъ съ копчикомъ у лѣваго подвздошно-лоннаго бугорка.

Съ раскрытіемъ маточнаго зѣва, подъ влияніемъ сокращеній матки, первые два момента механизма родовъ въ большей части случаевъ совершаются вмѣстѣ.

Фиг. 30.



*1-й моментъ — уменьшеніе объема предлежащей части, соотвѣтствующее сгибанію головки при затылочныхъ и разгибанію ея при лицевыхъ положеніяхъ.*

*2-й моментъ — внидреніе ягодицъ въ полость таза (*descensio clunium*), фиг. 30.* Ягодицы, сжимаясь мало по-малу, внидряются въ полость таза и достигаютъ дна его въ томъ же положеніи, въ какомъ онѣ находились во входѣ. При сильныхъ же потугахъ и маломъ объемѣ ягодицъ, или при обширности таза, опущеніе ихъ совершается быстро.

*3-й моментъ — внутренній поворотъ ягодицъ и туловища съ головкою (*rotatio interna clunium et trunci*).*

Когда ягодицы опускаются до дна таза, то промежность начинаетъ растягиваться, и онѣ совершаютъ поворотъ, вслѣдствіе котораго лѣвая ягодица помѣщается подъ нисходящую вѣтвь правой лонной кости, а правая — впереди лѣвой сѣдалищно-крестцовой связки. Лѣвая ягодица, мало-по-малу, внидрившись въ выходъ таза, появляется наружу

и упирается въ нисходящую вѣтвь правой лонной кости, пока правая, скользя по промежности, не освободится первую. Послѣ этого лѣвая ягодица прорѣзывается (четвертый моментъ) и въ то же время обѣ вмѣстѣ поперечнымъ своимъ діаметромъ (*D. bis-iliaca*) помѣщаются чаще въ прямомъ, рѣже въ лѣвомъ косомъ діаметрѣ выхода таза.

Во время освобожденія предлежащей части, съ одной стороны, туловище, сжатое въ полости таза, приспособляется къ крестцовой впадинѣ и проводной линіи таза, съ другой стороны, вслѣдствіе резистенціи промежности, ягодицы приподымаются вверхъ и нижняя часть туловища значительно изгибается. Вогнутость изгиба, соотвѣтствующая лоннымъ костямъ, будетъ на лѣвомъ боку младенца, выпуклость же на правомъ, фиг. 31.

По мѣрѣ освобожденія ягодицъ и нижней части туловища младенца, плечики его съ ручками вступаютъ въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ во входъ таза, такъ что плодъ немного поворачивается около продольной своей оси. Дойдя до выхода таза, плечики прорѣзываются точно такъ же, какъ и ягодицы: лѣвое плечо подходитъ подъ нисходящую вѣтвь правой лонной кости, правое же—*ad lig. sacro-ischiatricum sinistrum*; потомъ плечики еще болѣе поворачиваются и проходятъ черезъ наружныя дѣтородныя части, помѣщаясь почти въ прямомъ размѣрѣ выхода таза; правое плечико чаще прорѣзывается первымъ со стороны крестца, лѣвое—вторымъ изъ-подъ лонной дуги.

Наконецъ головка проходитъ черезъ полость и выходъ таза, приспособляясь прямымъ своимъ діаметромъ къ поперечнымъ или косымъ діаметрамъ различныхъ отдѣловъ таза. Вслѣдствіе сильнаго пригибанія головки къ груди она представляется въ выходѣ таза діаметромъ подзатылочно-височнымъ, діаметръ-же подбородочно-затылочный совпадаетъ съ осью выхода таза, фиг. 32. Если головка не совершила полного сги-

Фиг. 31.



Фиг. 32.



банія, какъ это обыкновенно и бываетъ, то она представляется въ выходѣ діаметромъ подзатылочно-лобнымъ, а діаметръ гортанно-височный совпадаетъ съ осью выхода таза, и тогда она прорѣзывается нерѣдко въ косомъ діаметрѣ выхода таза. Въ большей же части случаевъ, она совершаетъ поворотъ (5-й моментъ), *rotatio interna capitis et externa trunci*.

Вслѣдствіе этого поворота лобъ помѣщается въ вогнутости крестца, а затылокъ подъ лонною дугою; плечики снаружи тоже поворачиваются и становятся въ поперечномъ діаметрѣ половой щели, съ обращенною впередъ спинкою.

Головка освобождается изъ дѣтородныхъ частей такъ, что сперва выкатываются по промежности подбородокъ, лицо и лобъ, потомъ темя и уже послѣ того изъ-подъ лоннаго сочлененія прорѣзывается затылокъ.

При естественномъ освобожденіи головки, выхожденію только что сказанныхъ частей плода по промежности способствуемъ приподнятіемъ туловища вверхъ, а освобожденію затылка опущеніемъ его внизъ. То же самое соблюдаемъ при искусственномъ освобожденіи головки какъ ручномъ, такъ и инструментальномъ.

### Аномаліи механизма родовъ при ягодичныхъ положеніяхъ.

Самая важная аномалія состоитъ въ томъ, что головка младенца поворачивается лицомъ къ лонному сочлененію, а затылкомъ къ крестцовой впадинѣ.

При этомъ головка бываетъ въ состояніи сильнаго сгибанія (*flexio capitis*) или сильнаго разгибанія (*extensio capitis*). Въ томъ и другомъ случаѣ передняя поверхность вышедшаго на свѣтъ туловища младенца обращена впередъ, а задняя взадъ. Аномалія эта бываетъ слѣдствіемъ того, что туловище при прорѣзываніи поворачивается своею переднею поверхностью впередъ. Въ подобныхъ случаяхъ головка не только природою, но и искусствомъ освобождается весьма трудно, особенно если уже были дѣлаемы попытки ручнаго освобожденія головки, не по правиламъ науки.

Главная задача состоитъ въ томъ, чтобы узнать: находится ли головка въ состояніи сгибанія или разгибанія. Въ первомъ случаѣ шея младенца представляется короткой, вогнутой, подбородокъ тотчасъ можно прощупать позади лоннаго сочлененія; во второмъ случаѣ, шея вытянута, подбородокъ нельзя достигнуть пальцемъ. Знаніе этого обстоятельства необходимо: на немъ основано ловкое и скорое искусственное освобожденіе головки. Въ случаѣ, если головка пригнута къ груди, то, захвативъ туловище младенца по правиламъ, о которыхъ будетъ сказано послѣ, слѣдуетъ наклонить его по возможности ниже, къ задней поверхности туловища матери. Въ случаѣ же разгибанія головки, когда подбородокъ упирается въ лонное сочлененіе, необходимо, при освобожденіи головки, приподнять туловище младенца вверхъ къ животу матери, такъ чтобы ось тѣла младенца находилась подъ острымъ угломъ съ осью тѣла матери; подбородокъ младенца, если онъ доступенъ, слѣдуетъ отодвигать вверхъ, а затылокъ притягивать впередъ.



## Механизмъ родовъ при косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ.

Можно принять за основное правило, что при косыхъ и въ особенности поперечныхъ положеніяхъ, когда плодъ обыкновенно предлежитъ однимъ изъ плечиковъ, *срочные роды* не могутъ окончиться силами природы и требуютъ помощи искусства. Изъ этого однако еще не слѣдуетъ, чтобы роды въ подобныхъ случаяхъ никогда не могли окончиться сами собою. Наблюденія показываютъ, что это возможно. Роды могутъ окончиться благополучно для матери и плода до излитія водъ путемъ произвольнаго поворота (*versio spontanea*), и послѣ излитія водъ—благополучно только для матери, чрезъ произвольную эволюцію мертваго плода (*per evolutionem spontaneam*).

Разсмотримъ теперь, какимъ образомъ совершаются роды при предлежаніи плода туловищемъ.

Изгнаніе плода изъ полости матки при неправильныхъ положеніяхъ его только въ тѣхъ случаяхъ не подлежитъ извѣстнымъ постояннымъ правиламъ, когда роды наступаютъ при неспособности плода къ самостоятельной жизни и въ особенности, если онъ умеръ и уже подвергся мацерациі.

Въ этихъ случаяхъ плодъ выходитъ на свѣтъ согнутымъ вдвое или клубомъ, какъ безформенное тѣло. Начиная же съ той эпохи беременности, когда плодъ способенъ къ самостоятельной жизни, роды совершаются, какъ уже выше было сказано, или чрезъ произвольный поворотъ, или чрезъ произвольную эволюцію.

**Произвольный поворотъ.** Для того, чтобы произвольный поворотъ могъ совершиться, необходимо: достаточное количество околоплодной жидкости, обуславливающее удобоподвижность плода, и маточныя сокращенія, способствующія повороту. Поворотъ этотъ удобнѣе совершается при цѣлости оболочекъ плоднаго яйца, но онъ можетъ совершиться и послѣ разрыва ихъ, если въ полости яйца осталось еще столько водъ, сколько это нужно для легкой подвижности плода.

Съ наступленіемъ родовъ стѣнки матки, сокращаясь, приобрѣтаютъ упругость. Матка принимаетъ яйцевидную форму; продольный ея діаметръ становится длиннѣе поперечнаго. Подъ вліяніемъ сокращеній матки, дѣйствующихъ съ одной стороны на головку плода, съ другой на ягодицы, предлежащее плечико, при условіи легкой подвижности его, можетъ удалиться отъ входа таза, причемъ мѣсто его заступаетъ или головка, или тазовой конецъ. Словомъ, поперечное или косое положеніе плода замѣняется вертикальнымъ.

И такъ, послѣ произвольнаго поворота плодъ представляется къ родамъ не плечикомъ, но головкою или тазовымъ концомъ. Роды оканчиваются силами природы благополучно какъ для плода, такъ и для матери, потому что по совершеніи поворота, когда лопнетъ пузырь, ходъ родовъ бываетъ тотъ же, какъ и при обыкновенномъ предлежаніи голов-

кою или тазовымъ концомъ. Слѣдовательно и дальнѣйшій механизмъ родовъ будетъ тотъ же самый.

Не нужно съ этимъ произвольнымъ поворотомъ смѣшивать тотъ поворотъ младенца, который наблюдается въ послѣдніе дни беременности. Этотъ послѣдній случается гораздо чаще, чѣмъ это можно было бы предполагать *à priori*.

**Произвольный самоизворотъ плода.** Говоря вообще, при произвольномъ самоизворотѣ, предлежащее плечико, подъ вліяніемъ достаточно сильныхъ сокращеній матки, мало-по-малу внѣдряется въ полость малого таза, до тѣхъ поръ, пока не упрется въ лонную дугу. Коль скоро это совершилось, туловище, сильно изгибаясь въ ту или другую сторону, своимъ выпуклымъ бокомъ протискивается, скользя по задней стѣнкѣ таза; вмѣстѣ съ тѣмъ оно сгибается на переднюю поверхность и затѣмъ со стороны промежности изворачивается наружу, такъ что сперва прорѣзывается верхняя часть туловища, потомъ нижняя, затѣмъ ягодицы съ ножками и наконецъ головка съ ручками.

Произвольная эволюція плода совершается послѣ совершеннаго излитія водъ, обыкновенно при мертвомъ плодѣ, или же плодъ умираетъ во время самоизворота.

Разсматривая въ частности механизмъ самоизворота мы увидимъ, что онъ подлежитъ извѣстнымъ постояннымъ правиламъ, которыя могутъ быть сравниваемы съ явленіями, наблюдаемыми при механизмѣ родовъ всѣхъ другихъ предлежаній. Поэтому механизмъ этотъ подходитъ подъ общую форму механизма всѣхъ произвольныхъ родовъ.

Разсмотримъ теперь послѣдовательно, по моментамъ, весь ходъ произвольныхъ родовъ туловищемъ. Для примѣра возьмемъ предлежаніе лѣвымъ плечикомъ, причемъ спинка обращена впередъ, а головка вправо <sup>1)</sup>. Вслѣдъ за разрывомъ пузыря и излитіемъ водъ предлежащее плечико съ верхнею частью туловища, подъ вліяніемъ маточныхъ сокращеній, начинаетъ внѣдряться въ полость таза. При этомъ головка сгибается до соприкосновенія подбородка съ грудью и въ то же время, съ одной стороны, ягодицы пригибаются къ животу плода, съ другой стороны, лѣвый бокъ, выпячиваясь въ полость таза, становится выпуклымъ, а правый вогнутымъ, ф. 33.



Вслѣдствіе этого правая половина

головки приближается къ правому плечику. Этотъ *первый моментъ* механизма родовъ при предлежаніяхъ плечикомъ можетъ быть поставленъ въ параллель съ таковымъ же при предлежаніяхъ затылкомъ, лицомъ и ягодицами и названъ *сгибаніемъ туловища*. Вслѣдствіе его предлежащая часть плода уменьшается въ объемъ.

<sup>1)</sup> Взятый для примѣра случай былъ наблюдаемъ мною.

*Второй моментъ.* По мѣрѣ постепеннаго сгибанія туловища, чрезъ болѣе тѣсное сближеніе только что указанныхъ частей плода, плечико съ верхнею частью туловища, мало-по-малу, вѣдряется въ полость малаго таза, ф. 34.

*Третій моментъ.* Внутренній поворотъ туловища, ф. 35. По мѣрѣ

Фиг. 34.



Фиг. 35.



опущенія плечика въ полость таза, плодъ совершаетъ внутренній поворотъ, вслѣдствіе чего головка помѣщается надъ горизонтальною вѣтвью правой лонной кости, лѣвое плечико подъ лонною дугою, а лѣвая поверхность шеи позади лоннаго сочлененія. Послѣ совершенія поворота плечико упирается въ лонную дугу и становится неподвижнымъ. Въ это время, а иногда раньше, между наружными дѣтородными частями выпадаетъ лѣвая ручка.

*Четвертый моментъ.* Эволюція плода. Въ этомъ моментѣ лѣвый бокъ плода вѣдряется потугами въ полость малаго таза и скользитъ по задней стѣнкѣ его, плечико же съ головою остается неподвижнымъ. Послѣ бока, по тому же направленію вѣдряются ягодицы. Коль скоро бокъ начинаетъ напирать на промежность, она сильно растягивается и плодъ, сильно сгибаясь на переднюю поверхность, начинаетъ изворачиваться наружу, такъ что со стороны промежности послѣдовательно прорѣзываются: сперва боковая и верхняя часть туловища, потомъ нижняя часть его и наконецъ ягодицы и ножки, ф. 36. Послѣ выхожденія этихъ частей головка и правая ручка опускаются въ полость малаго таза. Иногда головка тотчасъ же выходитъ за туловищемъ, не совершая внутренняго поворота, потому что дѣтородные пути, сильно растянутыя родившимся туловищемъ, бываютъ достаточно подготовлены для прохожденія головки, въ особенности

Фиг. 36.



если она не велика. Спинка плода при этомъ бываетъ обращена къ передней стѣнкѣ таза *Пятый моментъ* — наружный поворотъ туловища и внутренней головки (*rotatio externa trunci et interna capitis*) обыкновенно совершается такимъ же образомъ какъ при ягодичныхъ положеніяхъ. Головка освобождается изъ дѣтородныхъ частей по обыкновеннымъ правиламъ.

Изъ изложеннаго о произвольной эволюціи плода очевидно, что для того, чтобы она могла совершиться, необходимы сильныя и продолжительныя маточныя сокращенія, не слишкомъ большое противудѣйствіе со стороны дѣтородныхъ частей матери, извѣстная степень мацерациіи плода и величина его, соразмѣрная съ вмѣстимостью тазоваго канала.

Такъ по отчетамъ Спб. Родовсп. Зав. за 9 лѣтъ на 21,400 родовъ было наблюдаемо 20 случаевъ *самоизворота* плода. Изъ нихъ въ 13-ти родахъ окончились силами природы — *evolutio spontanea*, и въ 7 случаяхъ запущенныхъ поперечныхъ положеній, при вколотившемся уже плечикѣ, потребовалось окончить роды, подражая естественному механизму самоизворота, ручными приемами — *evolutio artificialis*. Изъ 20 новорожденныхъ двое родились живыми: одинъ изъ нихъ приблизительно 8 мѣсячный недоносокъ и другой — доношенный второй близнецъ; оба младенца умерли черезъ нѣсколько часовъ. Остальные 18 родились преждевременно или мацерированными или умерли во время родовъ.

Сравнивая произвольный поворотъ съ произвольной эволюціею плода, очевидно, что между ними существуетъ громадная разница, и они никакъ не должны быть смѣшиваемы одинъ съ другимъ.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

- Braun, C. Ueber einen seltenen Mechanismus bei Gesichtslagen. Monatschr. f. Gebkd. 1861. Bd. XVII, p. 157. Benedix. De partu agrippino. Diss. inaug. 1828. Berolini. Budin. La tête du fœtus. Paris 1878. Burchard. De fœtus capitis situ obliquo et perverso. Dis. inaug. Jenaë 1797. Bidder E. Ein Beitrag zur Mechanik d. ersten Geburtsperiode. St.-Petersb. med. Zeitschr. 1878. Hft. 7—8. Bidder E. Ueber Vorder- u. Hinterscheitellagen. Gynaekologische Mittheilungen. Gratulationsschrift. Berlin 1884. Crüger. Ueber d. Einfluss d. vorderen Beckenwand auf d. Geburtsmechanismus etc. Monatschr. f. Gebkd. 1861. Bd. XVII, 1. Donkin. Edinb. med. J. IX, p. 523. Dec. Duncan. Contribution to the Mechanism of natural and morbid Parturition incl. that of Placenta prævia. Edinburgh 1875. Dohrn. Ueber d. Ursachen d. fehlerhaften Drehung d. Schultern etc. Arch. f. Gynaek. Bd. IV p. 362. Drake. Ueber d. Rotation d. Hinterhauptes gegen d. hintere Beckenwand bei nachfolgendem Kopf. Diss. inaug. Giessen 1850. Eichstedt. Zeugung, Geburtsmechanismus u. einige andere geburtshülffliche Gegenstände. Greifswald 1859. Egenter. De momento varietat. normalis pelvis in part. vertice prævia. Diss. inaug. Tübing. 1831. Eichenberg. De partu facie prævia. Diss. inaug. Berolini 1883. Fresenius. Geschichte d. Forschungen ueber d. Mechanismus während d. 3-ten. Viertels d. 17. Jahrhundert. Diss. inaug. Giessen 1855. Fassbender. Beobacht. über Situs u. Positionswechsel d. Kinder in d. letzten Monaten d. Schwangerschaft. Beiträge z. Gebkd. u. Gynaek. 1872. Bd. I, p. 41. Fassbender. Ueber Gesichtslagen. ibid., p. 100. Hegar. Zur Geburtsmechanik. Arch. f. Gynaek. Bd. I. Hft. 2. Hildebrandt. De mechanismo partus capitis prævio normali et enormi Comment. Regiom. 1864. Hauss-

mann u. Riedel. Ueber Selbstwendung. d. Kindes. Schmidt's Jahrbücher 1864. Bd. 124. № 1, p. 43. Hecker. Erweiterte tabellarische Uebersicht über d. Frequenzverhältnisse bei d. versch. Fruchtlagen u. Geburtsanomalien. Arch. f. Gynaek. Bd. XX, p. 378. Jungmann. Beiträge zur Lehre von d. Windgeburten bei Achsellage. Diss. inaug. Giessen 1850. Kidd. D. Doubl. Journ. XXXVI, p. 460. Kleinwächter. Beitrag zur Lehre von Selbstentwicklung. Arch. f. Gynaek. Bd. II. Hft. 1, Kreussler. De spontanea versione foetus completa clunibus praeviis in caput. Diss. inaug. Lipsiae 1854. Lahs. D. Durchtrittsmechanismus d. Fruchtkopfes unter d. Wirkung d. allgemeinen Inhaltsdruckes bei Rückenschl. Bedeutung d. Geburten unter Wirkung d. allgemeinen Inhaltsdruckes, ibid. Bd. VI, p. 322. Lahs. Ueber d. Einfluss d. Lageveränderungen u. d. verschied. Lagen d. Kreissenden auf d. Geburtsmechanismus. Arch. f. Gynaek. Bd. XI, p. 22. Leishman An Essay, historical and critical, on the Mechanism of Parturition. Glasgow 1864. Litzmann. C. Ueber d. hintere Scheitelbeinstellung, eine nicht seltene Art von fehlerhaften Einstellung d. Kopfes unter d. Geburt. Arch. f. Gynaek. Bd. II. Hft. 3. Lebsanft. Zwei seltene Fälle von Lage u. Stellungswechsel während d. Kreissen. Diss. inaug. Tübingen 1873. Mayr. Beiträge zur Lehre von d. Gesichtslagen. Arch. f. Gynaek. Bd. XII. Hft. 2. Müller, P. Zur Aetiologie d. Knielage. Arch. f. Gynaek. Bd. V, p. 126. Neugebauer. Ueber Selbstentwicklung d. Kindes aus Schulterlage. Deutsche Klinik, № 6, 1864. Olshausen. Ueber d. vierte Drehung d. Schädels bei Hinterhauptslagen. Arch. f. Gynaek. Bd. XX. Hft. 2. Paulus. Mechanik u. Phronomie d. natürlichen Geburtsprocesses. Monatschr. f. Gebkd. u. Frauenkrkh. Berlin 1853. IV, p. 276 Ritgen. Geschichte d. Forschungen über d. Geburtsmechanismus bearbeitet von d. DD-r. Stammler, Knoes, Frese- nius, Bruel, Zimmermann, Fuchs, Schad, Benfinghoe u. H. Stammler unter d. Präsidium d. H-rn Prof. Dr v. Ritgen. Giessen 1857. Riedel. Fall von Selbstwendung d. Kindes Monatschr. f. Gebkd. XXIII, p. 97. Ribemont. Recherches sur l'anatomie topographique du foetus applic. à l'obstétrique. Paris 1878. Schatz. Ueber vergleichenden Geburtsmecha- nismus d. Kopflagen. Leipzig 1865. Schütz. Fall von seltenem Geburtsmechanismus. Arch. f. Gynaek. Bd. XIV, p. 304. Spiegelberg. Ueber d. Mechanismus d. Geburt. Monatschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. Bd. XXVIII, p. 89. Штейнманъ. О тазовыхъ положеніяхъ. Мед. отчетъ Спб. Родовсп. Зав. за 1873—76 годъ. Steinmann. Geburt u. Wochenbett älterer Erstgebärender. Arch. f. Gynaek. Bd. XXII, Hft. 3. Stammler, C. Geschichte d. For- schungen über d. Geburtsmechanismus von d. ersten Zeit bis zur Mitte d. 16-ten Jahr- hunderts. Diss. inaug. Giessen 1854. Stehberger. D. Steiss-rückenlage in d. Geburts- hülfe. Zeitschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. Bd. II. Hft. 1. Stephan. Ueber d. Mechanismus d. Geburt bei Kopflagen. Arch. f. Gynaek. Bd. XII. Hft. 3. Weiffenbach. Geschichte d. Forschungen über d. Geburtsmechanismus während d. Jahre 1752—1753. Diss. inaug. Giessen 1857.

## ГЛАВА III.

### О НЕПРАВИЛЬНОСТЯХЪ ЖЕНСКАГО ТАЗА.

**О неправильностяхъ женскаго таза вообще.** Неправильнымъ тазомъ въ акушерскомъ отношеніи называется такой, который представляетъ отклоненія и измѣненія въ формѣ, величинѣ, ёмкости и наклоненіи. Неправильности эти распространяются на весь тазъ или только на отдѣльныя его части, а именно: могутъ быть удлинены или укорочены всѣ размѣры таза или же укороченъ бываетъ одинъ изъ размѣровъ какого либо отдѣла, а другіе остаются нормальными или соотвѣтственно удлинеными; или укороченіе какого либо одного діаметра существуетъ во всѣхъ отдѣлахъ таза, или наконецъ всѣ размѣры одного и того-же отдѣла полости малаго таза укорочены, размѣры же другихъ отдѣловъ представляются или нормальными, или напротивъ даже удлинеными.

Уклоненія эти обусловливаются или чрезмѣрно сильнымъ, или чрезмѣрно слабымъ развитіемъ всѣхъ костей таза или только нѣкоторыхъ изъ нихъ; въ этомъ послѣднемъ случаѣ можетъ быть поражена вся кость или только нѣкоторыя изъ ея частей. Кромѣ того неправильности таза развиваются подъ вліяніемъ воспаленія сочлененій, одного или обоихъ тазобедренныхъ суставовъ, далѣе вслѣдствіе вывиховъ бедеръ, затѣмъ вслѣдствіе болѣзней позвоночника, ведущихъ къ искривленію его, къ соскальзыванію, къ неравномѣрному уменьшенію отдѣльныхъ позвонковъ и вслѣдствіе всего этого къ неравномѣрному распредѣленію тяжести туловища на тазовыя кости; наконецъ бездѣятельность одной или обѣихъ нижнихъ конечностей, напр., послѣ ампутаціи, обусловливаетъ также неправильное развитіе таза.

Ближайшая предрасполагающая къ образованію неправильностей таза и всего чаще встрѣчающаяся причина заключается въ мягкости костей его и въ слабомъ (хотя бы и нормальномъ) соединеніи ихъ между собою. Это встрѣчается преимущественно въ томъ возрастѣ, когда кости таза еще растутъ и еще недостаточно окрѣпли. Понятно, что при такомъ предрасположеніи со стороны костей, будетъ ли оно зависѣть отъ неправильнаго роста или отъ патологическихъ процессовъ

(Rhachitis Syphilis), производящія причины, и преимущественно со стороны позвоночника, должны оказывать громадное вліяніе на развитіе той или другой неправильности таза. Давленіе, производимое на тазъ тяжестью туловища, при различныхъ положеніяхъ субъекта (вертикальномъ, горизонтальномъ на спинѣ или на томъ или другомъ боку), а равно и противодѣйствіе со стороны нижнихъ конечностей и работа мышцъ, при нормальномъ состояніи костей таза, не препятствуютъ правильному его развитію; то же самое давленіе и противодѣйствіе, при тѣхъ-же условіяхъ, но при мягкихъ костяхъ таза, ведетъ къ развитію неправильностей таза, измѣняя его форму, величину, наклоненіе и ёмкость.

Если принять при этомъ во вниманіе непостоянство и измѣнчивость давленія тяжести туловища въ различныхъ положеніяхъ и различные степени неправильнаго роста тазовыхъ костей, то легко себѣ представить, какъ разнообразно можетъ быть вліяніе предрасполагающихъ и производящихъ причинъ на развитіе неправильностей таза. При одномъ и томъ-же давленіи, но при разныхъ степеняхъ неправильной и неравномѣрной плотности тазовыхъ костей развиваются различные по формѣ и степени неправильности таза и, наоборотъ, при той-же неправильности тазовыхъ костей, но при различныхъ степеняхъ давленія тяжести туловища, въ различныхъ его положеніяхъ, въ результатѣ получатся опять таки различные по формѣ и степени неправильности таза. Въ томъ и другомъ случаѣ въ общемъ тазы могутъ быть весьма сходны между собою, въ частностяхъ же они представляютъ болѣе или менѣе рѣзкія отличія, которыя, съ одной стороны, весьма мало чѣмъ будутъ отличаться отъ признаковъ, свойственныхъ нормальному тазу, составляя какъ бы переходную ступень отъ правильныхъ тазовъ къ неправильнымъ, съ другой же стороны, отклоненія могутъ быть настолько рѣзки, что не прибѣгая даже къ подробному акушерскому изслѣдованію таза, простымъ осмотромъ или оцупываніемъ можно распознать представившуюся неправильность его. Поэтому неправильности таза представляютъ громадное разнообразіе, до неузнаваемости при жизни, не только въ степеняхъ уменьшенія отдѣльныхъ размѣровъ, а слѣдовательно и ёмкости, но и въ формѣ суженія, причемъ нерѣдко нарушается симметричность обѣихъ половинъ таза.

Размягченіе костей, извѣстное подъ именемъ *остеомалаціи*, зависящее исключительно отъ особой формы остеоміалита, до крайности обезображиваетъ тазъ какъ въ цѣломъ, такъ и въ отдѣльныхъ его частяхъ. Такое размягченіе костей развивается, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, во время беременности, слѣдовательно въ томъ возрастѣ, когда развитіе скелета уже закончено. Въ этомъ-же возрастѣ, кромѣ того, ёмкость тазоваго канала можетъ быть уменьшена присутствіемъ опухолей, исходящихъ или изъ стѣнокъ самого таза (экзостозы, остеосаркомы, остеохондромы, остеокарциномы), или изъ органовъ, помѣщающихся въ большомъ или маломъ тазу (кисты яичниковъ, фиброиды матки, окаменѣлый плодъ), причемъ объемъ и форма таза остаются безъ измѣненій.

Въ практическомъ отношеніи, уменьшенная ёмкость (сѹуженіе) таза имѣеть гораздо больше значенія, чѣмъ увеличенная ёмкость (обширность) или ненормальное наклоненіе его, потому именно, что при уменьшенной ёмкости тазоваго канала во время родовъ встрѣчаются не только затрудненія, замедляющія правильное ихъ теченіе, но иной разъ непреодолимыя препятствія, подвергающія опасности какъ жизнь самой роженицы, такъ и жизнь плода; неправильности же, обусловленныя увеличенною ёмкостью таза и ненормальнымъ его наклоненіемъ, не представляютъ подобныхъ затрудненій и въ большинствѣ случаевъ легче устраняются. Въ виду этого въ акушерской практикѣ врачу на разрѣшеніе могутъ представиться слѣдующіе вопросы: 1) можетъ-ли дѣвица вступить въ бракъ, не подвергая свою жизнь явной опасности въ случаѣ беременности; 2) можетъ-ли беременная родить въ срокъ, не подвергая ни себя, ни своего плода тяжкимъ акушерскимъ операціямъ, могущимъ причинить смерть послѣднему, и 3) можетъ ли беременная разрѣшиться безъ помощи искусства. Послѣдній вопросъ встрѣчается чаще другихъ.

Окончательное рѣшеніе вышеупомянутыхъ вопросовъ основано безспорно на возможно точномъ опредѣленіи отношенія вмѣстимости таза къ объемистымъ частямъ плода. Если въ большинствѣ случаевъ, существуетъ возможность, съ достаточною точностью, опредѣлить вмѣстимость неправильнаго таза, его форму и наклоненіе съ помощью ниже описанныхъ методовъ изслѣдованія, то опредѣленіе *относительной вмѣстимости* его представляется крайне труднымъ, такъ какъ не существуетъ точныхъ способовъ опредѣленія объема крупныхъ частей плода (головки) во время беременности или во время родовъ.

Сознавая всю важность своевременнаго опредѣленія объема головки, *Ahlfeld* въ 1871 г. предложилъ съ этою цѣлью опредѣлять величину плода во время беременности, измѣряя его длину, и по ней судить о величинѣ головки. Въ основѣ самаго измѣренія утробнаго младенца лежитъ тотъ фактъ, выведенный изъ многочисленныхъ наблюдений, что разстояніе отъ макушки флектированной головки до ягодиць, т. е. ось плода, равняется приблизительно половинѣ всей его длины. Измѣреніе производится слѣдующимъ образомъ: Беременную помѣщаютъ на довольно твердой постели, въ горизонтальномъ положеніи на спинѣ съ согнутыми колѣнями; опредѣливъ наружными приѣмами положеніе плода, отыскиваютъ сперва высшую точку плоднаго яйца (дна матки), соответствующую, смотря по положенію плода, ягодицамъ или головкѣ, и отмѣчаютъ это мѣсто тушью или чернилами; затѣмъ вводятъ одинъ или два пальца въ рукавъ до предлежащей части, положимъ головки, продвигаютъ по нимъ одну вѣтвь тазомѣра *Baudelocque'a*, и фиксируютъ ее на затылкѣ (?) плода; теперь свободною рукою прикладываютъ другую вѣтвь тазомѣра къ намѣченному мѣсту у дна матки и по скалкѣ отсчитываютъ величину разстоянія между нижнимъ и верхнимъ концемъ плода. Въ случаѣ, если предлежащую часть невозможно достигнуть, *Ahlfeld* опредѣляетъ голову и ягодицы наружнымъ изслѣдованіемъ. При косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ плода, прежде чѣмъ измѣрять его, *Ahlfeld* старается исправить положеніе; если же это не удастся, то онъ довольствуется опредѣленіемъ головки и ягодиць наружными манипуляціями.

Д-ръ *В. В. Сутгинъ* въ 1874 г. производилъ въ Спб. Род. Зав. соответствующія наблюденія, причемъ имъ было обращено вниманіе также и на заключеніе *Pfannkuch'a*, по которому вѣсъ, длина тѣла и величина головки плода растутъ пропорціонально до тѣхъ поръ, пока плодъ не достигнетъ средняго вѣса; затѣмъ, при постепенно увеличивающемся вѣсѣ, сначала ростъ плода, потомъ и величина головки начинаютъ отставать



въ развитіи, увеличеніе же вѣса идетъ преимущественно на возрастаніе поперечныхъ размѣровъ туловища плода.

Что касается самаго способа измѣренія, то на основаніи 217 измѣреній д-ръ *Cyтугинъ* пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Измѣреніе утробнаго младенца можно производить только съ того времени, когда матка фиксируетъ плодъ въ извѣстномъ положеніи, т. е. съ 7-го мѣсяца беременности. 2) Измѣреніе плода до родовъ близко подходитъ къ измѣреніямъ по рожденіи его. 3) Ошибки чаще всего встрѣчаются при значительномъ обиліи водъ и слабо развитомъ плодѣ, когда слѣдовательно плодъ можетъ свободно двигаться и когда онъ не бываетъ согнутъ такъ, какъ при умѣренномъ количествѣ водъ. Такъ какъ приготовительныя боли, заставляя плодъ выпрямляться, значительно измѣняютъ длину его, то большое число ошибокъ приходится кромѣ того на тѣ случаи, въ которыхъ измѣреніе производилось за 1—5 дней до родовъ. 4) Вообще количество ошибокъ болѣе чѣмъ на 1.0 см. составляетъ 18% всѣхъ измѣреній. 5) При неудобносправляемыхъ косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ плода высота дна матки не можетъ быть принята въ расчетъ при опредѣленіи срока беременности; въ такихъ случаяхъ длина плоднаго яйца, опредѣляемая по *Ahlfeld'y*, можетъ быть принята за выраженіе соотвѣтствующей высоты положенія дна матки (при продольномъ положеніи плода). 6) При высшихъ степеняхъ суженія таза, степенью развитія плода, опредѣляемою по *Ahlfeld'y*, можно руководиться для опредѣленія разстоянія дна матки отъ симфиза. 7) Выводъ *Pfannkuch'a* подтверждается въ среднихъ числахъ, но въ отдѣльныхъ случаяхъ окружность головки представляетъ почти такія же колебанія по отношенію къ вѣсу плода, какъ и длина его.

Въ заключеніи д-ръ *Cытугинъ* говоритъ: а) что опредѣленіе длины плода до родовъ въ большинствѣ случаевъ возможно; б) что для опредѣленія срока беременности можно, совмѣстно съ другими объективными признаками, пользоваться и величиною плода; в) что по длинѣ плоднаго яйца можно приблизительно судить о величинѣ головки.

Въ пользу способа *Ahlfeld'a* высказались *Runge, Walraf, Schroeder*, и *Spiegelberg*, противъ него *Kleinwächter, Tramer* и въ особенности *Breisky*; послѣдній на стр. 317 *Prager Vierteljahrschr.* 1882 говоритъ: „при соблюденіи всѣхъ предосторожностей невозможно въ отдѣльныхъ случаяхъ избѣгнуть ошибки въ 5—10 см. между измѣреніемъ плода во время беременности и по рожденіи его“. Этотъ выводъ противорѣчитъ мнѣнію д-ра *Cытугина*, съ работою котораго *Breisky*, повидимому, не былъ знакомъ.

Способъ *Ahlfeld'a* не вошелъ во всеобщее употребленіе, какъ намъ кажется, отчасти потому, что измѣрить длину плоднаго яйца между намѣченными, строго опредѣленными, пунктами весьма трудно безъ надлежащаго навыка, ибо пункты эти не легко могутъ быть отысканы чрезъ толщу стѣнокъ живота и матки. Положимъ даже, что при навыкѣ, длина плода можетъ быть опредѣлена съ нѣкоторою точностью, тѣмъ не менѣе и при такомъ условіи многое будетъ зависѣть отъ личнаго произвола, судить же о величинѣ головки по добытой измѣреніемъ длинѣ плода не всегда возможно, такъ какъ отношеніе даннаго тѣла къ размѣрамъ головки плода далеко не постоянно и пока еще съ положительностью не установлено. Въ практическомъ отношеніи важно знать не столько величину головки, сколько способность ея конфигурироваться. Измѣреніе головки во время беременности черезъ брюшныя и маточныя стѣнки, предложенное *Ahlfeld'омъ* слѣдуетъ считать также за неособенно удачную попытку.

Хотя способъ *Ahlfeld'a* весьма мало распространенъ, тѣмъ не менѣе однакоже, за немнѣнимъ лучшаго способа опредѣленія длины плода и величины головки, полагаю, что описанный способъ, какъ болѣе вѣрный, заслуживаетъ большаго вниманія. Считаю возможнымъ и весьма удытнымъ воспользоваться этимъ способомъ, съ такимъ же правомъ, какъ и измѣреніемъ таза, дающимъ тоже только приблизительное понятіе о ѣмкости его при опредѣленіи срока возбужденія преждевременныхъ родовъ.

Немало встрѣчается затрудненій при опредѣленіи степени возможнаго уменьшенія подлежащей головки подъ вліяніемъ родовыхъ силъ, т. е. конфигураціи ея, зависящей отъ большей или меньшей по-

датливости костей черепа, отъ степени захожденія ихъ другъ за друга и отъ ширины швовъ.

Не имѣя возможности съ точностью опредѣлить второй факторъ родовъ—объемъ и степень возможной конфигураціи подлежащей головки плода,—не всегда возможно, конечно, установить опредѣленно и показанія къ операціямъ при различныхъ степеняхъ суженія таза.

При одинаковыхъ условіяхъ со стороны матки и плода, тазъ представляетъ тѣмъ больше препятствій, чѣмъ равномернѣе укорочены всѣ размѣры какого-либо одного отдѣла таза, а тѣмъ болѣе, если суженіе распространяется на нѣсколько отдѣловъ одновременно. Такъ какъ *K*<sup>1)</sup> представляетъ одинъ изъ размѣровъ таза, наиболѣе доступный для измѣренія, и такъ какъ на ней всего чаще отражаются различныя неправильности таза, то на основаніи укороченія ея принимаютъ три степени суженія таза.

*Первая степень* приближается къ нормальному тазу. При этой степени укороченіе *K* и вообще размѣра самаго узкаго мѣста таза не превышаетъ 1.5 см. Такіе тазы не представляютъ особенно сильныхъ препятствій для прохожденія плода нормальной величины; вліяніе ихъ на роды выражается *замедленіемъ хода родового акта насчетъ отклоненія отъ обыкновеннаго вставленія головки*. При благоприятныхъ условіяхъ со стороны положенія плода, величины головки и при не слишкомъ напряженной, правильной работѣ матки, срочные роды въ такихъ случаяхъ могутъ окончиться силами природы безъ вреда для матери и плода.

Поэтому въ подобныхъ обстоятельствахъ не слѣдуетъ спѣшить съ помощью искусства, пока силы роженицы еще достаточно сохранились. Наложеніе щипцовъ можетъ быть признано рациональнымъ только тогда, если потуги становятся неправильными и головка, находящаяся уже въ полости малаго таза, въ теченіи 3—4 часовъ, не подвигается впередъ, и когда вслѣдствіе этого на головкѣ довольно быстро развивается *сарит succedaneum*; когда сердцебіеніе плода ослабѣваетъ, становится неправильнымъ; когда угрожаетъ опасность разрыва мягкихъ частей, ущемленныхъ между головкою и стѣнками таза; или когда наружныя дѣтородныя части роженицы начинаютъ отекать и обнаруживается лихорадочное состояніе. Общія судороги и маточное кровотеченіе безотлагательно требуютъ наложенія щипцовъ. О поворотѣ на ножки при подлежащей головкѣ можетъ быть рѣчь только тогда, когда головка находится еще надъ входомъ и къ тому же—подвижна. Этою операціею съ послѣдующимъ извлеченіемъ, даже при незначительной степени суженія таза, рѣдко спасается жизнь плода; при извлеченіи нужно стараться по возможности направить головку такъ, чтобы она помѣстилась удобными размѣрами въ суженномъ мѣстѣ таза и тѣмъ облегчить ея извлеченіе, ручное или инструментальное. При лицевыхъ положеніяхъ нужно позаботиться о превращеніи ихъ, если время не упущено, съ

<sup>1)</sup> При дальнѣйшемъ изложеніи *Conjugata vera* будетъ обозначаться буквою *K*.

помощью извѣстныхъ пріемовъ, въ затылочныя; въ противномъ случаѣ, не выжидая такъ долго, какъ при затылочныхъ положеніяхъ, необходимо прибѣгнуть къ наложенію щипцовъ. Предлежанія ягодицами или ножками требуютъ продолжительнаго выжиданія; несвоевременное извлечение плода за ягодицы или за ножки не должно быть допускаемо уже потому, что поспѣшность увеличиваетъ затрудненія при освобожденіи головки.

При поперечныхъ и косыхъ положеніяхъ слѣдуетъ предпочесть поворотъ на ножки повороту на головку, такъ какъ при дальнѣйшемъ теченіи родовъ своевременнымъ осторожнымъ влеченіемъ за ножки можно удобнѣе провести головку черезъ наиболѣе благопріятныя для ея прохожденія діаметры таза. Въ случаѣ смерти плода, если головка находится въ полости малаго таза, накладываемъ щипцы; если нѣсколькими тракціями (отъ 3-хъ до 6-ти) не удастся подвинуть головку, то, не снимая щипцовъ, дѣлаемъ прободеніе и извлекаемъ ее щипцами; въ случаѣ неудачи замѣняемъ щипцы краниокластомъ. Иногда при этихъ условіяхъ, особенно при столбнякѣ матки, при прекращеніи потугъ, необходимо прямо приступить къ прободенію головки и къ краниокалізі.

*II степень суженія.* Сюда принадлежатъ тазы съ *K* отъ 9.5 до 6.5 см. При этой степени суженія головка можетъ установиться болѣе или менѣе неподвижно во входѣ таза, даже до абсолютной неподвижности, но, несмотря на энергическія и правильныя боли, въ теченіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени, она не подается впередъ. Въ такихъ случаяхъ говорятъ „*головка вколотилась*“; о степени вколачиванія мы можемъ приблизительно судить по большему или меньшему захожденію костей черепа одна на другую, а также по объему родовой опухоли и по неподвижности головки.

При *K* около 8 см. срочные роды могутъ иногда окончиться силами природы или оперативными пособіями, не требующими нарушенія цѣлости плода. Съ прекращеніемъ жизни плода показаніе къ оперативнымъ пособіямъ значительно уирощается; тѣмъ или другимъ способомъ приходится уменьшить объемъ его. При жизни же плода установленіе рациональнаго и возможно точнаго показанія крайне затруднительно. Все дѣло заключается въ томъ, какъ приспособляется головка къ суженному входу? Если плодъ живъ и сердцебіеніе настолько правильно, что можно имѣть надежду на сохраненіе его жизни, а со стороны роженницы имѣются показанія къ скорому окончанію родовъ, то позволительно испытать наложеніе щипцовъ; случалось однако же, что послѣ тщетныхъ тракцій щипцами или послѣ неудавшагося наложенія щипцовъ, роды все-таки оканчивались силами природы, благодаря сильнымъ энергическимъ потугамъ.

При *K* менѣе 8 см. наложеніе щипцовъ подаетъ мало надежды, хотя нѣкоторые акушеры и приводятъ примѣры произвольнаго окончанія родовъ даже при конъюгатѣ въ 6.5 см., но эти случаи, какъ крайне рѣдкіе, составляютъ лишь счастливое исключеніе, и потому основывать на нихъ какія-либо правила невозможно. Такая степень

суженія служить, если время еще не упущено, *раціональнѣйшимъ показаніемъ къ возбужденію преждевременныхъ родовъ*, не только у много-рожавшихъ, у которыхъ предшествовавшіе роды оканчиваемы были операціями уменьшающими объемъ плода, но и у беременныхъ въ первый разъ.

*III степень суженія.* Сюда принадлежатъ абсолютно-узкіе тазы, *K* которыхъ и вообще діаметръ суженнаго мѣста менѣе 6.5 см. При этой степени суженія головка въ теченіи всего родового акта *остается подвижною надъ входомъ*, нисколько не фиксируясь въ немъ какою-либо своею частью, т.-е. головка вовсе не можетъ вступить во входъ. Поэтому рожденіе зрѣлаго плода при такой степени суженія физически невозможно; роды могутъ быть окончены кесарскимъ сѣченіемъ, если плодъ живъ, или разъятіемъ плода по частямъ, если плодъ уже мертвъ. При *K* въ 5.0—6.0 см. можно еще попытаться возбудить преждевременные роды, хотя и здѣсь можетъ потребоваться извлеченіе плода щипцами или краніокластомъ. При *K* менѣе 5.0 см. ни эмбриотомія, ни извлеченіе плода по частямъ, ни введеніе руки въ родовые пути—невозможны. Поэтому при срочныхъ родахъ *остается прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію*, даже при завѣдомо мертвомъ плодѣ, или *къ вырѣзыванію беременной матки по способу Porro*. Если-же время не упущено, то совершенно умѣстно *возбужденіе искусственнаго законнаго выкидыша*.

Здѣсь въ общихъ чертахъ я коснулся показаній ради того только, чтобы читателямъ, незнакомымъ еще съ оперативною частью акушерства, дать хотя бы нѣкоторое понятіе о значеніи суженій таза въ акушерскомъ отношеніи. Хотя, съ теоретической точки зрѣнія, дѣленіе суженій на три степени и даетъ повидимому положительныя указанія на проходимость тазового входа, однако-же нельзя не сознаться, что на практикѣ не слѣдуетъ слишкомъ довѣряться такому дѣленію. По нашему мнѣнію оно только въ общихъ чертахъ рѣшаетъ, возможны ли срочные роды, и если нѣтъ, то не слѣдуетъ ли произвести искусственные преждевременные роды или искусственный выкидышъ, и въ какое время.

Что касается того, какъ часто встрѣчаются узкіе тазы, то большинство авторовъ принимаетъ въ расчетъ только тѣ формы узкаго таза, которыя представляютъ серьезныя механическія препятствія во время родовъ, т.-е. суженія второй и третьей степени; менѣе же значительныя суженія на 1.0 см. не принимаются ими въ расчетъ. По моему мнѣнію это невѣрно уже потому, что роды при суженіяхъ на 1.0 см. только при благопріятныхъ условіяхъ со стороны плода и родовой дѣятельности матки протекають, повидимому, какъ при нормальномъ тазѣ, на самомъ-же дѣлѣ вставленіе головки и прохожденіе ея черезъ входъ, при тщательномъ наблюденіи, большею частью представляютъ отклоненія отъ нормы. Если же головка довольно объемиста, плотна и вслѣдствіе этого не способна къ конфигураціи, то при ея вставленіи и прохожденіи чрезъ входъ таза могутъ встрѣтиться такія же серьезныя затрудненія,

какія бывають и при суженіяхъ таза 2-й степени. Кромѣ того, какъ мы увидимъ ниже, узкій тазъ оказываетъ вліяніе на положеніе плода, родовыя боли, на преждевременное излітіе околоплодныхъ водъ, на выпаденіе конечностей и пуповины. Безъ сомнѣнія, всѣ эти осложненія родовъ встрѣчаются гораздо чаще при суженіяхъ 2-й и 3-й степени. Поэтому-то въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ тщательнѣе измѣрять тазъ и внимательнѣе наблюдать за вставленіемъ головки во входъ таза и вообще за механизмомъ родовъ. На основаніи этого для опредѣленія частоты узкихъ тазовъ я считаю болѣе правильнымъ принять въ расчетъ и меньшіе степени суженія таза. По отчетамъ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія за 10 лѣтъ (1870—1880) на 23410 родовъ узкихъ тазовъ наблюдалось 361, что составляетъ 1,54<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; по *Gyuenbergeru* на 8000 родовъ было 94 узк. т. = 1,175<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; по *Иноевсу* (Москва) на 1600—17 = 1,06<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. По *Michaelis'y* 7,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; по *Litzmann'y* 14,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, по *Schwartz'y* 20—22<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; по *Schroeder'y* 14,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; по *Kleinwächter'y* (Прага) — 20—25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; по *Winckel'ю* (Дрезденъ) — 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; по *Hecker'y* (Мюнхенъ) 1 на 88; по *Spaeth'y* (Вѣна) 1 на 192; по *Ahlfeld'y* (Гиссенъ) 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; по *P. Müller'y* (Бернъ) на 1177 родовъ — 190 узк. т. = 16,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Разница въ частотѣ отчасти зависитъ отъ того, что въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ рахитъ встрѣчается весьма часто; если же у насъ въ Петербургѣ болѣе высокія степени суженія таза встрѣчаются весьма рѣдко, то это по всей вѣроятности зависитъ оттого, что часть дѣтей, пораженныхъ рахитомъ, умираетъ въ раннемъ возрастѣ.

Директоръ Елизаветинской дѣтской больницы въ Спб. д-ръ *H. Рейтцъ* любезно сообщилъ намъ свою статистику рахитическихъ дѣтей, пользовавшихся амбулаторно въ лечебницѣ. Изъ общаго числа дѣтей (52130 М. и 52677 Д.) было 28<sup>0</sup>/<sub>0</sub> страдавшихъ рахитомъ. По возрасту они распредѣлялись такъ:

Моложе 1 мѣсяца встрѣчались лишь единичные случаи.

Въ младенческомъ возрастѣ (отъ 1 до 6 мѣс.) 11,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> мал. и 8,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> дѣв.

Въ первомъ дѣтствѣ (отъ 6 мѣс. до 2 лѣтъ) 50,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> м. и 41,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> д.

Во второмъ дѣтствѣ (отъ 2 до 6 лѣтъ) 29,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> м. и 22,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> д.

Въ возрастѣ старше 6 лѣтъ 3,0<sup>0</sup>/<sub>0</sub> м. и 1,0<sup>0</sup>/<sub>0</sub> д.

Изъ этой таблички видно, что наибольшій % рахитическихъ дѣтей приходится на первое дѣтство. Изъ всего числа рахитиковъ 37<sup>0</sup>/<sub>0</sub> м. и 36<sup>0</sup>/<sub>0</sub> д. страдали болѣзнями пищеварительныхъ путей; 26<sup>0</sup>/<sub>0</sub> м. 26<sup>0</sup>/<sub>0</sub> д. страдали болѣзнями дыхательныхъ органовъ. Смертность посѣщавшихъ лечебницу дѣтей, судя по выданнымъ только изъ нея свидѣтельствамъ, составляетъ для рахитическихъ дѣтей 5,14<sup>0</sup>/<sub>0</sub> и для нерахитическихъ 4,49<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; дѣйствительный % смертности несомнѣнно больше, такъ какъ многие родители получали свидѣтельства о смерти изъ другихъ источниковъ.

| Возрастъ.               | % смертн. рахит. дѣт. | % смертн. нерахит. дѣт. |
|-------------------------|-----------------------|-------------------------|
| До 1 мѣсяца. . . . .    |                       | 9,09 = 8,6 М. и 9,6 Д.  |
| Отъ 1 до 6 мѣс. . . . . | 7,1 = 6,5 М. и 8,2 Д. | 7,9 = 8,3 — и 7,4 —     |
| „ 6 „ 12 „ . . . . .    | 6,3 = 5,7 — и 7,1 —   | 6,3 = 5,9 — и 6,6 —     |
| „ 1 „ 2 лѣтъ . . . . .  | 5,2 = 5,4 — и 5,0 —   | 5,5 = 5,5 — и 5,5 —     |
| „ 2 „ 6 „ . . . . .     | 3,5 = 3,5 — и 3,5 —   | 2,9 = 2,8 — и 2,9 —     |
| Свыше 6 лѣтъ . . . . .  | 1,3 = 2,1 — и 0,0 —   | 0,4 = 0,4 — и 0,3 —     |

Слѣдовательно въ возрастѣ отъ 6 м. до 2-хъ лѣтъ смертность тѣхъ и другихъ дѣтей почти одна и та же, за то въ возрастѣ отъ 2-хъ до 6-ти лѣтъ значительно преобладаетъ смертность рахитическихъ дѣтей; это преобладаніе еще болѣе рѣзко въ возрастѣ свыше шести лѣтъ.

## Распознаваніе неправильностей таза.

Выше было упомянуто, что неизбѣжнымъ послѣдствіемъ неправильности таза бываетъ уменьшеніе вмѣстимости тазоваго канала, предназначеннаго для прохожденія плода. Поэтому въ каждомъ представившемся случаѣ весьма важно знать, не существуетъ-ли суженія таза? Знать это необходимо для возможно точнаго опредѣленія, во время родовъ, несоразмѣрности между вмѣстимостью таза и объемомъ подлежащей части плода.

Въ виду этого, одна изъ самыхъ важныхъ и въ то же время самыхъ трудныхъ задачъ акушера состоитъ въ опредѣленіи степени и формы суженія таза не только во время родовъ, но и во время беременности. Чѣмъ больше затрудненій представляется при рѣшеніи этой задачи, тѣмъ съ большею тщательностью и вниманіемъ слѣдуетъ отнестись ко всѣмъ обстоятельствамъ и признакамъ, которые, одни въ большей, другіе въ меньшей степени, даютъ намъ право предположить неправильность таза.

Къ сожалѣнію врачу далеко не всегда представляется возможность познакомиться съ тазомъ еще во время беременности; напротивъ, гораздо чаще врача приглашаютъ уже тогда, когда роды начались, когда на головкѣ уже образовалась болѣе или менѣе значительная родовая опухоль и когда сама головка настолько уже вколотилась во входъ, что внутреннее измѣреніе таза становится абсолютно невозможнымъ. Въ такихъ случаяхъ, о степени и формѣ суженія можно судить по высотѣ стоянія, положенію и формѣ вколотившейся головки, что по моему мнѣнію даетъ болѣе вѣрныя и цѣнныя данныя для сужденія о возможности прохожденія головки, чѣмъ наружное и внутреннее изслѣдованіе, взятыя вмѣстѣ.

Хотя тщательное измѣреніе таза и даетъ намъ повидимому наиболѣе важныя данныя для распознаванія неправильностей таза, тѣмъ не менѣе весьма полезныя и соответствующія цѣли указанія получаемъ не рѣдко и изъ распроса женщины, о прежнемъ ея здоровьѣ, о характерѣ предшествовавшихъ родовъ и проч.

Распознаваніе неправильностей таза достигается наружнымъ и внутреннимъ изслѣдованіемъ, какъ всего тѣла, такъ и самого таза, главнымъ же образомъ измѣреніемъ послѣдняго. Но прежде чѣмъ приступить къ ручному или инструментальному измѣренію его, никогда не слѣдуетъ оставлять безъ вниманія и анамнестическія данныя.

Анамнезъ состоитъ въ собираніи свѣдѣній, касающихся развитія организма изслѣдуемой женщины въ дѣтствѣ, преимущественно до семилѣтняго возраста, такъ какъ до этого возраста, и въ особенности въ теченіи первыхъ трехъ лѣтъ, рахитъ всего чаще поражаетъ дѣтей. Поэтому прежде всего нужно узнать, не существуетъ-ли или не было-ли раньше болѣзненныхъ процессовъ, влекущихъ за собою измѣненія въ скелетѣ (rhachitis, osteomalacia).

Нельзя однако же не упомянуть здѣсь о такихъ исключительныхъ

случаяхъ, въ которыхъ при рѣзко выраженномъ рахитѣ скелета, тазъ оказывается не затронутымъ.

Весьма важно также знать, произошелъ-ли пайденный недостатокъ въ томъ возрастѣ, когда кости еще развивались, или же тогда, когда ростъ ихъ былъ уже законченъ. Для разъясненія этого необходимы свѣдѣнія: на которомъ году женщина начала ходить, установилась-ли походка сразу или она временно прерывалась. Если имѣются искривленія позвоночника, то предшествовало-ли оно началу хожденія или искривленію нижнихъ конечностей, или, наоборотъ, оно обнаружилось тогда, когда женщина уже начала ходить. Въ случаѣ хромоты необходимо знать, произошла ли она отъ врожденнаго или приобрѣтеннаго вывиха, или отъ воспаленія тазобедренныхъ суставовъ въ дѣтствѣ съ послѣдовательнымъ анкилозомъ и атрофіею одной или обѣихъ конечностей; а также, появилась-ли хромота до искривленія позвоночника, или послѣднее развилось подъ вліяніемъ хромоты.

Если женщина, примѣрно, до десятилѣтняго возраста была здорова, тѣмъ болѣе, если она впоследствии правильно рожала, то неправильности таза могутъ быть обусловлены: размягченіемъ костей (остеомалаціею) или же новообразованиями, окаменѣлымъ плодомъ, переломами и каріознымъ процессомъ. Не нужно однако забывать, что есть женщины, не только не имѣющія какого-либо тѣлеснаго недостатка, но одаренныя даже хорошимъ тѣлосложеніемъ, стройныя, и тѣмъ не менѣе тазъ ихъ представляется болѣе или менѣе неправильнымъ. Это относится въ особенности къ тазамъ обще-равномѣрно-сжатымъ, которые не особенно рѣдко встрѣчаются у насъ въ Петербургѣ.

Анамнестическія данныя у беременных вообще и въ особенности у беременных въ первый разъ имѣютъ лишь второстепенное значеніе. Изъ анамнеза можно узнать причину и продолжительность существующаго искривленія позвоночника или грудной кѣтки, хромоты, укороченія конечностей и т. п. и такимъ путемъ составить себѣ приблизительное понятіе о характерѣ неправильности таза, но на основаніи одного этого, не слѣдуетъ предрѣшать, какъ велико можетъ быть препятствіе во время родовъ. Даже у многорожавшихъ не всегда возможно предсказать, что роды окончатся безъ вмѣшательства со стороны искусства, на основаніи только того, что предшествовавшіе роды совершились благополучно, ибо при незначительныхъ сжуженіяхъ таза, первые роды, подъ вліяніемъ энергическихъ потугъ, при относительно малой величинѣ плода и въ особенности его головки, а равно и при благопріятномъ положеніи его, могутъ совершиться нормально; между тѣмъ, вторые и послѣдующіе роды, при неблагопріятныхъ обстоятельствахъ со стороны родовой дѣятельности матки и величины плода, могутъ потребовать серьезной помощи искусства. Гораздо болѣе значенія имѣютъ анамнестическія данныя у многорожавшихъ, если при первыхъ родахъ были точнымъ образомъ опредѣлены причины представившихся тогда затрудненій.

Хотя мнѣ лично не удалось прослѣдить, насколько въ дѣйствитель-



ности узкіе тазы передаются наслѣдственно, тѣмъ не менѣе для полноты анамнеза не лишнимъ будетъ спросить о родахъ матери и сестеръ.

**Объективное изслѣдованіе.** Малый ростъ, неправильная (утиная) походка, большая голова, особенности въ чертахъ лица, искривленіе позвоночника (горбатость), короткость нижней половины туловища, хромота и т. п. уже съ перваго взгляда даютъ поводъ заподозрить *неправильности таза* и требуютъ подробнаго *изслѣдованія всего тѣла и измѣренія таза*.

**Изслѣдованіе всего тѣла.** Оно производится ощупываніемъ различныхъ частей тѣла и преимущественно позвоночника, области таза и нижнихъ конечностей. При осмотрѣ и ощупываніи передней и задней поверхности тѣла обращаемъ вниманіе: 1) на форму грудной клѣтки (куриная грудь съ рахитическими четками); 2) на искривленіе позвоночника: определяемъ мѣсто, форму и видъ искривленія (лордозъ, сколіозъ, кифозъ), число искривленій, отношеніе искривленія къ грудной клѣткѣ и въ особенности къ тазу. Слишкомъ глубоко вогнутая поясничная область указываетъ на чрезмѣрное наклоненіе таза, а при маломъ ростѣ, у рахитической женщины, она составляетъ весьма важный признакъ соскальзыванія послѣдняго поясничнаго позвонка съ основанія крестцовой кости (*spondylolisthesis*), въ особенности, если искривленіе появилось уже во время половой зрѣлости и сопровождалось сильными болями въ крестцѣ. Присутствіе глубокаго рубца, въ области одного или обоихъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій, чаще всего указываетъ на бывшее воспаленіе этого сочлененія и позволяетъ предположить существованіе анкилоза и остановку развитія сросшихся костей съ послѣдовательною асимметриею (косостью) таза, въ случаѣ если процессъ ограничился только одной стороной.

Прикладывая одновременно ладони рукъ къ крестцу и къ лонному сочлененію, определяемъ, приблизительно, степень наклоненія таза, ширину и выпуклость крестца, а иногда также и ненормальное выпячиваніе лоннаго сочлененія (*osteomalacia*), и получаемъ приблизительно представление о длинѣ наружной конъюгаты. Перемищая руки на гребешки подвздошныхъ костей, определяемъ отлогость и расположеніе ихъ и очертаніе гребешковъ. Ощупывая большіе вертлуги, обращаемъ вниманіе на положеніе ихъ и на то, находятся ли они на одномъ уровнѣ или нѣтъ; при этомъ не слѣдуетъ забывать, что значительное заостреніе вертлуговъ свойственно рахитическимъ костямъ.

При ощупываніи конечностей обращаемъ вниманіе на подвижность ихъ, въ особенности въ тазобедренномъ суставѣ, на укороченіе одной изъ нихъ, на мускулатуру, объемъ и форму костей.

Кромѣ всего этого слѣдуетъ обратить вниманіе на степень подвижности беременной матки и на отвислость живота, такъ какъ у беременныхъ въ первый разъ послѣдняя служитъ признакомъ чрезмѣрнаго наклоненія болѣе или менѣе неправильнаго таза.

*Neugebauer* въ 1882 г. первый обратилъ вниманіе на расположеніе правой и лѣвой стопы при ходьбѣ. Найденныя имъ уклоненія отъ нормальнаго расположенія стопъ



повидимому представляют нѣчто характерное для извѣстной неправильности таза. Въ виду новизны этого способа изслѣдованія, не испытавъ его лично, мы воздерживаемся пока отъ какихъ либо заключеній и отсылаемъ читателя къ весьма интересной брошюрѣ *Neugebauer'a*. Дальнѣйшія наблюденія, относительно этого способа, несомнѣнно приведутъ къ болѣе положительнымъ результатамъ, чѣмъ добыты *Neugebauer'омъ*, *Krukenberg'омъ* и *Swedelin'омъ* (Спб.).

Этотъ способъ изслѣдованія можетъ доставить удовлетворительныя данныя для рѣшенія вопросовъ, касающихся искривленія позвоночника, нижнихъ конечностей, отношенія ихъ между собою, а равно дать понятіе о происхожденіи безобразія таза и объ асимметріи, увеличенномъ или уменьшенномъ наклоненіи его.

Изслѣдованіе и измѣреніе таза. Добытыя, только что изложенными способами, данныя позволяютъ заподозрить существованіе той или другой неправильности таза, требующей болѣе подробнаго изслѣдованія и измѣренія его.

Смотря по цѣли, изслѣдованіе и измѣреніе таза производятся въ различныхъ положеніяхъ женщины, чаще всего въ горизонтальномъ — на спинѣ или на боку, рѣже въ вертикальномъ положеніи. Послѣднее болѣе удобно для опредѣленія асимметріи, степени наклоненія таза и отношенія его къ позвоночнику. Вообще слѣдуетъ дать женщинѣ то положеніе, которое болѣе удобно для изслѣдованія той или другой неправильности таза или для опредѣленія величины одного изъ размѣровъ его. При горизонтальномъ положеніи на спинѣ необходимо обращать вниманіе на то, чтобы отдѣльныя части таза находились въ одной горизонтальной плоскости. Само собою разумѣется, что опорожненіе кишечника и мочевого пузыря должно предшествовать изслѣдованію таза.

Весьма важный недостатокъ всякаго измѣренія таза заключается въ томъ, что мы лишены возможности пользоваться съ математическою точностью тѣми опредѣленными пунктами, между которыми проходятъ діаметры, подлежащіе измѣренію; поэтому ни при наружномъ, ни тѣмъ болѣе при внутреннемъ измѣреніи таза, почти невозможно избѣгнуть нѣкоторыхъ неточностей, которыя однако же при достаточномъ навыкѣ, а также при повторныхъ контрольных измѣреніяхъ могутъ быть до извѣстной степени устранены.

Для приобрѣтенія достаточнаго навыка и ловкости при измѣреніи таза совѣтую упражняться сначала на скелетированныхъ тазахъ и уже потомъ только приступать къ измѣренію таза у живыхъ.

Измѣреніе таза производится или просто руками, или особо приспособленными для этой цѣли инструментами (тазомѣрами) и раздѣляется на *наружное и внутреннее измѣреніе*.

Всѣ извѣстные до сихъ поръ тазомѣры (*pelvimensores, pelvimeter*) можно раздѣлить на двѣ категоріи: а) на тазомѣры въ видѣ палочекъ и б) въ видѣ циркулей.

Тазомѣры въ видѣ палочекъ бывають или просто съ дѣленіями на нихъ, или же они снабжены различными подвижными указателями въ видѣ пуговокъ, стрѣлокъ, шнурковъ и т. д. Первообразомъ такихъ тазомѣровъ служитъ извѣстная *палочка Stein'a* старш. (ф. 37), съ пуговкою на концѣ, раздѣленная на полъ-дюймы и дюймы. Впослѣдствіи онъ прибавилъ движущееся по палочкѣ кольцо, которое можетъ быть остановлено на любомъ мѣстѣ, и раздѣлил палочку на дюймы и линіи. По простотѣ и удобству она не

утратила значенія и въ настоящее время. *Aitken* пользовался для измѣренія таза женскимъ катетромъ, раздѣленнымъ на дюймы. По типу палочки *Stein'a* устроены похожіе на него тазомѣры: *Coutouly*, *Weidmann'a*, *Astrubali*, *Crève*, *Simeon'a*, *Salomon'a*, *Rit-*

Фиг. 37.

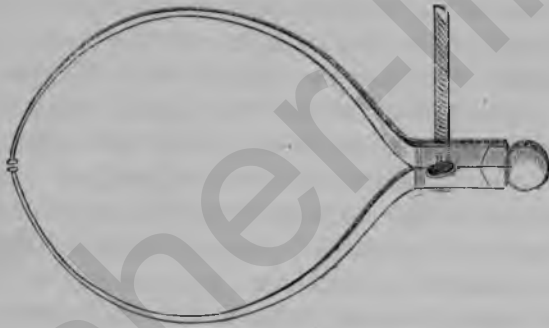


*gen'a*, *Desberger'a* и новѣйшіе *Kabiersk'аго*, *Ed. Kurz'a*, *Göth'a* и *Crouzat*. Въ основѣ всѣхъ этихъ модификацій лежитъ— то желаніе измѣрить только діагональную конъюгату, то стремленіе прямо опредѣлить истинную конъюгату, то наконецъ попытки въ то же время опредѣлить и степень наклоненія лоннаго сочлененія.

Сюда же можно отнести попытки измѣрять діагональную конъюгату посредствомъ шиурковъ и нитей, съ наизыанными на нихъ бусами, пробкой и т. д. Одинъ конецъ нити доводился указательнымъ пальцемъ до мыса, на мѣстѣ же соприкосновенія съ верхушкой лонной дуги устанавливался наизыанный шарикъ. Такимъ или подобнымъ способомъ измѣряли тазъ *Mayer*, *Koppe*, *Starck* и *Kuzzwisch*.

Къ тазомѣрамъ этой же группы должны быть отнесены инструменты для опредѣленія степени наклоненія таза, посяще названіе *клизометровъ* (*Klismeter*) напр., *Stein'a* старш., *Osiander'a*, *Kluge* и *Naegele*.

Фиг. 38.



Типомъ тазомѣровъ въ видѣ *циркулей* служатъ тазомѣръ *Baudelocque'a* фиг. 38 (*Compas d'épaisseur*), не вышедшій до сихъ поръ еще изъ употребленія.

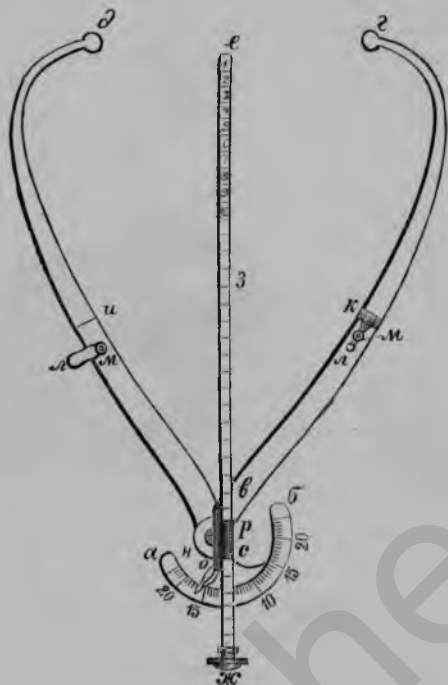
Фиг. 39.



Всѣ прочіе тазомѣры этого типа отличаются другъ отъ друга то различною степенью искривленія ихъ вѣтвей (*Martin'a*, фиг. 39, *Churrière'a*, *Pajot*, *Depaul'a*, *Schultze*, *Сутугина*—фиг. 40), то тѣмъ, что одна изъ вѣтвей снимается и можетъ быть замѣнена

другою (для внутренняго измѣренія таза), имѣющей пную кривизну; таковы тазомѣры: сложный *Stein'a* старш., *Wellenberg'h'a*, *Лазаревича* фиг. 43 и др. Нѣкоторые тазомѣры этой категоріи служатъ только для наружнаго измѣренія таза (*pelvimensores externi*); другіе только для опредѣленія внутреннихъ размѣровъ таза, посредствомъ введенія всего инструмента во влагалище и чрезъ непосредственное приложеніе вѣтвей къ концамъ каждаго діаметра таза (*pelvim. interni*) напр. *Osiander-Kilian'a*, фиг. 41, видозмѣнен-

Фиг. 40.



Фиг. 41.



ный немного *Гуенбергеромъ* и употреблявшийся имъ при измѣреніи тазовъ, описанныхъ имъ въ отчетѣ.

Наконецъ третій видъ тазомѣровъ, коими можно опредѣлить наружные и внутренніе размѣры таза (*pelvim. mixt.*) = *Van-Huevel'a* фиг. 42, *Byford'a*, *Лазаревича* фиг. 43; при употребленіи ихъ для внутренняго измѣренія одна вѣтвь вводится во влагалище, а другая прикладывается снаружи.

Употребительнѣйшіе въ настоящее время тазомѣры суть: *Baudelocque'a*, фиг. 38, и *Martin'a*, фиг. 39. Въ тазомѣрѣ проф. *Лазаревича*, фиг. 43, для внутренняго измѣренія вѣтвь *а* можетъ быть снята и замѣнена вѣтвью *б*. Д-ръ *Сутугинъ* видоизмѣнилъ тазомѣръ *Charrière'a*, прибавивъ къ нему третью, фиг. 40, подвижную палочку, *еж*, длиной 17 см., „имѣя въ виду подчасъ необходимость опредѣлить какой-нибудь третій пунктъ“ (при опредѣленіи выпуклости или впадины). Кромѣ того, съ помощью приспособленія *к.л.м* вѣтви тазомѣра *Сутугина* складываются пополамъ, вслѣдствіе чего тазомѣръ выгрызаветъ въ портативности.

Тазомѣръ *Küster'a*, названный имъ „пельвиграфомъ“, приспособленъ для графическаго изслѣдованія внутренней поверхности таза; имъ можно измѣрять тазы живыхъ женщинъ, а также и скелетированные тазы.

Для изслѣдованія скелетированнаго таза *Pinard* предложилъ употреблять *картометръ*, пластинку, состоящую изъ сплава свинца съ оловомъ, шириной въ 1 см., толщиной въ 1 мм. и длиной до 40 см. Благодаря гибкости сплава, пластинка легко воспринимаетъ отпечатокъ тѣхъ поверхностей, къ которымъ она будетъ прижата. Нельзя

не сознается, что хотя снятіе съ натуры и нанесеніе этихъ пельвиграммъ на бумагу, какъ мы въ томъ убѣдились личнымъ опытомъ, требуетъ большаго навыка, тѣмъ не менѣе подобныя графическія снимки скелетированныхъ тазовъ могутъ служить для болѣе нагляднаго сужденія о свойствахъ таза, представляющагося нашему наблюденію.

*Freund*, въ 1880 г., подобно *Pinard*'у, предложилъ опредѣлять *куртометромъ* входъ таза съ цѣлью произвести болѣе точное измѣреніе поперечнаго размѣра его (см. *Löhlein Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XI, N. 1*).

Тазомѣръ д-ра *Баладина* предназначенъ тоже для измѣренія скелетированныхъ тазовъ. Аппаратъ его настолько сложенъ, что не поддается краткому описанію. Желающихъ познакомиться съ аппаратомъ Баладина и со способомъ его измѣренія предлагаемъ прочесть въ оригиналѣ.



Фиг. 42.



Фиг. 43.

У насъ въ СПб. Родовспомогательномъ Заведеніи употребляется по преимуществу видоизмѣненный *Martin*'омъ, ф. 39, тазомѣръ *Baudelocque*'а (compas d'épaisseur) съ дѣленіями на сантиметры. Нѣкоторые акушеры предпочитаютъ тазомѣръ *Pajot*, въ которомъ сохранены удобства тазомѣра *Martin*'а и *Osiander-Kilian*'а (*Skelet-beckenmesser*), фиг. 41; они считаютъ тазомѣръ *Pajot* пригоднымъ какъ для измѣренія наружныхъ размѣровъ таза, такъ и для нѣкоторыхъ внутреннихъ.

По привычкѣ я употребляю для наружнаго и внутренняго измѣренія таза тазомѣръ *Van Huevel*'я, фиг. 42, названный имъ „*pelvimètre universel*“, потому что онъ пригоденъ не только для наружнаго, но и для внутренняго измѣренія таза и толщины лоннаго сочлененія.

Тазомѣръ *Van Huevel*'я состоитъ изъ двухъ вѣтвей: неподвижной *a* и подвижной *b*. Первая или внутренняя вводится во влагалище и снабжена по срединѣ кольцомъ *g* съ крючкомъ; длина ея 27.5 см. Вѣтвь эта немного изогнута и на своей верхушкѣ *d* сплюснута. Между концемъ и сочлененіемъ вѣтвей *c* укрѣплена дугообразная пластинка *k*. Вторая вѣтвь *b* или наружная — подвижна; смотря по надобности, она можетъ быть укорочена или удлинена. На верхушкѣ ея находится винтикъ *f*, который облегчаетъ снятіе инструмента при измѣреніи нѣкоторыхъ внутреннихъ размѣровъ таза

Отъ верхушки эта вѣтвь изгибается наружу, потомъ становится прямою и четырехгранною и входитъ въ ножны. Эти послѣднія открыты съ обѣихъ концовъ, въ наружной стѣнкѣ имѣютъ щелку *m*, въ которой двигается задній копецъ верхней вѣтви, снабженной шипикомъ, препятствующимъ вѣтви выскальзывать изъ ноженъ. На внутренней стѣнкѣ ноженъ находится пружинка *n* и на свободномъ концѣ ея, шпинецъ который черезъ отверстие стѣнки проходитъ до подвижной вѣтви и, прижимая ее, удерживаетъ въ любомъ положеніи. Раскрытый инструментъ удерживается въ данномъ положеніи помощью задвижки съ рукою *h* у передняго конца ноженъ. При этомъ инструментъ имѣется мѣрка (фиг. 44), раздѣленная на дюймы и сантиметры. Я палецъ весьма удобнымъ сдѣлать плоскій конецъ неподвижной вѣтви матовымъ, чтобы уменьшить соскальзываніе ея во время внутренняго измѣренія, когда конецъ этотъ устанавливается у мыса и находится въ соприкосновеніи съ мягкими частями, покрытыми слизью.

Фиг. 4



Наружное изслѣдованіе и измѣреніе таза. При употребленіи всякаго тазомѣра вѣтви его приставляются къ одноименнымъ пунктамъ обѣихъ половинъ большаго таза или же къ пунктамъ, расположеннымъ наискось; такимъ путемъ получается масса размѣровъ, значеніе которыхъ далеко неодинаково; многіе изъ нихъ необходимы только при извѣстныхъ формахъ неправильнаго таза; въ громадномъ же большинствѣ случаевъ мы довольствуемся почти исключительно измѣреніемъ разстоянія между передними верхними остями (*Distantia spinarum*) и между наиболѣе отдаленными другъ отъ друга точками гребешковъ подвздошныхъ костей (*Distantia crissarum*), какъ потому, что имъ присуще нѣкоторое значеніе, о которомъ будетъ сказано ниже, такъ и потому, что эти точки гораздо легче отыскать, чѣмъ остальные, которыя менѣе замѣтны и труднѣе прощупываются.

Для того, чтобы получать точные размѣры, которые возможно было бы сравнивать съ такими же размѣрами, у другихъ субъектовъ, весьма важно придерживаться одного и того же способа измѣренія. Въ виду этого для измѣренія разстоянія между передними верхними остями (*D. sp.*<sup>1)</sup>) условились приставлять ножки тазомѣра не къ внутренней поверхности остей, что гораздо труднѣе, а къ наружной, тотчасъ надъ ямкой, въ которой прикрѣпляется портняжная мышца (*m. sartorius*); точно также прикладываемъ ножки тазомѣра къ наружной, а не къ внутренней поверхности гребешковъ<sup>2)</sup>.

При измѣреніяхъ всегда слѣдуетъ вѣтви тазомѣра прижимать къ подлежащимъ тканямъ столь плотно, чтобы концы ихъ не скользили.

Если измѣрить разстояніе между передне-верхними остями таза, при соблюденіи только что сказанныхъ правилъ, то стрѣлка на дужкѣ тазомѣра покажетъ длину *D. sp.*, которая въ нормальномъ тазу равняется 25 — 26 см.

<sup>1)</sup> *D.*—дистанція; *d.*—діаметръ.

<sup>2)</sup> *Ahlfeld* (*Berichte und Arbeiten etc. Giessen 1883 г.*) предлагаетъ измѣрять *Dist. spinarum* отъ верхушекъ остей, такъ какъ по его наблюденіямъ надъ 95 беременными при проверкѣ другимъ лицомъ разница при измѣреніи отъ верхушекъ остей получилась въ общемъ итогѣ въ 355 мм., а при измѣреніи отъ прикрѣпленія портняжной мышцы въ 492 мм. (стр. 37). Пововведеніе, не приносящее существенной пользы.

Нѣсколько труднѣе отыскать наиболѣе отдаленныя точки подвздошных гребешковъ, въ особенности у тучныхъ субъектовъ; во избѣжаніе возможныхъ при этомъ неточностей, совѣтую начинающимъ поступать слѣдующимъ образомъ: измѣривши *D. sp.* и не отнимая ножекъ тазомѣра, направить ихъ къзади по наружной поверхности гребешковъ подвздошныхъ костей и въ то же время слѣдить за движеніемъ стрѣлки, которая сначала будетъ удаляться отъ найденной цифры размѣра остей, потомъ остановится и наконецъ снова пойдетъ обратно, — наивысшая цифра и покажетъ настоящую длину размѣра между гребешками (*D. cr.*). Передвиженіе тазомѣра требуетъ особенной сноровки, которую легче показать на дѣлѣ, чѣмъ описать; она состоитъ въ томъ, что вѣтви тазомѣра, захваченныя какъ писчее перо, удерживаются большими и указательными пальцами, свободными же пальцами прощупываются наружныя губы гребешковъ. Для провѣрки найденнаго *maximum'a*, вѣтви тазомѣра передвигаются нѣсколько разъ взадъ и впередъ. Наиболѣе удаленныя другъ отъ друга точки гребешковъ лежатъ обыкновенно въ одной плоскости, исключая случаевъ значительной асимметріи таза. Въ большинствѣ случаевъ *D. cr.* въ нормальномъ тазу на 2.5—3.0 см. болѣе *D. sp.*, т.-е. = 27.5—29.0 см.

Въ тѣхъ относительно рѣдкихъ случаяхъ, въ которыхъ отыскать максимумъ разстоянія подвздошныхъ гребешковъ не удастся, напр., при чрезмѣрной толщинѣ подкожнаго жира, можно опредѣлить этотъ размѣръ довольно вѣрно, измѣривъ его на разстояніи 5—6 см. къзади отъ передне-верхнихъ остей.

Въ прежнее время по этимъ размѣрамъ опредѣляли поперечный діаметръ входа въ тазъ; въ настоящее же время имъ не придають такого значенія, тѣмъ не менѣе чрезмѣрная длина или короткость этихъ діаметровъ можетъ служить нѣкоторымъ указаніемъ, но только въ совокупности съ другими наружными размѣрами, на удлиненіе или на укороченіе внутреннихъ діаметровъ таза. Въ практическомъ отношеніи важно знать не столько абсолютную длину размѣровъ, сколько *взаимное отношеніе ихъ другъ къ другу*. Измѣненное взаимное отношеніе ихъ длины въ особенности характеристично для рахитическихъ тазовъ; приходится именно встрѣчать тазы, преимущественно между рахитическими, въ которыхъ разница между *D. sp.* и *D. cr.* менѣе средней, или длина ихъ одинакова, или же *D. sp.* больше размѣра гребешковъ. Если взаимное отношеніе ихъ нормально, но длина каждого изъ нихъ ниже средней, то это служитъ признакомъ обще-равномѣрно суженнаго таза. Величина этихъ діаметровъ можетъ быть ниже нормы и въ то же время размѣръ остей — равенъ или даже больше размѣра гребешковъ; подобное отношеніе встрѣчается при плоскомъ рахитическомъ тазѣ. *Litzmann* рекомендуетъ еще третій поперечный размѣръ — разстояніе между задне-верхнимъ остями — съ цѣлью опредѣлить, во 1-хъ, ширину крестцовой кости и слѣдовательно, зависящую отчасти отъ этой ширины, длину поперечника входа и, во 2-хъ, для сравненія съ размѣромъ передне-верхнихъ остей, какъ мѣрило степени наклоненія

крестца и обусловленное этимъ растяженіе тазоваго кольца въ поперечномъ направленіи. Отношеніе этихъ размѣровъ по *Litzmann'u* на скелетированныхъ тазахъ выражается: въ нормальномъ и въ обще-равномѣрно суженномъ тазахъ какъ 1:3 (1:3.3), въ обще-суженныхъ рахитическихъ—какъ 1:3,9, въ плоскихъ нерахитическихъ—какъ 1:3.5, въ плоскихъ рахитическихъ—какъ 1:4.3 и даже какъ 1:5.6.

Размѣръ между большими вертлугами (*Distantia trochanterica*) вообще имѣеть гораздо меньше значенія, чѣмъ только что упомянутые размѣры, за исключеніемъ однако же тѣхъ случаевъ, въ которыхъ этотъ размѣръ бываетъ слишкомъ удлинень или укорочень и въ такомъ случаѣ указывается на удлиненіе или укороченіе поперечнаго размѣра выхода таза.

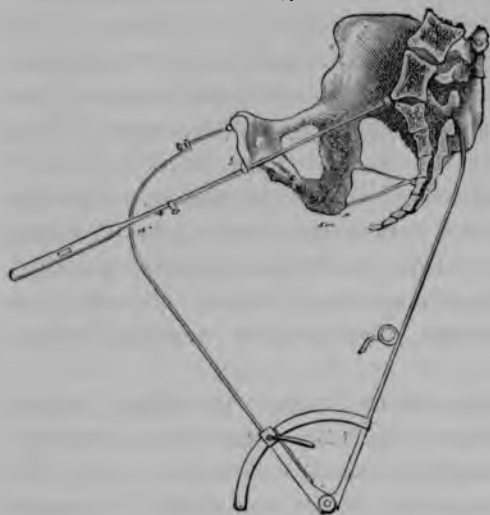
Для измѣренія *D. tr.* прикладываютъ вѣтви тазомѣра къ наружной поверхности верхушекъ обоихъ большихъ вертлуговъ, отыскать которые очень легко, такъ какъ соотвѣтственно положенію ихъ (нѣсколько взади) замѣтна довольно большая, болѣе или менѣе глубокая ямка, на мѣстѣ которой общіе покровы довольно плотно прилегаютъ къ наружной поверхности вертлуговъ. Въ нормальныхъ тазахъ этотъ діаметръ равенъ 31—32 см.; вычитая изъ этого то, что приходится на толщину костей и мягкихъ частей, примѣрно по 10 см. съ каждой стороны, получимъ длину поперечнаго діаметра выхода таза=11.0 см. Вычисленіе по этому способу величины поперечника выхода не заслуживаетъ довѣрія, какъ потому, что толщина вертлуговъ, длина бедренной шейки, глубина вертлужныхъ впадинъ и толщина дна ихъ, даже въ нормальныхъ тазахъ, далеко не постоянна, такъ и потому, что существуетъ другой болѣе точный способъ измѣренія поперечника выхода, о которомъ будетъ сказано ниже.

Еще меньше значенія имѣеть измѣреніе окружности таза, предложенное *Kiwisch'емъ*, такъ какъ толщина мягкихъ частей, покрывающихъ тазъ, до крайности разнообразна, вслѣдствіе чего и окружность нормальнаго таза колеблется между 65 и 90 см.

Опредѣленіе истинной конъюгаты посредствомъ измѣренія наружной. Наружная конъюгата опредѣляется измѣреніемъ разстоянія между надкрестцовой (крестцово-поясничною) ямкою и верхнимъ концомъ лоннаго сочлененія.

Для этой цѣли женщины предлагаютъ лечь на бокъ, спиною къ свѣту. Врачъ тоже становится съ той стороны кровати, куда обращена спина, и отыскиваетъ вышеуказанныя точки, приставляетъ къ нимъ ножки тазомѣра и удерживаетъ ихъ неподвижно; стрѣлка покажетъ длину наружной конъюгаты, которая въ нормальномъ тазу=20—21 см. Изъ этой цифры нужно вычесть 9—10 см., т.-е. толщину основанія крестцовой кости, симфиза и мягкихъ тканей, которыми они покрыты; въ результатѣ получится около 11 см., т. е. *длина истинной конъюгаты*. Поэтому, если наружная конъюгата окажется короче 20 см., то можно предположить, что и истинная конъюгата немного укорочена и что входъ таза сужень въ прямомъ размѣрѣ.

Фиг. 45.



Прилагаемая фиг. 45 показывает измерение наружной конъюгаты на скелетированном тазѣ тазомѣромъ Van-Huevel'я и измерение диагональной конъюгаты съ помощью палочки Stein'a старшаго.

Верхній конецъ лоннаго сочлененія отыскивается очень легко, но отыскиваніе надкрестцовой ямки, т.-е. промежутка между остистыми отростками 5 поясничнаго и 1 крестцоваго позвонковъ, иногда сопровождается затрудненіями. Такъ, у субъектовъ худощавыхъ эта ямка бываетъ видна даже глазомъ, у тучныхъ же она

очень слабо выражена или вовсе незамѣтна.

Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, оцупывая или считая позвонки, стараемся отыскать остистый отростокъ 5-го поясничнаго позвонка, который болѣе выдается, чѣмъ нижележащій отростокъ 1 крестцоваго позвонка; промежутокъ между ними обширнѣе всѣхъ прочихъ въ области поясничныхъ позвонковъ. Отклоненіе назадъ туловища изслѣдуемой нерѣдко облегчаетъ нахожденіе ямки, такъ какъ при этомъ въ поясничной области видно бываетъ большое углубленіе, ниже котораго, черезъ 2 остистыхъ отростка, попадаемъ на искомую ямку. Счетъ позвонковъ начинаютъ съ перваго спиннаго позвонка <sup>1)</sup>.

Для опредѣленія истинной конъюгаты *Hardie* предложилъ измерять ее прямо черезъ брюшныя стѣнки, причемъ указательнымъ и среднимъ пальцемъ вдавливаютъ постепенно брюшныя стѣнки настолько, чтобы верхушками пальцевъ можно было дойти до мыса, къ которому прикладываютъ одну ножку тазомѣра, другую же приставляютъ къ верхнему концу лоннаго сочлененія; къ полученному размѣру слѣдуетъ прибавить отъ 1 до 2 см. на толщину брюшныхъ стѣнокъ, прижатыхъ къ мысу. Само собою разумѣется, что этотъ способъ не примѣнимъ у беременныхъ и роженицъ; воспользоваться имъ можно только при вялыхъ брюшныхъ стѣнкахъ въ раннихъ срокахъ беременности, въ послѣродовомъ періодѣ и у небеременныхъ. Для ослабленія напряженности брюшныхъ стѣнокъ въ случаѣ надобности можно прибѣгнуть къ хлороформированію. Нельзя безусловно согласиться съ *Credé*, считающимъ этотъ способъ не совсемъ точнымъ, ибо въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, въ которыхъ намъ приходи-

<sup>1)</sup> Измѣреніе наружной конъюгаты по способу *Credé* можетъ повести къ болѣе негочнымъ заключеніямъ, чѣмъ только что описанный способъ. Способъ *Zweifel*'а, подобный тому, котораго и я прежде придерживался, и состоящій въ измѣреніи наружной конъюгаты отъ остистаго отростка 5-го поясничнаго позвонка, даетъ для нея болѣе точный размѣръ сравнительно съ полученнымъ при выше описанномъ способѣ измѣренія.



лось проверять при вскрытіи измѣренія, сдѣланныя по этому способу у родильницъ, разница колебалась отъ 0.3 до 0.6 стм.

Наружная конъюгата сама по себѣ въ настоящее время въ практикѣ не имѣетъ того рѣшающаго значенія, которое ей приписывали акушеры, слѣдуя ученію *Baudelocque'a*, ибо по ней, какъ мы сейчасъ увидимъ, истинная конъюгата въ большинствѣ случаевъ можетъ быть опредѣлена только приблизительно. Это зависитъ главнымъ образомъ отъ того, что у живыхъ женщинъ невозможно опредѣлить толщину основанія крестцовой кости, и кромѣ того толщина ея, а равно симфиза и покрывающихъ ихъ тканей не у всѣхъ женщинъ одинакова, не говоря уже о томъ, что обѣ конъюгаты имѣютъ неодинаковое направленіе и лежатъ въ разныхъ плоскостяхъ.

*Litzmann* сравнивалъ отношеніе истинной конъюгаты къ наружной, полученное имъ при жизни женщинъ съ посмертнымъ отношеніемъ этихъ же размѣровъ на скелетированныхъ тазахъ тѣхъ же субъектовъ, и нашелъ среднюю разницу между обѣими конъюгатами въ 9.5 мм., *maximum* въ 12.5 мм. и *minimum* 7.0 мм.

Наружная конъюгата указываетъ намъ только на существующее суженіе, но не опредѣляетъ съ желаемою точностью степени суженія. По значительному укороченію наружной конъюгаты можно сдѣлать только заключеніе, что тазъ суженъ. Въ этомъ послѣднемъ отношеніи я придерживаюсь мнѣнія *Litzmann'a*, а именно: если наружная конъюгата менѣе 16 стм., то тазъ безусловно во всѣхъ случаяхъ будетъ суженъ; при конъюгатѣ 18—19 стм. онъ суженъ болѣе чѣмъ въ половинѣ всѣхъ случаевъ; при 19—21 стм. суженіе встрѣчается едва въ одномъ изъ 10 случаевъ, выше же 21 стм. нельзя ожидать суженія таза. Укороченіе наружной конъюгаты получаетъ гораздо больше значенія въ тѣхъ случаяхъ, когда совмѣстно и поперечные діаметры большого таза значительно уклоняются отъ нормы и взаимное отношеніе ихъ измѣнено.

Опредѣленіе истинной конъюгаты въ тазахъ косо-суженныхъ и при тѣхъ формахъ рахитическихъ тазовъ, у которыхъ *promontorium* повернуть въ ту или другую сторону, не имѣетъ значенія, ибо суженное мѣсто опредѣляется не настоящею конъюгатою, а разстояніемъ между мысомъ и соответствующимъ мѣстомъ той горизонтальной вѣтви лонной кости, къ которой обращенъ *promontorium*.

Для полноты наружнаго изслѣдованія таза слѣдуетъ еще упомянуть о четырехъугольникѣ *Michaëlis'a*, тѣмъ болѣе, что съ нимъ связано опредѣленіе задняго конца наружной конъюгаты.

На задней поверхности поясничной области, по сторонамъ отъ остистыхъ отростковъ видны, въ особенности при стоячемъ положеніи женщины, двѣ симметрично расположенныя ямки, въ которыхъ общіе покровы болѣе тѣсно прилегаютъ къ подлежащимъ костямъ; эти углубленія соответствуютъ заднимъ верхнимъ остямъ подвздошныхъ костей. Если соединить эти ямки прямою линіею, то надкрестцовая ямка въ нормальныхъ тазахъ окажется на 3—5 стм. выше середины этой линіи. Отъ этихъ же ямокъ книзу расположены болѣе или менѣе рѣзко выра-

женныя, сходящіяся книзу складки, образуемая краями ягодичныхъ мышцъ. Такимъ образомъ получается одинъ верхній и одинъ нижній (нѣсколько большей величины) трехъ-угольники съ одною общею стороною; эти два трехъ-угольника вмѣстѣ взятые представляютъ форму приблизительно правильнаго ромба. Обращенный внизъ уголь нижняго трехъ-угольника въ большинствѣ случаевъ бываетъ весьма ясно выраженъ.

При неправильныхъ тазахъ, именно рахитическихъ, измѣняется отношеніе между верхнимъ и нижнимъ трехъ-угольниками. Вслѣдствіе того, что остистый отростокъ послѣдняго поясничнаго позвонка помѣщается ниже обыкновеннаго, верхній уголь ромба становится болѣе тупымъ и вершина его приближается къ линіи, соединяющей боковыя углубленія; въ рѣдкихъ случаяхъ (въ спондилолистетическихъ тазахъ) остистый отростокъ послѣдняго поясничнаго позвонка, а слѣдовательно и надкрестцовая ямка помѣщаются на линіи соединенія боковыхъ ямокъ, и еще рѣже — ниже ея, тогда, само собой разумѣется, верхняго угла не существуетъ.

Отношеніе задняго пункта наружной конъюгаты къ линіи, соединяющей боковыя углубленія, необходимо знать еще и для опредѣленія положенія крестцовой кости, которая бываетъ то болѣе, то менѣе углублена между подвздошными костями и больше или меньше наклонена кпереди. Чѣмъ ближе надкрестцовая ямка находится къ линіи, соединяющей боковыя ямки, тѣмъ ниже помѣщается крестцовая кость и наоборотъ.

Значительное выстояніе заднихъ верхнихъ остей указываетъ на то, что крестцовая кость глубоко вдвинута между подвздошными костями. О наклоненіи крестца впередъ судимъ по большей или меньшей вогнутости поясничной области и отчасти по величинѣ разстоянія задняго конца наружной конъюгаты отъ линіи, соединяющей обѣ боковыя ямки.

Точное опредѣленіе асимметріи таза наружнымъ изслѣдованіемъ довольно трудно; оно возможно только въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ; менѣе значительную асимметрію положительно невозможно опредѣлить. О болѣе точномъ опредѣленіи асимметріи таза путемъ внутренняго изслѣдованія рѣчь будетъ ниже, въ отдѣлѣ о косыхъ тазахъ.

Измѣреніе выхода таза. Для измѣренія прямаго размѣра выхода таза вводимъ указательный палецъ во влагалище и отыскиваемъ верхушку копчика, стараясь при этомъ опредѣлить степень его подвижности. Затѣмъ удерживая конецъ пальца въ соприкосновеніи съ верхушкой копчика, приближаемъ его лучевымъ краемъ къ лонной дугѣ и плотно прикладываемъ къ нижнему концу лоннаго сочлененія. Ногтемъ указательнаго или средняго пальца другой руки дѣлаемъ мѣтку на мѣстѣ соприкосновенія пальца съ нижнимъ концемъ лоннаго сочлененія. Удаливъ палецъ изъ влагалища, измѣряемъ разстояніе отъ конца пальца до мѣтки и получаемъ такимъ образомъ величину прямаго діаметра выхода.

Этимъ методомъ мы пользовались исключительно до тѣхъ поръ, пока *Breisky* не обнародовалъ своего способа. Онъ измѣряетъ прямой размѣръ выхода въ боковомъ положеніи женщины слѣдующимъ образомъ: мѣстомъ приложенія одной ножки тазомѣра принимается соединеніе

верхушки крестца съ копчикомъ; мѣсто это, замѣтное для глазъ, соотвѣтствуетъ задней границѣ *ani*. Для болѣе точнаго опредѣленія мѣста соединенія копчика съ крестцомъ вводятъ указательный палецъ въ прямую кишку, а большой палецъ той же руки прикладываютъ снаружи, и захвативши такимъ образомъ копчикъ между пальцами и слегка его двигая, опредѣляютъ крестцово-копчиковое сочлененіе, къ которому снаружи приставляютъ пуговку тазомѣра. Мѣстомъ приложенія другой ножки тазомѣра служитъ острый край *ligam. arcuati* тамъ, гдѣ оно пересѣкается нижнимъ концемъ лоннаго сочлененія. Измѣривъ разстояніе между этими точками, изъ полученной цифры вычитаютъ приблизительно отъ 1 до 1.5 см. Строго говоря, этимъ способомъ измѣряется прямой размѣръ не выхода, а узкаго мѣста таза (*isthmus*).

Поперечный размѣръ выхода таза измѣряется по *Breisky* въ горизонтальномъ положеніи женщины на спинѣ съ немного приподнятымъ крестцомъ и слегка разведенными и согнутыми въ колѣняхъ ногами. Ощупавъ внутренній край сѣдалищныхъ бугровъ, тазомѣромъ *Osiander'a*, измѣряютъ разстояніе между ними и къ [полученной цифрѣ] прибавляютъ 0.5 см. на мягкія части (по Гарфункелю 1.5 ?). При отыскиваніи точекъ для приложенія тазомѣра руководствуемся линією, проходящею въ уровнѣ передняго края *ani* поперечно между буграми.

Настолько-же вѣрно, но гораздо проще измѣреніе поперечнаго размѣра выхода таза по способу *Schröder'a*, состоящему въ томъ, что придавъ женщинѣ положеніе, употребляемое при камнесѣченіи, на наружныхъ покровахъ ягодицъ отмѣчаютъ мѣста, соотвѣтствующія наиболѣе выдающимся точкамъ сѣдалищныхъ бугровъ, и затѣмъ обыкновеннымъ тазомѣромъ или тесьмою, раздѣленною на сантиметры, измѣряютъ разстояніе между отмѣченными точками.

Способъ *Schröder'a* практичнѣе, такъ какъ при немъ не требуется введенія тазомѣра въ дѣтородные органы и кромѣ того прямо получается величина поперечнаго размѣра выхода безъ всякихъ вычетовъ; недостатокъ же этого способа заключается въ томъ, что, какъ при обозначеніи сѣдалищныхъ бугровъ, такъ и при послѣдующемъ измѣреніи, мягкія части ягодицъ, вслѣдствіе неосторожнаго движенія руки изслѣдователя или вслѣдствіе измѣненія положенія изслѣдуемой, легко могутъ или нѣсколько сблизиться, или напротивъ удалиться другъ отъ друга.

Внутреннее изслѣдованіе и измѣреніе таза. Внутреннее изслѣдованіе, съ цѣлью измѣренія таза и вмѣстимости его вообще, бываетъ ручное и инструментальное. *Ручное* производится однимъ, двумя или четырьмя пальцами (т.-е. полу-рукой), а иногда и всею рукою, *инструментальное* же—помощью тазомѣровъ. Ручное изслѣдованіе производится обыкновенно указательнымъ пальцемъ, но у многорожавшихъ оно можетъ быть удобно произведено и двумя пальцами (указательнымъ и среднимъ); у беременныхъ же въ первый разъ и вообще у нерожавшихъ, а равно при суженіяхъ таза оно возможно только однимъ пальцемъ, ибо производство его двумя пальцами, по причинѣ короткости и узкости рукава и малой податливости промежности, бы-

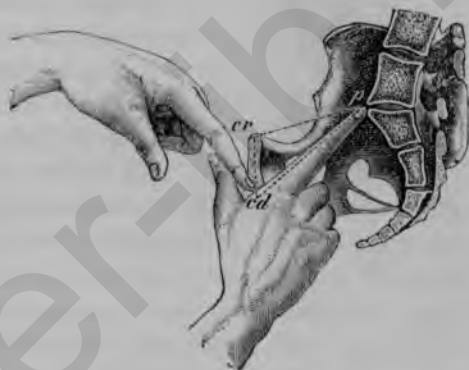
ваетъ большею частью весьма болѣзненно. Изслѣдованіе полу-рукою или всею рукою примѣнимо почти исключительно во время родовъ, и то только въ особенно трудныхъ случаяхъ, большею частію подѣ хлороформомъ. Во избѣжаніе повторенія замѣчу здѣсь, что при всякомъ внутреннемъ изслѣдованіи, а равно при каждой акушерской манипуляціи или операціи руки оператора, а также и инструменты должны быть тщательно вымыты карболовымъ или тимоловымъ мыломъ, ногти вычищены щеткой и затѣмъ дезинфицированы 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-нымъ растворомъ карболовой кислоты. Руки или пальцы, а равно инструменты до введенія ихъ въ рукавъ смазываются вазелиномъ, а за неимѣніемъ его саломъ и вообще какимъ бы то ни было маслянистымъ веществомъ (только отнюдь не глицериномъ), но всегда съ примѣсью карболовой или тимоловой кислоты (2 — 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). У насъ, въ Родовспомогательномъ Заведеніи, въ настоящее время употребляется, какъ профилактическое средство, съ большимъ успѣхомъ <sup>1</sup>/<sub>2000</sub>-ный растворъ сулемы.

Внутреннее ручное измѣреніе. Для изслѣдованія помѣщаемъ женщину на столѣ или кровати такъ, чтобы тазъ былъ приподнятъ; съ этою же цѣлью кладется ей подѣ крестецъ жесткая подушка, или вмѣсто подушки изслѣдуемая просто подкладываетъ подѣ тазъ свои руки, положенныя одна на другую. Послѣ этого вводимъ въ рукавъ *одинъ* (указательный) или *два* пальца (указательный и средній), ощупываемъ лонное сочлененіе и лонную дугу, опредѣляемъ, приблизительно, ширину, высоту, толщину и наклоненіе симфиза; затѣмъ проводимъ пальцы вдоль безъимянной линіи, если можно, то и до мыса, причемъ обращаемъ вниманіе на ея направленіе, на степень ея вогнутости, на присутствіе или отсутствіе какихъ либо ненормальныхъ возвышеній (остей); послѣ этого, ощупавъ, насколько возможно, боковую стѣнку таза, отыскиваемъ верхушку копчика, опредѣляемъ его подвижность и отсюда направляемся кверху, вдоль крестцовой впадины до мыса, обращая вниманіе на внутреннюю поверхность крестца, на ширину его, на соединеніе крестцовыхъ позвонковъ и на то, нѣтъ-ли такъ называемаго двойнаго или ложнаго мыса. Если крестцовая впадина на всемъ протяженіи доступна указательному пальцу, и если она представляется почти плоскою или даже выпуклою, то это указываетъ на то, что не только вся крестцовая кость, но и тѣла позвонковъ ея, подались болѣе или менѣе впередъ, что свойственно рахитическимъ тазамъ, и что въ данномъ случаѣ именно этими измѣненіями крестцовой кости обусловливается суженіе всего тазоваго канала въ прямыхъ его размѣрахъ. Если нижняя половина крестцовой кости не достигается изслѣдующимъ пальцемъ, верхняя же часть ея и мысь удободостижимы, то это служитъ доказательствомъ того, что выходъ таза *обширенъ*, вслѣдствіе отклоненія нижней части крестца назадъ, а входъ его *суженъ*, вслѣдствіе наклоненія впередъ верхней части крестцовой кости. Наоборотъ, если нижняя половина крестцовой впадины весьма легко доступна изслѣдованію, верхняя же едва достижима даже полу-рукою, то суженіе таза имѣетъ мѣсто въ выходѣ, а расширеніе

во входѣ. Если въ нижнемъ отдѣлѣ крестцовой впадины находимъ настолько значительное углубленіе, что до дна его трудно (подъ часть даже невозможно) достигнуть, между тѣмъ верхушка и основаніе крестцовой кости сближены между собою, то это указываетъ на то, что крестцовая кость сильно согнута по передней поверхности (см. фиг. 72, 73, 74). Кромѣ этого, нужно обращать вниманіе на все ненормальное, попадающеея пальцу, какъ-то: на различныя опухоли, происходящія не только изъ стѣнокъ таза, но и изъ придатковъ матки и т. д.

**Опредѣленіе истинной конъюгаты посредствомъ измѣренія діагональной.** Діагональная конъюгата опредѣляется линіей, соединяющей нижній край лоннаго сочлененія съ наиболѣе выдающимся мѣстомъ мыса, (*promontorium*).

Для измѣренія ея вводимъ указательный палецъ правой руки во влагалище, большой палецъ помѣщаемъ на лонномъ сочлененіи, а остальные пальцы той же руки (3-й, 4-й и 5-й) прижимаемъ къ ладони. Отыскавъ мысъ, ф. 46, прикладываемъ верхушку пальца къ средней и самой возвышенной части его, лучевой край основанія того же пальца прижимаемъ къ *lig. arcuatum* у нижняго конца лоннаго сочлененія и мѣсто соприкосновенія пальца со связкою *cd* отмѣчаемъ ногтемъ указательнаго пальца свободной руки.



Фиг. 46.

Мѣтка должна быть положена какъ можно глубже, т. е. ближе къ внутренней поверхности *lig. arcuati*. По удаленіи изъ влагалища указательнаго пальца разстояніе, между его верхушкой и мѣткой покажетъ длину діагональной конъюгаты *p-cd*. При нормальномъ тазѣ у многорожавшихъ почти всегда имѣется возможность достигнуть пальцемъ до мыса, по причинѣ обширности входа во влагалище, а равно удоборастижимости промежности; у первородящихъ же это гораздо труднѣе, а подъ часть и невозможно, даже при настойчивомъ, но все-таки осторожномъ изслѣдованіи и навѣкѣ; у нихъ неподатливая промежность препятствуетъ достиженію мыса. При изслѣдованіи двумя пальцами (указательнымъ и среднимъ) верхушку средняго пальца приставляютъ къ мысу, мѣтку же кладутъ на указательномъ пальцѣ какъ и при изслѣдованіи однимъ этимъ пальцемъ. Разстояніе, измѣренное между верхушкой средняго пальца и мѣткой, покажетъ длину діагональной конъюгаты. Для опредѣленія *K* нѣкоторые акушеры совѣтовали вводить пальцы и верхушку указательнаго пальца привести въ соприкосновеніе съ мысомъ, верхушку же мизинца — съ верхнимъ концомъ лоннаго сочлененія, потомъ вывести руку наружу, развести пальцы на такое же разстояніе (?), на какомъ они находились въ полости таза и измѣрить

оное. Способъ этотъ въ настоящее время, по причинѣ ненадежности, всѣми оставлень.

Фиг. 47.



Въ нормальныхъ тазахъ длина діагональной конъюгаты колеблется отъ 12 до 13 см.; разница же между ней и настоящей конъюгатой бываетъ отъ одного до двухъ см. Конечно, невозможно и не слѣдуетъ въ каждомъ представшемся случаѣ довольствоваться этою разницею, которая по *Spiegelberg*'у можетъ доходить даже до 3-хъ см. Такое колебаніе разницы между обѣими конъюгатами обусловливается главнымъ образомъ высотой лоннаго сочлененія, угломъ наклоненія его къ истинной конъюгатѣ (т.-е. смотря по тому, больше или меньше выдается впереди нижній край симфиза) и, наконецъ, высотой стоянія мыса. Изъ этихъ 3-хъ условий наиболѣе важно наклоненіе симфиза, но уголь его мы, къ сожалѣнію, можемъ опредѣлить только приблизительно. Смотри по большей или меньшей степени наклоненія симфиза, изъ діагональной конъюгаты вычитаютъ отъ 1-го до 3-хъ см. При высокостоящемъ мысѣ отсчитываютъ больше, при низкостоящемъ — меньше. Въ виду всего этого условились при нормальномъ и обще-суженномъ тазѣ отсчитывать изъ полученной діагональной конъюгаты отъ 1.5 до 1.75 см.; при простомъ плоскомъ тазѣ обыкновенно 1.75, при рахитическихъ тазахъ—2 см. и больше. За исключеніемъ весьма рѣдкихъ случаевъ, діагональная конъюгата, какъ совершенно справедливо утверждаетъ *Litzmann*, представляетъ наиболѣе длинную сторону трехъ-угольника, образуемаго симфизомъ и обѣими конъюгатами (см. ф. 46). Чѣмъ выше лонное сочлененіе и чѣмъ больше уголь между нимъ и настоящей конъюгатой, тѣмъ длиннѣе діагональная конъюгата и наоборотъ.

Если высота лоннаго сочлененія равняется 4 см., длина настоящей конъюгаты 10.8 и образуемый ими уголь равенъ  $80^{\circ}$ , то обѣ конъюгаты будутъ одинаковой длины; съ увеличеніемъ угла наклоненія на  $5^{\circ}$  длина діагональной конъюгаты увеличивается въ среднемъ на 3 миллиметра, такъ что при углѣ наклоненія лоннаго сочлененія въ  $105^{\circ}$  разница между обѣими конъюгатами достигаетъ до 1.5 см. Во избѣжаніе возможныхъ ошибокъ при измѣреніи діагональной конъюгаты, нужно обращать вниманіе на то, дѣйствительно-ли верхушка указательнаго пальца приложена къ мысу; для этого обращаемъ вниманіе на выпуклость, въ горизонтальномъ и вертикальномъ направленіяхъ, межпозвоночнаго хряща, на ширину его и на уголь, образуемый послѣднимъ поясничнымъ и первымъ крестцовымъ позвонками. Если уголь соединенія этихъ позвонковъ слишкомъ тупой, если межсуставный хрящъ представляется узкимъ и маловыпуклымъ въ поперечномъ направленіи, то по всей вѣроят-

ности, верхушка пальца соприкасается съ ложнымъ или вторымъ мысомъ, — мѣстомъ соединенія перваго крестцоваго позвонка со вторымъ <sup>1)</sup>. Такъ какъ въ практическомъ отношеніи важно знать самое узкое мѣсто входа и такъ какъ разстояніе отъ симфиза до ложнаго мыса меньше, нежели до настоящаго, то, въ виду этого, главное вниманіе слѣдуетъ обратить на ложную діагональную конъюгату, какъ на болѣе короткую, а не на истинную, болѣе длинную.

Въ асимметрическихъ тазахъ, въ которыхъ мысь бываетъ обращенъ вправо или влѣво (большею частію въ сторону суженной половины), діагональная конъюгата не имѣетъ даже такого значенія. При высшихъ степеняхъ неправильности таза діагональная конъюгата теряетъ всякое значеніе, такъ какъ въ такихъ случаяхъ, вслѣдствіе существующаго искривленія позвоночника, первое препятствіе для прохожденія головки плода представляетъ собственно не *promontorium*, а нижніе поясничные позвонки; слѣд. въ такихъ случаяхъ акушерская конъюгата будетъ находиться выше діагональной, а потому и опредѣленіе длины послѣдней не составляетъ необходимости.

Нѣкоторые акушеры предпочитаютъ производить изслѣдованіе лѣвою рукою. По моему мнѣнію, это совершенно безразлично. Однакоже нельзя отвергать того, что врачу-акушеру весьма выгодно владѣть одинаково обѣими руками для различныхъ акушерскихъ манипуляцій; поэтому нельзя не посовѣтовать врачамъ уже съ самаго начала ихъ практической дѣятельности стремиться къ тому, чтобы привыкнуть одинаково владѣть обѣими руками.

Измѣреніе остальныхъ размѣровъ входа въ тазъ, въ томъ числѣ *distanciae sacro-cotyloideae* на живыхъ абсолютно невозможно. Судить о поперечномъ размѣрѣ входа по поперечнымъ размѣрамъ большаго таза, какъ уже было сказано выше, можно только въ случаяхъ значительнаго укороченія этихъ размѣровъ; поэтому, чтобы составить себѣ хотябы приблизительное понятіе объ остальныхъ размѣрахъ входа въ тазъ, мы должны тщательно обслѣдовать двумя пальцами или полу-рукой стѣнки таза, и, если необходимо, то подъ хлороформомъ. Изслѣдуя попеременно то правую, то лѣвою рукою или при различныхъ положеніяхъ женщины одною и тою же рукою, мы въ состояніи точнѣе опредѣлить форму полости таза. Всѣ другіе способы, предложенные для внутренняго измѣренія таза пальцами, по причинѣ неточности, вышли изъ употребленія.

---

<sup>1)</sup> Не слѣдуетъ смѣшивать ложный мысь съ прощупываемымъ иногда возвышеніемъ въ видѣ поперечнаго гребешка или валика на мѣстѣ соединенія 1-го со 2-мъ крестц. позвонкомъ; такое валикообразное возвышеніе встрѣчается нерѣдко и притомъ соотвѣтственно мѣсту соединенія не только этихъ позвонковъ, но и втораго съ 3-мъ и рѣже 3-го съ 4-мъ. Отличить такой валикъ отъ дѣйствительно ложнаго мыса, можно какъ по сравнительно малой величинѣ его, такъ и потому, что ложный мысь помѣщается ближе къ лонному сочлененію, нежели валикообразное возвышеніе на мѣстѣ соединенія 1-го и 2-го крестц. позвонковъ.



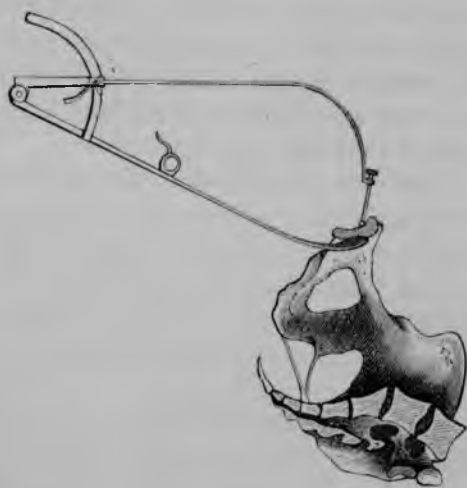
Сравнивая способъ измѣренія истинной конъюгаты посредствомъ измѣренія наружной съ только-что описаннымъ способомъ измѣренія и вычисленія ея по діагональной—слѣдуетъ заключить, что *последній* изъ нихъ даетъ болѣе вѣрные результаты, чѣмъ первый.

**Внутреннее инструментальное измѣреніе таза.** Для внутренняго измѣренія таза женщину помѣщаютъ на поперечной кровати въ положеніи на спинѣ, и прежде всего отыскиваютъ и отмѣчаютъ на кожѣ передніе концы истинной конъюгаты и косыхъ діаметровъ. При отысканіи послѣднихъ руководствуются пульсациею бедренной артеріи, проходящей, какъ извѣстно, съ внутренней стороны подвздошно-лоннаго бугорка (*prominentia ileo-pectinea*). Тазомѣръ *Van - Huevel*'я раскрывается совершенно, подвижная вѣтвь его опускается какъ можно ниже, винтикъ на верхушкѣ заворачивается плотно. Для измѣренія  $K$ , по руководству двухъ пальцевъ (указательнаго и средняго одной руки), введенныхъ въ предматочникъ до соприкосновенія съ мысомъ, вводимъ другою рукою влагалищную вѣтвь инструмента до конца средняго пальца, находящагося въ соприкосновеніи съ серединою мыса, удерживаемъ ее въ данномъ положеніи, смотря какъ удобнѣе, частью указательнымъ и среднимъ, частью мизинцемъ или большимъ пальцемъ руки, находящейся во влагалищѣ. Пальцами другой руки верхушку винтика приводимъ въ легкое соприкосновеніе съ пунктомъ, отмѣченнымъ чернилами на лонномъ сочлененіи, ф. 48. Инструментъ, движеніемъ ручки вверхъ, запирается. Извлеки инструментъ, измѣряемъ разстояніе между концами вѣтвей, которое =  $K +$  толщина передней стѣнки таза. Потомъ измѣряемъ толщину лоннаго сочлененія. ф. 49. Именно, по

Фиг. 48.



Фиг. 49.



руководству указательнаго пальца, находящагося во влагалищѣ, прикладываемъ влагалищную вѣтвь инструмента къ внутренней поверхности лоннаго сочлененія, на уровнѣ безъимянной линіи, другою же рукою



придвигаемъ конецъ винтика къ наружной поверхности того же сочлененія. Такимъ образомъ получимъ толщину передней стѣнки таза съ покрывающими ее мягкими частями. Вычитая изъ полученнаго прежде размѣра толщину передней стѣнки таза, получимъ длину *K*.

Тазомѣръ выводится изъ рукава слѣдующимъ образомъ: винтикъ на верхушкѣ подвижной вѣтви предварительно отвинчивается, по выведеніи же тазомѣра онъ снова плотно завинчивается, и тогда разстояніе верхушекъ его покажетъ длину измѣреннаго діаметра.

При измѣреніи прямого размѣра полости и выхода малаго таза, руководствуемся тѣми же правилами, какъ и при измѣреніи настоящей конъюгаты; что же касается косыхъ и поперечныхъ размѣровъ, то измѣреніе ихъ весьма трудно; оно возможно только при введеніи полуруки и примѣнно лишь въ исключительныхъ случаяхъ, и то съ сомнительною пользою.

Познакомившись съ примѣненіемъ тазомѣра *Van Huevel's* и отдавая ему преимущество передъ прочими инструментами, изобрѣтенными для опредѣленія внутреннихъ размѣровъ малаго таза, не могу не сдѣлать нѣкоторыхъ замѣчаній касательно его неудобствъ: 1) Онъ весьма сложенъ и дорогъ. 2) Влагалищная вѣтвь его, будучи приложена къ влажной слизистой оболочкѣ, легко соскальзываетъ, почему инструментъ съ трудомъ удерживается въ желаемомъ положеніи. 3) При измѣреніи нѣкоторыхъ діаметровъ мягкія части прижимаются къ костямъ, что причиняетъ боль. 4) Многократное введеніе и выведеніе инструмента не только обременительно, но даже и вредно для женщины. Имъ измѣряются почти съ математическою точностью только передне-задніе размѣры (входа, полости и выхода), безспорно *самые важныя*. При измѣреніи же остальныхъ діаметровъ, несмотря на увѣреніе изобрѣтателя, вкрадывается та же неточность, какъ и при опредѣленіи ихъ посредствомъ наружныхъ размѣровъ. Это послѣднее обстоятельство зависитъ, впрочемъ, не отъ инструмента, а отъ неудободостижимости пунктовъ, къ которымъ должны быть приложены вѣтви его. Не подлежитъ, конечно, сомнѣнію, что привычка къ инструменту и опытность облегчаютъ дѣло.

*На основаніи всего вышеизложеннаго относительно внутренняго измѣренія таза, нельзя не придти къ заключенію, что ручное измѣреніе есть самое лучшее по своей практичности и удобопримѣнимости. Пальцы рукъ всегда съ акушеромъ, они не пугаютъ женщинъ подобно инструментамъ; введеніе одного, даже двухъ пальцевъ безболѣзненно; ими прощупывается и опредѣляется все попадающее на пути; передне-задніе діаметры измѣряются ими съ возможною точностью; ими опредѣляется отношеніе лежащей головки къ ёмкости таза. Коль скоро пальцами нельзя достигнуть того пункта, отъ котораго нужно измѣрить тотъ или другой діаметръ, то никакой инструментъ не поможетъ опредѣлить даннаго размѣра.*

Изъ этого однако не слѣдуетъ, что внутреннее инструментальное измѣреніе совершенно бесполезно. Въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ случаяхъ оно необходимо, какъ вспомогательное средство; такъ напр. при опре-

дѣленіи времени производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ часто требуется по возможности точно опредѣлить длину настоящей конъюгаты. Въ подобныхъ случаяхъ бесполезно прибѣгать къ опредѣленію истинной конъюгаты различными методами и приходитъ къ окончательному заключенію послѣ сравненія добытыхъ результатовъ.

Въ виду всего сказаннаго относительно изслѣдованія всего тѣла (скелета) и главнымъ образомъ относительно наружнаго и внутренняго измѣренія таза, мы можемъ себѣ составить, если и не абсолютно точное, то достаточно вѣрное понятіе о формѣ и степеніи суженія таза, *а то, что останется сомнительнымъ или неопредѣленнымъ, выяснится механизмомъ родовъ, — вставленіемъ и прохожденіемъ подлежащей головки черезъ тазовой каналъ.*

Изслѣдованіе въ концѣ беременности двумя пальцами, а во время родовъ — паль- или цѣлою рукою, доставляетъ возможность опредѣлить съ достаточною точностью объемъ, плотность и удобосжимаемость головки, а также рѣшить, какая часть свода черепа соприкасается съ безъимянною линіею, какіе отдѣлы его соотвѣтствуютъ тому или другому діаметру входа, какая часть черепа находится ниже входа и какая надъ нимъ; узнавъ все это, мы въ состояніи опредѣлить степень несообразности между головкою и входомъ въ тазъ и составить себѣ понятіе о томъ, — возможно ли еще ожидать измѣненія положенія головки или нѣтъ, и насколько головка способна къ дальнѣйшей конфигураціи.

Насколько для наружнаго изслѣдованія необходимо инструментальное измѣреніе, настолько же для внутренняго — ручное.

Внутреннее измѣреніе таза можетъ быть успѣшно произведено и другими тазомѣрами, какъ то: *Лазаревича, Сутукина* и т. п. (фиг. 40 и 43).

### Вліяніе узкихъ тазовъ на родовыя боли и на продолжительность родовъ.

Нѣкоторые акушеры того мнѣнія, что узкій тазъ не только самъ по себѣ обуславливаетъ неправильность родовыхъ болей, но что и каждой формѣ суженія таза свойственъ особый характеръ этихъ болей; въ дѣйствительности же, неправильныя боли при узкихъ тазахъ, какой бы формы ни было ихъ суженіе, зависятъ главнымъ образомъ отъ неправильныхъ положеній и члено-расположеній плода, и если узкимъ тазамъ приписывать вліяніе на характеръ родовыхъ болей, то скорѣе косвенное чѣмъ прямое.

Извѣстно, что родовыя боли находятся въ тѣсной связи съ раздраженіемъ нижняго сегмента матки; на этомъ основаны даже нѣкоторые изъ способовъ искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ; этимъ же объясняются болѣе сильныя сокращенія матки у первородящихъ чѣмъ у многоорожавшихъ. Слѣдовательно, чѣмъ сильнѣе будетъ прижать или растянуть нижній отрѣзокъ матки, тѣмъ сильнѣе должны быть маточныя сокращенія. Если при нормальномъ тазѣ головка

безъ особенныхъ затрудненій проходить черезъ входъ его, то родовыя боли обыкновенно не бываютъ чрезмѣрно сильны, потому что предлежащая головка не сильно и не продолжительное время раздражаетъ нижній отрѣзокъ матки.

Но если послѣдній, въ теченіи нѣсколькихъ часовъ подъ рядъ, будетъ ущемленъ между головою и тазомъ, какъ это почти всегда бываетъ у перворождающихъ съ узкимъ тазомъ, то родовыя боли могутъ усиливаться до высокой степени, а чѣмъ сильнѣе и продолжительнѣе ущемленіе, т. е. чѣмъ больше препятствія для прохожденія головки, тѣмъ сильнѣе бываютъ родовыя боли. Въ такихъ случаяхъ сокращеніе матки и раскрытіе зѣва не происходятъ, какъ при нормальныхъ условіяхъ, одновременно; часто приходится наблюдать, что зѣвъ, несмотря на сильныя и равномерныя сокращенія матки, долго не раскрывается, или же раскрытіе его совершается слишкомъ медленно и непропорціонально повидимому правильнымъ родовымъ болямъ. При дальнѣйшемъ теченіи родового акта, зѣвъ раскрывается, хотя и медленно, сокращенія матки усиливаются и могутъ достигнуть такой высокой степени, что подъ вліяніемъ ихъ не только значительно измѣняется форма головки, но иногда въ костяхъ черепа происходятъ трещины и даже переломы. Такой характеръ родовыхъ болей, доходящій иногда до столбняка матки (*tetanus uteri*), болѣе свойственъ перворождающимъ съ узкимъ тазомъ, нежели многорожавшимъ.

Съ другой стороны при узкихъ тазахъ, особенно у многорожавшихъ, нерѣдко наблюдается слабость родовыхъ болей, зависящая: а) отъ атоніи матки, развивающейся влѣдствіе недостаточно совершившагося обратнаго развитія ея послѣ предшествовавшихъ родовъ и въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ послѣродовые патологическіе процессы сосредоточивались въ самой ткани ея; в) отъ расслабленія брюшныхъ стѣнокъ и отвислости живота. При этомъ матка болѣе или менѣе сильно наклоняется, а иногда даже перегибается впередъ; связки, фасціи и вообще весь связочный аппаратъ матки и предматочника расслабляется, кромѣ того влагалище сильно вытягивается, маточная шейка измѣняетъ свое положеніе и стоитъ очень высоко. При сильной отвислости живота длинникъ плода не совпадаетъ съ проводной линіею дѣтородныхъ путей. При подобныхъ обстоятельствахъ у женщинъ даже съ нормальнымъ тазомъ случается нерѣдко, что высокостоящая, подвижная предлежащая часть плода, и преимущественно головка, устанавливается во входѣ таза ненадлежащимъ образомъ и, наклоняясь въ ту или другую сторону, недостаточнымъ образомъ раздражаетъ нижній отрѣзокъ матки, влѣдствіе чего родовая дѣятельность ея не достигаетъ той степени, которая необходима для изгнанія плода; поэтому у нихъ періодъ раскрытія маточнаго зѣва обыкновенно замедляется. Ходъ родового акта гораздо неблагопріятнѣе, если слабость родовыхъ болей сопутствуетъ суженію таза, ибо здѣсь кромѣ ненадлежащей родовой дѣятельности матки присоединяется несоразмѣрность предлежащей части съ тазомъ. Чѣмъ слабѣе и неправильнѣе родовыя боли, чѣмъ суженіе

больше, и особенно если оно распространяется на всѣ отдѣлы таза, тѣмъ медленнѣе вставляется головка тѣмъ болѣе затягиваются роды и тѣмъ чаще является необходимость въ помощи искусства. При невысокой степени частичнаго суженія таза, замедленіе въ ходѣ родовъ бываетъ обыкновенно только въ нѣкоторыхъ періодахъ, такъ напр.: при плоскихъ тазахъ въ 1-мъ и во 2-мъ, при воронкообразныхъ въ 3 и 4, а при обще-суженныхъ во всѣхъ періодахъ. Что касается терапіи слишкомъ слабыхъ потугъ, то при болѣе значительныхъ суженіяхъ таза тѣ пособія, которыя предпринимаются при нормальныхъ тазахъ, обыкновенно не приносятъ существенной пользы.

### Преждевременное излитіе водъ и выпаденіе пуповины.

При узкихъ тазахъ довольно часто случается преждевременный разрывъ плоднаго пузыря и излитіе водъ. По наблюденіямъ въ Родовспомогательномъ Заведеніи на 361 случай узкихъ тазовъ пришлось 86 случаевъ преждевременнаго излитія водъ.

Чѣмъ обуславливается преждевременный разрывъ пузыря, съ положительностью опредѣлить невозможно; быть можетъ причиной тому служить неправильная форма пузыря, обуславливаемая сильнымъ выступаніемъ мыса, или же къ этому быть можетъ ведетъ неравномѣрное выпячиваніе пузыря, вслѣдствіе неравномѣрнаго сокращенія матки и судорожныхъ болей. Какъ бы то ни было, несомнѣнно существуетъ нѣкоторая связь между преждевременнымъ излитіемъ водъ и суженіемъ таза.

Вслѣдствіе того, что при нормальныхъ тазахъ нижній сегментъ матки довольно плотно прилегаетъ къ подлежащимъ объемистымъ частямъ плода, первыя воды собираются постепенно, а не вдругъ, соответственно чему и нижній отдѣлъ пузыря подвергается постепенному и равномѣрно усиливающемуся давленію и растяженію, поэтому и цѣлость его сохраняется болѣе долгое время. При узкихъ же тазахъ, вслѣдствіе отклоненія подлежащей части въ сторону и невыполненія ею нижняго сегмента матки, точно также какъ и при подлежащій ножекъ при нормальномъ тазѣ, все количество околоплодныхъ водъ, съ каждымъ сокращеніемъ матки, вдругъ устремляется къ маточному зѣву, такъ что нижній отдѣлъ пузыря подвергается не постепенному, а быстро усиливающемуся давленію, вслѣдствіе чего, даже при нормальной плотности оболочекъ, происходитъ преждевременный разрывъ ихъ. Понятно, что стремительное излитіе водъ, при отклоненіи подлежащей части въ сторону, нерѣдко сопровождается выпаденіемъ пуповины и мелкихъ частей плода, даже при неполномъ раскрытіи зѣва.

Если преждевременное излитіе водъ и при нормальныхъ условіяхъ не составляетъ благопріятнаго явленія, то тѣмъ хуже оно при узкихъ тазахъ и главнымъ образомъ потому, что при цѣлости плоднаго пузыря можно еще рассчитывать на достаточное раскрытіе зѣва; если же воды изливаются даже при зѣвѣ, раскрытомъ приблизительно на  $2\frac{1}{2}$ —3

поперечныхъ пальца, то благодаря тому, что подлежащая часть при узкихъ тазaxъ не вставляется какъ слѣдуетъ, зѣвъ спадается, и дальнѣйшее раскрытіе его наступаетъ лишь послѣ того, какъ подлежащая часть понизится и начнетъ давить на нижній отрѣзокъ матки.

Вслѣдствіе всего этого роды затягиваются на продолжительное время, а чѣмъ больше продолжительность родовъ послѣ излитія водъ, тѣмъ больше опасности для матери и въ особенности для плода.

Преждевременное излитіе водъ тѣмъ опаснѣе, чѣмъ раньше оно наступаетъ, въ особенности если подлежащая часть не установилась во входѣ и зѣвъ открытъ не болѣе какъ на  $1\frac{1}{2}$ —2 пальца, когда слѣдовательно для спасенія плода нѣтъ возможности подать какую либо помощь. Съ истеченіемъ околоплодныхъ водъ боли обыкновенно учащаются, принимаютъ судорожный характеръ, паузы укорачиваются, вслѣдствіе чего затрудняется притокъ крови къ дѣтскому мѣсту; результатомъ этого является избытокъ угольной кислоты въ крови плода и затѣмъ слѣдуетъ смерть его отъ асфиксіи.

Выпаденіе пуповины или мелкихъ частей еще болѣе ухудшаетъ предсказаніе въ отношеніи жизни плода. На 361 случай узкихъ тазовъ 11 разъ послѣдовало выпаденіе мелкихъ частей плода.

Все сказанное заставляетъ насъ сколь возможно дольше сохранять цѣлость плоднаго пузыря при всякой неправильности таза.

### Вліяніе узкихъ тазовъ на положеніе матки и плода.

При нормальныхъ условіяхъ упругія брюшныя стѣнки поддерживаютъ беременную матку въ нѣсколько наклонномъ впередъ положеніи; благодаря отчасти этому обстоятельству, матка, совмѣстно съ плодомъ, въ послѣдніи 4—6 недѣль беременности опускается своимъ нижнимъ сегментомъ въ полость таза, вслѣдствіе чего она становится мало подвижною; подлежащая же часть плода тоже окончательно устанавливается во входѣ или въ полости таза. Чѣмъ болѣе упруги стѣнки живота, тѣмъ меньше наклоненіе матки впередъ и тѣмъ раньше нижній сегментъ ея совмѣстно съ плодомъ опускается въ полость таза, и наоборотъ, чѣмъ меньше упругость брюшныхъ стѣнокъ, тѣмъ сильнѣе наклоняется матка впередъ, тѣмъ позднѣе опускается ея нижній отрѣзокъ въ полость таза и тѣмъ непостояннѣе положеніе плода.

Въ случаѣ растяженія бѣлой линіи и расхожденія прямыхъ мышцъ, достигающаго иногда высокой степени, беременная матка въ состояніи продвинуться между ними, послѣ чего, будучи поддерживаема спереди только вялыми общими покровами живота, она въ силу собственной тяжести уже въ раннихъ періодахъ беременности наклоняется впередъ, въ позднѣйшихъ же перегибается черезъ лонное сочлененіе, а подъ конецъ беременности животъ, въ особенно рѣзкихъ случаяхъ, опускается даже до половины бедеръ. Такимъ образомъ у много и часто рожавшихъ развивается характерная форма такъ называемаго отвислаго живота—*venter propendens* (см. фигуры 104, 114, 118).

Одновременно съ наклоненіемъ или перегибомъ матки впередъ вытягивается сильно вверхъ и влагалище, а съ нимъ и всѣ органы и ткани, связующіе матку и рукавъ съ тазомъ, вслѣдствіе чего расслабляется весь связочный аппаратъ матки <sup>1)</sup>.

Въ большей или меньшей степени отвислый животъ находимъ и при нормальномъ тазѣ у часто и много рожавшихъ. Отвислость эта обуславливается тѣмъ, что матка у нихъ бываетъ сравнительно большей величины и обладаетъ большею подвижностью, брюшныя же стѣнки гораздо податливѣе чѣмъ у первородящихъ. Вслѣдствіе этого у многорожавшихъ въ послѣдніе дни беременности головка плода стоитъ выше и дольше остается баллотирующею; вмѣстѣ съ тѣмъ и положеніе плода продолжаетъ оставаться непостояннымъ.

У беременныхъ въ первый разъ отвислый животъ встрѣчается почти исключительно при узкихъ тазахъ. Образованію отвислага живота у нихъ вообще благопріятствуетъ уменьшеніе вмѣстимости брюшной полости, обусловленное малымъ ростомъ женщины, а иногда и увеличенною кривизною нижней части позвоночнаго столба. При нормальной ёмкости брюшной полости, увеличивающаяся беременная матка растетъ свободно по направленію вверхъ и впередъ, упругость же брюшныхъ стѣнокъ и возможность опуститься въ полость малаго таза не позволяютъ маткѣ сильно наклониться впередъ и тѣмъ ограничиваютъ ея подвижность; при уменьшенной же ёмкости брюшной полости, беременная матка, не находя въ ней достаточно мѣста для своего роста и не имѣя возможности ни подняться вверхъ, ни опуститься внизъ (вслѣдствіе суженія входа таза), растягиваетъ упругія стѣнки живота и все болѣе и болѣе наклоняется впередъ; такимъ образомъ развивается форма заостреннаго живота, характерная для женщинъ съ узкимъ тазомъ, беременныхъ въ первый разъ. У многорожавшихъ, при тѣхъ же условіяхъ и большей величинѣ матки, образуется отвислый животъ. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ отвислость живота при всѣхъ формахъ неправильнаго таза обуславливается еще сильнымъ наклоненіемъ таза. Болѣе высокія степени отвислага живота встрѣчаются исключительно только у много и часто рожавшихъ.

Само собою разумѣется, что матка, лишенная опоры какъ со стороны таза, такъ и со стороны брюшныхъ стѣнокъ, будетъ чрезвычайно подвижна. У беременныхъ въ первый разъ, даже при незначительномъ суженіи таза и при относительно малой величинѣ плода, головка не опускается во входъ таза; если къ этому прибавить ненормальную подвижность матки, сравнительно большую вялость ея у многорожавшихъ, вслѣдствіе чего матка теряетъ свою яйцевидную форму, то становится понятнымъ, почему при такихъ условіяхъ положеніе плода не можетъ быть постояннымъ и правильнымъ. Известно, что при узкихъ тазахъ чаще, чѣмъ при нормальныхъ, приходится наблюдать неправильныя положенія плода (косыя и поперечныя), еще чаще наблюдается

---

<sup>1)</sup> Подъ этимъ мы понимаемъ всѣ органы и ткани, служащія связью матки и рукава съ тазомъ.

отклонение предлежащей части в большей или меньшей степени в ту или другую сторону; если головка и устанавливается во входѣ, то и это вставление представляет значительное отступление отъ нормы. По этой же причинѣ гораздо чаще встрѣчаются и неправильныя членорасположенія плода, отклонение подбородка отъ груди, выпаденіе ножекъ при ягодичныхъ положеніяхъ и ручекъ или пуповины при черепныхъ и поперечныхъ положеніяхъ. Наступившая при такихъ обстоятельствахъ родовая дѣятельность матки можетъ застигнуть и фиксировать плодъ въ одномъ изъ неправильныхъ положеній, чему, при узкихъ тазахъ, немало способствуетъ преждевременное излитіе околоплодныхъ водъ.

По Spiegelberg'у, Schröder'у, Michaelis'у и Litzmann'у неправильность положеній при узкомъ тазѣ на 10% больше чѣмъ при нормальномъ. Кромѣ того, чаще встрѣчаются также и ножныя положенія.

По отчетамъ Спб. Род. Зав. за 10 лѣтъ на 23410 родовъ узкихъ тазовъ было 361, причеиъ:

|                  |                    |               |          |    |
|------------------|--------------------|---------------|----------|----|
| изъ 100 случаевъ | лицевыхъ положеній | на узкія тазы | пришлось | 25 |
| ” 79             | ” темянныхъ        | ” ” ” ”       | ” ”      | 23 |
| ” 2              | ” ушныхъ           | ” ” ” ”       | ” ”      | 1  |
| ” 195            | ” косыхъ           | ” ” ” ”       | ” ”      | 17 |

Слѣдовательно, на общее число узкихъ тазовъ пришлось 66, т. е. 18,2% неправильныхъ положеній.

### Послѣдствія для матери и плода.

Послѣдствія для матери при суженіяхъ первой степени зависятъ не столько отъ самаго суженія, сколько отъ величины головки и способности ея къ конфигураціи; при суженіяхъ второй и въ особенности третьей степени, всѣ послѣдствія для матери зависятъ, главнымъ образомъ, отъ степени суженія таза и затѣмъ отъ своевременной подачи соотвѣтствующей помощи, рѣже отъ побочныхъ обстоятельствъ, какъ то: выпаденія мелкихъ частей и пуповины, излитія водъ до полнаго раскрытія зѣва и отъ величины предлежащей части плода. (По статистикѣ Спб. Родовспомогательнаго Заведенія изъ 361 роженицъ съ узкимъ тазомъ умерло 55, что составляетъ 15,2% смертности).

Наибольшая опасность, угрожающая матери, какъ во время родовъ, такъ и въ послѣродовомъ періодѣ, заключается въ ущемленіи, разможженіи и разрывѣ мягкихъ дѣтородныхъ путей, преимущественно матки. На происхожденіе этихъ поврежденій имѣетъ большое вліяніе не столько сила, сколько продолжительность давленія: чѣмъ продолжительнѣе давленіе, тѣмъ обширнѣе бываютъ, обыкновенно, поврежденія, хотя бы несоизмѣрность между предлежащею частью и родовымъ каналомъ была сама по себѣ невелика, и наоборотъ, чѣмъ кратковременнѣе давленіе, какъ бы ни была велика его сила, тѣмъ ограниченнѣе и безвреднѣе по своимъ послѣдствіямъ поврежденіе. Слѣдовательно для матери болѣе благоприятны будутъ тѣ положенія плода при которыхъ про-



хождение головки через суженное мѣсто совершается въ относительно короткое время; при той же степени суженія, менѣе благоприятны тѣ положенія плода, при которыхъ невозможно скорое прохожденіе головки черезъ суженное мѣсто. Наиболѣе благоприятными, въ этомъ отношеніи, слѣдуетъ признать ягодичныя положенія (ножныя). При этихъ положеніяхъ, въ случаяхъ искусственной помощи, головка проводится своимъ наибольшимъ размѣромъ чрезъ наибольшій размѣръ входа въ тазъ, вслѣдствіе чего прохожденія ея чрезъ суженный отдѣлъ таза совершается быстро и не причиняетъ глубокаго разстройства питанія въ прижатыхъ тканяхъ, хотя бы ущемленіе ихъ было довольно сильное; поэтому поврежденія не бываютъ обширными, какъ въ длину, такъ и въ ширину, и ограничиваются большею частью поверхностнымъ поврежденіемъ и ссадинами родовыхъ путей. Безъ сомнѣнія, и при проведеніи послѣдующей головки черезъ суженное мѣсто возможны, болѣе или менѣе, глубокіе разрывы (чаще продольные) шейки матки, но они случаются не столько отъ кратковременнаго давленія послѣдующею головкою, сколько отъ присутствія рубцовъ или хроническаго интерстиціальнаго метрита, обуславливающаго неудоборастяжимость матки, и особенно нижняго отдѣла и шейки. Такіе глубокіе разрывы встрѣчаются, преимущественно, у многорожавшихъ.

При черепныхъ положеніяхъ, даже при той же степени несоразмѣрности между головкою и тазомъ, происходятъ болѣе глубокія поврежденія, потому что головка, вколоченная во входъ таза, въ теченіи многихъ часовъ прижимаетъ нижній отдѣлъ матки съ шейкою съ одной стороны къ мысу, съ другой же — къ лоннымъ костямъ. Ущемленные части становятся отечными и, въ свою очередь, могутъ составить препятствіе для родовъ. Поврежденія или могутъ ограничиваться только поверхностнымъ слоемъ матки или рукавной части ея, или же они распространяются на болѣе глубокіе слои и сопровождаются полнымъ ихъ разможеніемъ. Обыкновенно при этомъ въ ущемленной части, вслѣдствіе нарушенія въ теченіи нѣсколькихъ часовъ питанія, развивается омертвѣніе, которое обнаруживается или во время родовъ, или же въ послѣродовомъ періодѣ; иногда образуются болѣе или менѣе глубокіе разрывы, проникающіе даже черезъ брюшину. Величина поврежденій зависитъ, главнымъ образомъ, отъ болѣе или менѣе глубокаго некроза; поэтому о величинѣ первоначальной травмы нельзя судить по величинѣ омертвѣвшаго и отдѣливагося впоследствии куска ткани. При ущемленіи маточной стѣнки между головкою плода и лоннымъ сочлененіемъ, прижатію могутъ подвергнуться также мочевоу пузырь и мочеиспускательный каналъ и, смотря по силѣ и по большей или меньшей продолжительности ущемленія, оно можетъ причинить воспаленіе мочеваго пузыря и парезъ его шейки; при еще болѣе продолжительномъ давленіи дѣло можетъ дойти до гангрены задней стѣнки пузыря, съ образованіемъ пузырно-влагалищной, рѣже пузырно-маточной фистулы. Поврежденія же передней стѣнки мочеваго пузыря большею частью ограничиваются небольшими кровоподтеками.



Размноженія или разрывы, обыкновенно соотвѣтствуютъ выступамъ таза и бываютъ сзади, въ надвлагалищной части маточной шейки, прилегающей къ мысу; спереди, въ переднемъ сводѣ влагалища или въ шейкѣ, соотвѣтственно верхнему краю симфиза или выдающемуся иногда внутрь лонному сочлененію. Поврежденія гораздо чаще происходятъ снутри кнаружи и только при остистыхъ тазахъ, вслѣдствіе выдающихся внутрь, иногда довольно высоко, отростковъ, они происходятъ въ обратномъ направленіи. Если послѣ излитія околоплодныхъ водъ ущемленная, между головкою и тазомъ, маточная шейка не въ состояніи слѣдовать за ретракціей остальной части матки, то она разрывается на мѣстѣ наибольшаго ущемленія. Если же ретракція матки совершилась вполне, т. е. если зѣвъ отошелъ за головку, то вслѣдствіе сильнаго вытяженія рукава, можетъ произойти, или разрывъ задняго свода рукава или же (гораздо рѣже) отрывъ матки.

Тетанически сократившаяся матка весьма плотно обхватываетъ всѣ углубленія и выступы плода; продолжительное давленіе послѣднихъ, въ особенности локтей и коленъ, на соотвѣтствующія имъ мѣста матки ведетъ къ нарушенію питанія тканей, вслѣдствіе чего является расположеніе къ разрывамъ, которые могутъ произойти или произвольно или же при участіи посторонняго насилія напр. при поворотѣ.

При высшихъ степеняхъ неправильныхъ тазовъ, кромѣ разрывовъ матки и рукава, приходится наблюдать, хотя довольно рѣдко, также поврежденія не только связокъ и сочлененій таза, но даже и костей его. Изъ нихъ чаще другихъ подвергается разрыву лонное сочлененіе.

Характерными припадками разъединенія симфиза служатъ: мѣстная боль, невозможность двигать ногами вслѣдствіе боли въ области лоннаго сочлененія, появляющейся при каждой активной или пассивной попыткѣ къ движенію; иногда при этомъ бываютъ припадки со стороны мочевого пузыря. Весьма часто невозможно бываетъ съ точностью распознать разрывъ симфиза и только дальнѣйшее теченіе, быстрое уменьшеніе боли въ лонномъ сочлененіи послѣ наложенія неподвижной повязки и продолжительная невозможность свободно двигать нижними конечностями укажутъ, съ чѣмъ мы имѣли дѣло.

Кромѣ всѣхъ этихъ поврежденій немалую опасность для матери представляютъ всевозможныя формы послѣродовыхъ болѣзней, какъ послѣдствія продолжительныхъ и тяжкихъ родовъ.

Опасность для матери увеличивается во всѣхъ случаяхъ, требующихъ, по причинѣ высокой степени суженія таза, оперативныхъ пособій и въ особенности кесарскаго сѣченія.

Послѣдствія для плода еще гибельнѣе, нежели для матери, такъ какъ доходящее нерѣдко до абсолютной непроходимости суженія таза и неправильныя положенія и членорасположенія плода, столь частыя при узкихъ тазахъ, нерѣдко требуютъ оперативныхъ пособій, влекущихъ за собою смерть плода.

Кромѣ того при суженіи таза съ каждаыми послѣдующими родами увеличивается опасность для плода, отчасти потому, что плоды съ каждою

беременностью становятся крупнѣе, черепныя кости ихъ плотнѣе и менѣе податливы, отчасти же вслѣдствіе того, что слабость потугъ постепенно возрастаетъ съ каждыи слѣдующими родами. При первыхъ родахъ, подъ вліяніемъ энергическихъ родовыхъ болей, младенецъ можетъ еще родиться живымъ, между тѣмъ какъ уже при вторыхъ родахъ той же женщины приходится прибѣгать къ оперативнымъ приемамъ, которые во многихъ случаяхъ абсолютно пагубны для плода. По этому-то при неправильныхъ тазвахъ число мертворожденныхъ дѣтей увеличивается съ послѣдующими родами и достигаетъ по *Spiegelberg'у* 35<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; по *Schröder'у* отъ однихъ вдавленій черепа умираетъ 49<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; по *Michaelis'у* на первые роды приходится 3 мертворожденныхъ на 1-го живаго, на слѣдующіе роды 5 мертворожденныхъ на 1-го живого. По *Winckel'ю* на 30 случаевъ узкихъ тазовъ приходится 13 мертворожденныхъ; по *Гуенбергеру* на 94 случая узкихъ тазовъ 50 мертворожденныхъ; по наблюденіямъ въ *С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи* на 361 случай узкихъ тазовъ приходится однихъ только родившихся мертвыми 136, что составляетъ 37,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Раньше было упомянуто насколько пагубна для плода продолжительность родовъ, въ особенности послѣ излитія водъ; было также указано на важное значеніе выпаденія пуповины и кромѣ того было сказано, что подъ вліяніемъ чрезмерно сильныхъ родовыхъ болей при узкомъ тазѣ происходитъ нерѣдко поврежденіе черепа. Кромѣ этихъ неблагоприятныхъ явленій, вліяніе узкаго таза на подлежащую головку имѣетъ своимъ послѣдствіемъ образование, послѣ излитія водъ, громадной родовой опухоли. Эта послѣдняя иногда достигаетъ такихъ значительныхъ размѣровъ, что занимаетъ большую часть полости таза и при поверхностномъ изслѣдованіи можетъ ввести въ ошибку наблюдателя, которому покажется, что головка стоитъ низко, тогда какъ въ дѣйствительности она находится во входѣ или даже падъ входомъ; наибольшей величины достигаетъ *caput succedaneum* при обще-равномѣрно-суженныхъ тазвахъ. Головная опухоль сама по себѣ безвредна для плода. По мнѣнію нѣкоторыхъ, она будто бы помогаетъ раскрытію зѣва, дѣйствуя на подобіе плоднаго пузыря, а по *Schröder'у* она способствуетъ фиксаціи головки во входѣ.

Далѣе на покровахъ черепа плода встрѣчаются довольно часто различныя по формѣ, величинѣ и положенію слѣды давленія выстоящихъ частей таза, преимущественно мыса и верхняго края лоннаго сочлененія. Эти слѣды указываютъ намъ, какимъ путемъ совершился механизмъ вставленія и прохожденія головки черезъ суженное мѣсто; они помѣщаются на общихъ покровахъ или поверхностно, представляя болѣе или менѣе обширныя пятна и полосы темно-краснаго или темно-бураго цвѣта иногда съ поверхностными ссадинами, или же поврежденія эти проникаютъ черезъ всю толщю общихъ покрововъ и представляются въ видѣ грязныхъ гангренозныхъ язвъ. Величина и глубина поврежденій и здѣсь зависитъ не столько отъ степени суженія, сколько отъ силы и продолжительности давленія.

При болѣе значительной несоразмѣрности между головкой и тазомъ гораздо чаще встрѣчаются вдавленія, трещины и переломы костей черепа плода, какъ послѣствіе чрезмѣрно сильной конфигураціи, безъ которой головка не могла бы пройти черезъ суженное мѣсто. Коль скоро головка установилась во входѣ, конфигурація ея совершается тѣмъ же путемъ, какъ и при нормальномъ тазѣ, а именно: поперечный размѣръ головки уменьшается насчетъ захожденія задней темянной кости подъ переднюю, уменьшеніе же прямого размѣра головки совершается насчетъ захожденія затылочной кости подъ темянныя и лобныхъ костей подъ темянныя же или одной лобной подъ другую. Такое захожденіе костей черепа происходитъ тѣмъ легче, чѣмъ шире швы и чѣмъ подвижнѣе соединеніе костей между собою.

При очень высокихъ степеняхъ суженія таза, подъ вліаніемъ родовыхъ болей, захожденіе костей какъ въ поперечномъ, такъ и въ прямомъ размѣрѣ достигаетъ крайнихъ предѣловъ, причемъ иногда происходитъ разрывъ венозныхъ пазухъ и дальнѣйшее уменьшеніе головки, на счетъ захожденія костей, становится уже невозможнымъ. Въ подобныхъ случаяхъ, если потужная дѣятельность матки не ослабѣла, то уменьшеніе головки можетъ произойти слѣдующимъ образомъ: или задняя темянная кость <sup>1)</sup> уплощается, между тѣмъ какъ передняя темянная, опустившаяся во входъ становится выпуклѣе, или наоборотъ передняя темянная уплощается, а задняя становится болѣе выпуклою, что зависитъ главнымъ образомъ отъ того, какая часть передней и задней темянныхъ костей встрѣтитъ сопротивленіе со стороны симфиза и мыса. Вслѣдствіе такой конфигураціи головка новорожденного представляется крайне асимметричною.

Если и такой конфигураціи недостаточно для прохожденія головки, то при дальнѣйшемъ теченіи родовъ на темянныхъ костяхъ образуются, соотвѣтственно тому мѣсту, гдѣ головка встрѣтила препятствіе со стороны таза, болѣе или менѣе глубокія желобоватія или ложкообразныя вдавленія, или же трещины и разрывы сосудовъ *epicranii* и венозныхъ пазухъ съ кровоизліаніями какъ внѣ черепа (*cephalaematoma*), такъ и въ полость его. *Cephaloematoma* не имѣетъ особенно вреднаго значенія для плода, если только одновременно съ ней не произошло кровоизліанія въ полость черепа.

Желобоватія вдавленія наблюдаются около вѣчнаго края темянныхъ костей и бываютъ иногда настолько глубоки, что вмѣщаютъ въ себѣ большой палець. Болѣе опасны ложкообразныя вдавленія, встрѣчающіяся на лобныхъ и темянныхъ костяхъ; чаще всего они занимаютъ пространство между темяннымъ бугромъ, большимъ родничкомъ и вѣчнымъ швомъ. Вдавленія эти на темянныхъ и въ особенности на лобныхъ костяхъ могутъ быть не только вслѣдствіе суженія таза, но и отъ неправильнаго (форсированнаго) дѣйствія щипцами, а иногда и отъ быстраго извлеченія послѣдующей головки.

<sup>1)</sup> Темянную кость, лежащую въ передней половинѣ таза будемъ называть *переднею*, а въ задней половинѣ—*заднею*.

Гораздо рѣже встрѣчается разъединеніе вѣчнаго шва и отдѣленіе эпифизовъ затылочной кости; какъ то, такъ и другое поврежденіе наблюдаются гораздо чаще при послѣдующей головкѣ, нежели при предлежащей; въ послѣднемъ случаѣ они встрѣчаются только тогда, если головка была сжата съ боковъ кефалотрибомъ. Безъ разрыва кровеносныхъ сосудовъ поврежденія эти не обходятся, въ особенности послѣднее, при которомъ происходитъ безусловно смертельное кровоизліяніе на основаніи черепа.

Кромѣ этихъ поврежденій встрѣчаются еще поперечные переломы затылочной кости, разрывъ мышцъ тыльной поверхности шеи, переломы ключицъ, вывихъ плечевой кости, переломъ ея и отдѣленіе эпифизовъ при освобожденіи и извлеченіи запрокинутыхъ за затылокъ ручекъ, чрезмѣрное вытяженіе и разрывы нервныхъ сплетеній и параличъ лица.

### Отклоненія отъ нормальнаго вставленія и механизма родовъ предлежащей головки.

Выше въ отдѣлѣ объ измѣреніи таза было сказано, что сопоставляя, извѣстные діаметры, опредѣленные при изслѣдованіи его, мы можемъ довольно точно судить о формѣ суженія, а все то, что останется непонятнымъ для насъ, выяснится механизмомъ родовъ, — вставленіемъ и прохожденіемъ головки черезъ суженное мѣсто. Не имѣя возможности, при извѣстныхъ условіяхъ, судить о томъ, съ какимъ тазомъ мы имѣемъ дѣло, мы можемъ, слѣдя тщательно за механизмомъ родовъ, по положенію предлежащей части и по отношенію нѣкоторыхъ частей головки другъ къ другу и къ тазу, съ достаточною достовѣрностью опредѣлить суженный тазъ и форму суженія, а узнавъ продолжительность родовъ и характеръ родовыхъ болей, бывшихъ до нашего прихода, можемъ составить себѣ нѣкоторое понятіе даже о степени суженія таза. При различныхъ формахъ неправильности таза и при различныхъ степеняхъ суженія, нормальной величины головка встрѣчаетъ различное сопротивленіе и, проходя черезъ тазъ, совершаетъ извѣстныя движенія, свойственныя данной неправильности. Понятно, что тазы одной и той же неправильной формы представлять почти тождественный механизмъ безъ существенной разницы; если же отступленія и встрѣчаются, то онѣ настолько незначительны, что не измѣняютъ основнаго характера вставленія головки; конечно, особенность механизма въ однихъ случаяхъ бываетъ болѣе, въ другихъ менѣе рѣзко выражена, что зависитъ главнымъ образомъ отъ степени несоразмѣрности между суженіемъ и объемомъ болѣе или менѣе способной къ конфигураціи головки.

Выше было сказано, что изъ всѣхъ формъ неправильныхъ тазовъ, чаще всѣхъ другихъ встрѣчаются плоскіе и обще-равномѣрно-суженные тазы. Эти двѣ формы неправильныхъ тазовъ имѣютъ преобладающее значеніе не только потому, что онѣ встрѣчаются гораздо чаще другихъ, но и потому, что механизмъ вставленія головки и прохожденія ея черезъ

родовой каналъ представляетъ типичныя, имъ только присущія уклоненія отъ нормальнаго механизма родовъ. Зная механизмъ родовъ при этихъ двухъ формахъ, мы въ состояннн довольно ясно представить себѣ прохожденіе головки плода и при остальныхъ формахъ неправильныхъ тазовъ. Въ этихъ болѣе рѣдко встрѣчающихся случаяхъ, механизмъ родовъ не представляетъ ничего типичнаго и слагается изъ механизма родовъ, характернаго съ одной стороны для плоскаго таза и съ другой стороны для обще-равномѣрно-суженнаго. Смотри по тому, преобладаетъ ли въ этихъ тазехъ суженіе въ передне-заднихъ размѣрахъ или же общее суженіе, способъ прохожденія головки у нихъ будетъ въ большей или меньшей степени приближаться къ типу механизма той или другой формы таза.

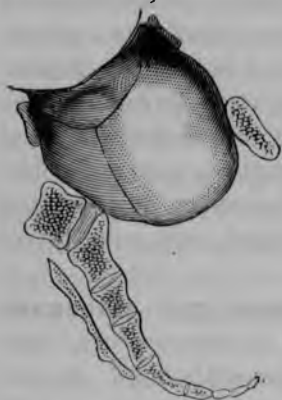
**Вставленіе головки и механизмъ родовъ при плоскомъ тазѣ.** Механизмъ родовъ при плоскихъ тазехъ <sup>1)</sup> отличается отъ таковаго при нормальныхъ главнымъ образомъ приспособленіемъ подлежащей части плода ко входу въ тазъ и прохожденіемъ чрезъ оный въ полость. Объяснимъ это примѣромъ.

Предположимъ, что роды начались, что тазъ плоскій, что ёмкость его не представляетъ *значительной несоразмѣрности* съ подлежащею головкою и что маточныя сокращенія и потуги достаточны для того, чтобы роды окончились сами собою. Обыкновенно, въ самомъ началѣ родовъ, головка стоитъ высоко и нерѣдко бываетъ подвижна. Когда она уже установится во входѣ, то при изслѣдованнн находимъ: стрѣловидный шовъ соотвѣтствуетъ направленію поперечнаго размѣра входа, оба родничка (большой и малый) стоятъ на одномъ уровнѣ; по мѣрѣ вступленія лобной части во входъ, большой родничекъ опускается внизъ, а малый подымается вверхъ (совершается болѣе или менѣе значительное разгибаніе головки, а не сгибаніе ея, какъ это бываетъ при нормальныхъ условіяхъ механизма родовъ при затылочныхъ положеніяхъ); понятно, что при этомъ большой родничекъ удобнѣе достигается при изслѣдованнн, чѣмъ малый. Этотъ послѣдній раньше или позже становится вовсе недостижимъ. При дальнѣйшемъ пониженнн головки, передняя темянная кость (лѣвая или правая, смотря по положенію головки) начинаетъ опускаться въ переднюю половину таза, задняя же остается нѣкоторое время неподвижной, будучи крѣпко прижата къ мысу; стрѣловидный шовъ, не измѣняя своего первоначальнаго отношенія къ поперечному діаметру входа, все болѣе и болѣе приближается къ мысу, а вмѣстѣ съ тѣмъ и большой родничекъ отходитъ къзади и при изслѣдованнн обнаруживается вправо или влѣво отъ мыса, смотря по положенію головки, ф. 50. Дальнѣйшее прохожденіе головки,

<sup>1)</sup> Для легчайшаго уразумѣнн механизма родовъ при неправильныхъ тазехъ, начинающнмъ весьма полезно предварительно познакомиться съ описаніемъ неправильныхъ тазовъ въ частности. Желая дать болѣе цѣльное представленіе о всѣхъ возможныхъ способахъ вставленія головки и о различіяхъ механизмовъ родовъ при неправильныхъ тазехъ мы не рѣшились описывать каждый видъ механизма родовъ отдѣльно въ спеціальной части при изложеннн соотвѣтствующей формы неправильнаго таза.

черезъ входъ въ полость таза, совершается насчетъ пониженія передней темянной кости, которая вмѣстѣ съ родовой опухолью (*cap. succedaneum*)

Фиг. 50.



занимаетъ болѣе или менѣе значительную часть полости таза. Коль скоро при изслѣдованіи чешуйчатый шовъ становится достижимъ или задняя темянная кость начнетъ опускаться въ полость таза (происходитъ соскальзываніе головки съ мыса), то стрѣловидный шовъ удаляется отъ мыса и вслѣдъ за этимъ совершается сгибаніе головки, причемъ большой родничекъ приподымается вверхъ, а малый опускается внизъ, и дальнѣйшій ходъ родовъ совершается какъ при одномъ изъ затылочныхъ положеній.

Для объясненія механизма родовъ при плоскихъ тазахъ должно принять въ соображеніе: а) что они сужены главнымъ образомъ въ конъюгатѣ, поперечный же размѣръ входа нормаленъ или даже удлинненъ, б) что головка устанавливается во входѣ своими поперечными размѣрами въ прямомъ діаметрѣ таза, а продольнымъ въ поперечномъ размѣрѣ его и с) что затылочная часть головки болѣе объемиста, чѣмъ лобная. Изгоняющая сила матки, сосредоточиваясь на мѣстѣ соединенія позвоночника плода съ основаніемъ черепа и распредѣляясь отъ затылочной дыры по направленію размѣровъ подзатылочно-затылочнаго, подзатылочно-темяннаго, подзатылочно-лобнаго и подзатылочно-подбородочнаго, дѣйствуетъ на различныя части головки на основаніи законовъ рычага.

Головка, вступая во входъ таза, встрѣчаетъ наибольшее препятствіе со стороны мыса и верхняго края лонныхъ костей, а также со стороны той половины входа, въ которой помѣщается затылокъ. Изгоняющая сила матки, дѣйствуя на послѣдній, не въ силахъ преодолѣть встрѣчаемаго имъ препятствія, между тѣмъ какъ дѣйствуя, хотя и слабѣе, на менѣе объемистую лобную часть, она оказывается достаточною для того, чтобы послѣдняя опустилась во входъ, такъ какъ она при этомъ или вовсе не встрѣчаетъ препятствія, или же, если встрѣчаетъ, то незначительное. Когда передняя половина головки вступила уже во входъ и настолько опустилась, что дальнѣйшее опущеніе ея въ этомъ направленіи становится невозможнымъ, то задняя темянная кость неподвижно упирается въ мысъ, передняя же подъ вліяніемъ сосредоточенной почти исключительно на ней силы начинаетъ опускаться во входъ. Въ этотъ-то моментъ происходитъ конфигурація головки, достигающая при значительныхъ суженіяхъ таза высокой степени (см. выше стр. 79); коль скоро головка уменьшилась въ объемѣ вслѣдствіе уплощенія задней темянной кости и опущенія во входъ передней, то она уже имѣетъ возможность вся пройти черезъ входъ таза и помѣститься въ полости его, какъ при одномъ изъ затылочныхъ положеній, и если полость таза нормальна, то дальнѣйшій ходъ родовъ совершится безъ затрудненій. Изъ этого явствуетъ, что если въ

данномъ случаѣ родовая дѣятельность правильна и достаточно энергична, если нѣтъ значительной несоразмѣрности между суженіемъ таза и головкой и если эта послѣдняя способна конфигурироваться и уменьшаться соотвѣтственно степени суженія, то роды хотя и затягиваются, но тѣмъ не менѣе могутъ окончиться сами собой. Но, если не достаетъ хотя одного изъ этихъ условій, и въ особенности надлежащихъ маточныхъ сокращеній и потугъ, то роды требуютъ содѣйствія искусства.

При лицевыхъ положеніяхъ роды замедляются вслѣдствіе того, что внутренней поворотъ подбородка совершается очень медленно.

При плоскихъ тазахъ ножныя положенія встрѣчаются чаще ягодичныхъ и многими авторами не безъ основанія считаются благоприятными, но болѣе въ интересахъ матери, чѣмъ плода. Ягодицы опускаются какъ при нормальномъ тазѣ, спинка поворачивается впередъ, головка же проходитъ входъ и полость продольными своими размѣрами въ поперечныхъ размѣрахъ таза, а поперечными приближается къ направленію конъюгаты, рѣже — одного изъ косыхъ размѣровъ таза. Головка при этомъ разгибается, что и бываетъ причиной задержанія ея въ тазу и смерти плода, если надлежащая помощь искусства не будетъ своевременно дана.

При болѣе *высокихъ степеняхъ* плоскаго таза происходитъ болѣе сильное разгибаніе (*extensio*), вслѣдствіе чего большой родничекъ опускается весьма низко и можетъ находиться почти въ проводной линіи таза; при этомъ головка долгое время остается въ поперечникѣ входа.

Рѣзче всего описанное уклоненіе въ способѣ вставленія головки при плоскомъ тазѣ выражено при такъ называемомъ Негелевскомъ чрезмѣрномъ боковомъ наклоненіи головки или передне-темянномъ вставленіи, особенность котораго заключается въ томъ, что стрѣловидный шовъ еще болѣе приближается къ мысу (фиг. 50).

Въ крайне рѣдкихъ случаяхъ, напр. при значительно отвисломъ животѣ, боковое наклоненіе головки можетъ быть настолько значительно, что во входѣ предлежитъ только передняя темянная кость, стрѣловидный же шовъ находится у самаго мыса, а позади симфиза прощупывается ухо — передній видъ ушнаго положенія.

За десятилѣтній періодъ времени въ Родовспомогательномъ Заведеніи на 361 узкій тазъ (23,410 родовъ) пришелся одинъ случай ушнаго положенія. Въ 1873 г., подъ № 642, поступила роженица 26 лѣтъ, беременная въ 3-й разъ; при 1-хъ родахъ ребенокъ родился мертвый; отъ второй беременности, несмотря на трудные роды, разрѣшилась живымъ младенцемъ. Тазъ плоскій.  $K=9.25$  см. Воды истекли при зѣвѣ на 2 п. пальца. Стрѣловидный шовъ найденъ высоко сзади у самаго мыса, предлежитъ правая темянная кость; позади лоннаго сочлененія прощупывается ухо. Головка почти неподвижна. При сильныхъ и болѣзненныхъ потугахъ, головка долгое время не подвигалась впередъ, но затѣмъ вдругъ прошла черезъ входъ и полость малаго таза и быстро прорѣзалась, какъ при затылочномъ положеніи. Родившаяся дѣвочка вѣсила 3,650 грм.

Головка новорожденнаго при плоскомъ тазѣ представляется болѣе или менѣе асимметричною и скошенною по направленію отъ одного изъ темянныхъ бугровъ къ противоположной лобной кости; темянная кость, находившаяся въ передней половинѣ таза, представляется чаще болѣе вы-



пуклою, задняя же темянная или совершенно плоскою, или же уплощеніе ея болѣе отлого, почему она сохраняет до нѣкоторой степени свою выпуклость. Около большаго родничка находимъ слѣды отъ давленія мыса въ видѣ красныхъ пятенъ. При болѣе значительномъ укороченіи  $K$  и въ особенности при весьма низкомъ стояніи мыса, слѣдъ отъ давленія со стороны послѣдняго обозначается иногда въ видѣ длинной и широкой полосы, идущей ко рту параллельно стрѣловидному или вѣнечному шву. Если низко опустившійся затылокъ своевременно повернется кпереди, то при низкомъ стояніи мыса на задней лобной кости остается небольшой слѣдъ отъ давленія. Гораздо рѣже подобные же слѣды, происходящіе отъ прижатія къ лоннымъ костямъ, встрѣчаются на передней темянной кости, въ видѣ красной полоски, болѣе или менѣе параллельной къ основанію черепа; еще рѣже такія полосы наблюдаются въ области чешуйчатаго шва или между нимъ и темяннымъ бугромъ.

На послѣдующей головкѣ также встрѣчаемъ слѣды давленія; если извлеченіе сдѣлано такъ, что головка прошла входъ таза, находясь въ достаточной степени сгибанія, то слѣдъ, въ видѣ полосы, направляется отъ середины чешуйчатаго шва къ темянному бугру; если же головка, проходя чрезъ входъ таза, находилась въ состояніи разгибанія (что имѣетъ мѣсто также при извлеченіи по пражскому способу), то слѣдъ или отпечатокъ давленія направляется отъ середины чешуйчатаго шва къ вѣнечному. Въ первомъ случаѣ размѣръ, которымъ головка проходитъ чрезъ узкое мѣсто входа, меньше, чѣмъ во второмъ, что не говоритъ въ пользу пражскаго способа.

**Механизмъ родовъ при обще-равномѣрно-сѣуженномъ тазѣ.** При обще-равномѣрно-сѣуженномъ тазѣ входъ его на протяженіи всей окружности представляетъ приблизительно одинаковое препятствіе для опускающейся головки; поэтому головка устанавливается во входѣ, какъ при нормальномъ тазѣ, въ состояніи сгибанія. До тѣхъ поръ, пока родовыя боли еще недостаточно сильны, головка остается подвижною надъ входомъ то въ поперечномъ, то въ одномъ изъ косыхъ его размѣровъ; но коль скоро сокращенія матки достигнутъ извѣстной степени энергіи, головка устанавливается во входѣ, чаще всего въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ, и, встрѣчая равномѣрное сопротивленіе со стороны входа, опускается ниже въ состояніи сильнаго сгибанія. Для того, чтобы головка могла вступить въ полость таза, она должна уменьшиться во всѣхъ размѣрахъ, которыми она соприкасается со стѣнками таза, т. е. въ большомъ поперечномъ и вертикальномъ діаметрахъ, между тѣмъ, тѣ части ея, которыя обращены внизъ (въ полость таза—затылокъ) и вверхъ (въ полость матки—лобъ), не подвергаются давленію со стороны стѣнокъ таза и поэтому головка сильно вытягивается по направленію прямого діаметра, т. е. въ длину. Чѣмъ дольше продолжаются роды, тѣмъ болѣе бываетъ выражено удлиненіе головки въ прямомъ размѣрѣ.

Такое значительное удлиненіе головки можетъ во время родовъ дать поводъ къ ошибочному заключенію относительно скорого ихъ окончанія. При изслѣдованіи можетъ показаться, что головка стоитъ весьма



низко и готова къ врѣзыванію, между тѣмъ, въ сущности прощупывается удлинненная затылочная часть черепа, остальная же, большая часть головки находится еще надъ входомъ таза. Сущствующая въ такихъ случаяхъ значительная родовая опухоль, постепенно увеличиваясь, маскируетъ опущеніе головки и при поверхностномъ изслѣдованіи увеличиваетъ возможность ошибки.

Характеристическая черта механизма родовъ при обще-равномѣрно-суженномъ тазѣ заключается въ томъ, что при изслѣдованіи малый родничекъ, въ теченіе всего третьяго періода родовъ, стоитъ весьма низко, и при томъ вблизи проводной линіи таза (фиг. 51). Головка, проходя черезъ всю полость малаго таза въ состояніи сильнаго сгибанія, во время врѣзыванія показывается малымъ родничкомъ чаще всего не со стороны лоннаго сочлененія, какъ при нормальномъ тазѣ, но со стороны промежности. Врѣзываніе головки совершается въ затыочно-крестцовомъ положеніи ея.

Фиг. 51.



Въ виду оказываемаго обще-суженнымъ тазомъ равномѣрнаго давленія, на головкѣ новорожденнаго не встрѣчается, какъ при плоскомъ тазѣ, слѣдовъ давленія. Головка родившагося младенца имѣетъ коническую форму съ болѣе или менѣе сильно заостреннымъ затылкомъ (въ общежитіи говорятъ: „младенецъ родился съ сахарной головой“), причемъ удлинненіе ея въ передне-заднемъ размѣрѣ можетъ достигнуть значительной степени <sup>1)</sup>. Вслѣдствіе выпуклости лобныхъ костей, личико младенца сильно выдается впередъ; темянные кости уплощаются и глупо бою подходятъ одна подъ другую; затылочная кость вдавливаются верушкою внутрь.

Къ этимъ двумъ типамъ механизма родовъ при неправильныхъ тазахъ слѣдуетъ еще прибавить механизмъ родовъ при обще-, но не равномѣрно-суженномъ тазѣ, какъ переходную форму къ другимъ болѣе рѣдко встрѣчающимся неправильностямъ. Своеобразный типъ механизма родовъ при обще-неравномѣрно-суженномъ тазѣ по *Schroeder'у* заключается въ сочетаніи явленій механизма плоскаго и обще-равномѣрно-суженнаго таза, причемъ, смотря по тому, преобладаетъ ли суженіе въ прямомъ или въ поперечномъ размѣрѣ, болѣе рѣзко будутъ выдаваться признаки, присущіе механизму той или другой формы суженія. Наблюдая за механизмомъ родовъ, мы найдемъ, съ одной стороны, продолжительное стояніе головки въ поперечномъ діаметрѣ таза (какъ при плоскомъ тазѣ), а съ другой—значительное пониженіе затылка и низкое стояніе малаго родничка (какъ при обще-равномѣрно-суженномъ тазѣ). Само собою разумѣется, что эта форма неправильнаго таза совмѣщаетъ въ себѣ аномалии какъ плоскаго, такъ и

<sup>1)</sup> *Vaudelocque* утверждаетъ, что ему пришлось видѣть головку новорожденнаго младенца, родившагося при обще-равномѣрно-суженномъ тазѣ, прямой діаметръ которой достигалъ будто бы 7" 10" (20 см.).

обще-равномѣрно-сѣуженнаго таза; поэтому опасность при ней какъ для матери, такъ и для плода гораздо больше, чѣмъ при послѣднихъ, а потому и предсказаніе относительно исхода родовъ гораздо хуже.

Иногда наблюдаются уклоненія отъ вышеописанныхъ трехъ способовъ вставленія головки. Наиболѣе замѣчательными уклоненіями представляются: *внѣ-осевое* или *экстра-медианное* вставленіе головки, на кото-

Фиг. 52.



рое впервые указалъ *Breisky* (фиг. 52) и *задне-темянное вставленіе*. *Внѣ-осевое* вставленіе головки возможно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ тазъ настолько обезображенъ, что одна половина входа абсолютно недоступна вставленію даже маленькой головки. Подобное обезображеніе таза чаще всего обуславливается сильнымъ искривленіемъ послѣднихъ грудныхъ и всѣхъ поясничныхъ позвонковъ, смѣщеніемъ далеко впереди и въ то же время поворотомъ крестцовой кости (а слѣдовательно и мыса) вокругъ продольной оси въ ту или другую сторону. Въ такихъ случаяхъ головка можетъ вступить въ тазъ только съ одной стороны позвоночника и въ этой половинѣ его совершаетъ механизмъ, подобный тому, какой бываетъ при обще-равномѣрно-сѣуженномъ тазѣ. Подобнымъ же образомъ можетъ совершаться механизмъ родовъ при тазахъ, у которыхъ входъ имѣетъ форму бисквита или цифры 8 въ лежачемъ положеніи (см. фиг. 70).

Самое неблагоприятное уклоненіе представляетъ вставленіе головки, известное подъ названіемъ *задне-темяннаго*; при этомъ способѣ вставленія, обращенная къзади темянная кость вступаетъ во входъ, такимъ образомъ, что стрѣловидный шовъ помѣщается тотчасъ позади лоннаго сочлененія. Условіями, благоприятствующими такому отклоненію головки, *Schroeder* считаетъ: отвислость живота, слишкомъ большое наклоненіе таза и излігіе водъ уже въ то время, когда головка не установилась еще во входѣ, а упирается переднею темянною костью въ лонное сочлененіе. При такихъ условіяхъ, ось плода, подъ вліяніемъ родовыхъ болей, сгибается, образуя уголь, открытый впереди, причѣмъ головка наклоняется поверхностью, обращенною къзади, ко входу въ тазъ. Въ такомъ положеніи вступить во входъ головка не можетъ и потому остается долгое время подвижною; при благоприятныхъ обстоятельствахъ, или нажатіемъ снаружи на головку, удаётся иногда измѣнить вставленіе; гораздо рѣже головка переходитъ сама въ передне-темянное положеніе. При неблагоприятныхъ условіяхъ стрѣловидный шовъ можетъ настолько удалиться отъ мыса, что въ задней половинѣ таза прощупывается ухо, такимъ образомъ изъ задне-темяннаго вставленія получается задне-ушное, самое рѣдкое и самое опасное изъ всѣхъ неправильныхъ вставленій головки.

Одинъ изъ подобныхъ случаевъ былъ мною наблюдаемъ въ февралѣ 1850 г. и описанъ въ моей диссертациі (*Melutemata quaedam de uteri ruptura. Petrop. 1852*), откуда заимствованы фиг. 53 и 54.  $K=3'$ , ущемленіе головки между мысомъ и верхнимъ краемъ лонныхъ костей у многорожавшей роженицы. Разрывъ матки, выпаденіе туловища до шейки плода въ брюшную полость. Лапаротомія послѣ смерти.

Прежде полагали, что при вышесказанныхъ условіяхъ, вставленіе обращенною кзади темяною костью—задній видъ ушнаго положенія— встрѣчается исключительно при узкихъ тазахъ; однако такая аномалія вставленія головки можетъ быть и при нормальномъ тазѣ, на что указалъ уже *Litzmann*. Въ Спб. Родовспомогательномъ Заведеніи въ теченіи

Фиг. 53.



Фиг. 54.



10 лѣтъ на 23410 родовъ былъ наблюдаемъ одинъ только подобный случай, описаніе котораго привожу вкратцѣ:

Въ 1873 году, за № 412, поступила беременная 37 лѣтъ. Тазъ нормальный. Рожаетъ въ 9-й разъ, прежніе роды благополучны. Отвислость живота. Вслѣдствіе сильнаго напряженія околоплоднаго пузыря и высокаго положенія предлежащей части можно было опредѣлить только помощью наружнаго изслѣдованія, что имѣемъ дѣло съ 1 черепнымъ положеніемъ. Тотчасъ послѣ разрыва пузыря, при вполне открытомъ зѣвѣ, оказалось, что во входѣ таза предлежитъ лѣвое ухо, сгрубовидный шовъ помѣщается у передней стѣнки таза, почти надъ лоннымъ сочлененіемъ; головка, слѣдовательно, вставилась въ заднемъ видѣ перваго ушнаго положенія. Ручнымъ приемомъ удалось довольно легко исправить такое неправильное вставленіе головки и черезъ 15 м. роды окончились безъ помощи искусства. Роды продолжались всего 8 ч. 30 м. Новорожденная дѣвочка вѣсила 5,250 грам., длина ея была 55 см.

Выше мы видѣли, что при плоскомъ тазѣ, вслѣдствіе разгибанія головки, понижается большой родничекъ. Если головка будетъ задержана во входѣ не собственно затылкомъ, а заднею частью темени, областью малаго родничка, то подъ вліяніемъ тѣхъ же условій подбородокъ можетъ настолько удалиться отъ груди, что во входѣ таза будетъ предлежать передняя часть темени, лобъ или лицо (темянное, лобное или лицевое вставленіе). Роды при лицевыхъ положеніяхъ съ узкимъ тазомъ протекаютъ еще медленнѣе, нежели при нормальномъ тазѣ; личико долгое время остается въ поперечномъ размѣрѣ, подбородокъ весьма поздно или даже вовсе не поворачивается впереди.

*Fritsch* на стр. 41 своей *Klinik d. geburtshülflichen Operationen* положительно не допускает возможности вставления головки при узкомъ тазѣ въ заднемъ видѣ темянаго и затылочнаго положеній. Въ Родовспомогательномъ Заведеніи (по отчетамъ проф. *Buddera*) на 19,396 родовъ было 41 темянное положеніе, изъ нихъ на долю тазовъ съ наружною конъюгатою въ 18.0 см. и менѣе, было 6 темянныхъ, представившихся въ заднемъ видѣ перваго и втораго темяннаго положенія. Кромѣ того въ темянномъ положеніи родились еще 20 млад. при наружной конъюгатѣ менѣе 20 см. Лицевыхъ положеній на то же число родовъ было всего 100, на долю же узкихъ тазовъ съ наружною конъюгатою въ 18 см. и менѣе ихъ пришлось только 5, кромѣ того было еще 21 лицевыхъ положеній при наружной конъюгатѣ менѣе 20 см.

Привожу случай темяннаго вставленія при простомъ, но слегка скошенномъ и косо-поставленномъ тазѣ, наблюдавшійся въ 1883 г. и доказывающій возможность перехода даже при узкомъ тазѣ темяннаго положенія въ затылочное.

№ 586. 1883 г. Косо-поставленный и слегка скошенный тазъ. Вставленіе правою темянною костью въ заднемъ видѣ перваго темяннаго положенія (задній видъ перваго передне-темяннаго вставленія). Переходъ въ задній же видъ перваго затылочнаго положенія. Endometritis sub partu.

Крестьянка Новгородской губерніи, М. Е., 18 лѣтъ, беременная въ первый разъ, поступила 2.III въ 11 ч. утра въ Родовспомогательное Заведеніе, спустя 6 ч. 20' по появленіи первыхъ родовыхъ болей. Температура 38,7, пульсъ 108. При наружномъ изслѣдованіи не найдено никакихъ признаковъ рахита. Ростъ 152 см. Тѣлосложеніе слабое. Форма матки правильная. Спинка плода обращена влѣво, мелкія части прощупываются справа вверху; надъ входомъ—подвижная головка. Сердцебиеніе плода слабо слышно слѣва, далеко къзади. Лѣвая Sp. ant. sup. на 1½—2 см. стоитъ выше правой; отъ лѣвой верхней ости до maleolus ext. tib. sin. 78.0, справа 76.0; отъ гребешка лѣвой подвздошной кости до той же точки слѣва—83.0, справа 82.0. Отъ Sp. p. sup. dextr. къ Sp. ant. sup. sin. 20.0 отъ Sp. post. sin. къ Sp. ant. sup. dextr. 21.5. Наклоненіе таза немного болѣе нормальнаго. Размѣры таза: Tr. 29.0, Cr. 26.0, Sp. 24.0, Conj. ext. 19.0. Кости таза не толстыя. Разстояніе между задними остями 8.25; крестцово-поясничная ямка находится на 4 см. выше середины линіи, соединяющей заднія верхнія ости. Наружный зѣвъ открытъ на 2½ пальца; околоплодный пузырь сильно напряженъ; предлежитъ подвижная надъ входомъ головка. Promontorium легко достижается. Лонное сочлененіе вышнюю около 5.0 см.; наклоненіе его повидимому нормальное. Conjug. diagon. 11.2—11.5; K 9.2—9.5. Родовыя боли частыя, сильныя, болѣзненные. Пазначенная въ 30° R. ванна не измѣнила характера родовыхъ болей. Въ 8 ч. 45' вечера, при зѣвѣ на 4 пальца истекли воды, послѣ чего черезъ 5' послѣдовало полное открытіе матки. Головка еще немного подвижна, только незначительная часть ея находится во входѣ, предлежитъ твердая часть, на которой ни швовъ, ни родничковъ прощупать нельзя. Въ 9 ч. 45' вечера появились потуги и головка начала врѣзываться. Врѣзываніе и прохожденіе головки продолжалось 1 ч. 10' и происходило какъ при заднемъ видѣ 1-го затылочнаго положенія. Черезъ полчаса вышелъ послѣдъ. Роды продолжались 19 ч. 25'.

Новорожденная дѣвочка вѣсила 2600 граммъ, длина ея 46 см. Размѣры головки: прямой 11, большой косою 12.5, малый косою 10.0, большой поперечный 8.0, малый поперечный 6.75; вертикальный 8.0, окружность 34.0 плечики 11.0 и вертлуга 9.0 см. На правой темянной кости находится темно-багровое пятно длиною въ 7.5 и шириною въ 6.5 см.; спереди пятно оканчивается приблизительно на 1—1.25 см. не доходя до праваго лобнаго бугра, съзади пятно настолько же не доходитъ до праваго лямбдовиднаго шва; нижній край пятна немного не доходитъ до чешуйчатого шва, верхній же край отчасти заходитъ за стрѣловидный шовъ. Периферія пятна довольно рѣзко очерчена.

Пемного выше лобныхъ бугровъ, параллельно съ соединяющей ихъ линіею, находится ярко красная полоса, огдѣленная отъ темно-багроваго пятна небольшимъ промежуткомъ шириною около 0.75 см. Длина этой полосы 6 см.; отъ нея тянется

узкій, короткій, едва отличающийся по цвѣту отъ окружающей поверхности, слѣдъ, направляющийся вкось и немного вверхъ по нижней части лѣвой темной кости.

На лѣвой половинѣ затылочной кости небольшая родовая опухоль, закрывающая только отчасти лѣвый лямбдовидный шовъ и не доходящая до малаго родничка.

Эти знаки съ очевидностью доказываютъ, что головка, находясь надъ входомъ, предлежала правою темяною костью (областью большаго родничка), на что указываетъ темно-багровое пятно. Доказательствомъ того, что это былъ задній видъ темянаго положенія, служитъ ярко красная полоса на лбу, указывающая, что головка упиралась лбомъ въ правую горизонтальную вѣтвь. Судя по тому же темно-багровому пятну, можно предположить, что стрѣловидный шовъ помѣщался недалеко отъ мыса. При дальнѣйшемъ ходѣ родовъ темяное положеніе перешло въ задній видъ перваго затылочнаго положенія, на что указываетъ присутствіе головной опухоли на лѣвой половинѣ затылочной кости и узкая короткая полоса на лѣвой темяной кости.

Несмотря на повышенную температуру во время и родовъ продолжительность ихъ, послѣродовой періодъ протекъ совершенно правильно и родильница на 8 день выписалась здоровою съ ребенкомъ.

Ягодичныя положенія потому неблагопріятны при узкомъ тазѣ, что при извлеченіи, производимомъ даже медленно, весьма легко происходитъ запрокидываніе ручекъ за затылокъ, освобожденіе которыхъ и при нормальномъ тазѣ представляется иногда весьма труднымъ. Затрудненій при освобожденіи ручекъ тѣмъ больше, чѣмъ быстрѣе произведено извлеченіе туловища и чѣмъ больше ручки запрокинуты за затылокъ; въ особенности же трудно освобожденіе ручекъ, даже и незапрокинутыхъ, при заднихъ видахъ ягодичнаго положенія. Чѣмъ болѣе тазъ суженъ, тѣмъ легче запрокидываются ручки. Послѣдующая головка удобнѣе всего проходитъ при плоскомъ тазѣ въ состояніи значительнаго разгибанія, при обще-равномѣрно-суженномъ тазѣ наоборотъ при сильномъ сгибаніи.

## О НЕПРАВИЛЬНОСТЯХЪ ЖЕНСКАГО ТАЗА ВЪ ЧАСТНОСТИ.

**Классификація неправильныхъ тазовъ.** Для болѣе удобнаго обозрѣнія всѣхъ неправильностей женскаго таза, въ частности, онѣ могутъ быть раздѣлены по ихъ вмѣстимости на:

А. Обширные тазы и

В. Узкіе тазы.

Эти послѣдніе по взаимному отношенію размѣровъ полости ихъ раздѣляются на:

а) Равномѣрно суженные тазы, въ которыхъ или совершенно не нарушено взаимное отношеніе размѣровъ, или же оно нарушено относительно мало Сюда относятся:

I. *Малый или обще-равномѣрно-суженный тазъ*

II. *Тазъ карлицъ.*

III. *Тазъ отчасти сохранившій типъ дѣтскаго таза (тазъ кретинокъ).*

б) Неравномѣрно-суженные тазы, въ которыхъ взаимное отношеніе размѣровъ безусловно нарушено. Къ нимъ принадлежатъ:

*I. Плоскіе тазы.*

1. Простой плоскій тазъ.
2. Рахитическій плоскій тазъ.
3. Люксаціонный плоскій тазъ.
4. Обще-сѣуженный плоскій тазъ.

*II. Косые тазы.*

1. Анкилотическій косо-сѣуженный тазъ.
2. Коксалгическій косо-сѣуженный тазъ.
3. Сколіозо-рахитическій косо-сѣуженный тазъ.
4. Кифо-сколіозо-рахитическій косо-сѣуженный тазъ.
5. Тазы съ одностороннимъ вывихомъ бедра.

*III. Поперечно-сѣуженные тазы.*

1. Анкилотическій поперечно-сѣуженный тазъ.
2. Кифотическій поперечно-сѣуженный тазъ.
3. Спондилолистетическій поперечно-сѣуженный тазъ
4. Воронкообразный поперечно-сѣуженный тазъ

*IV. Спавшіеся тазы.*

1. Остеомалатическій спавшійся тазъ.
2. Рахитическій спавшійся тазъ.

*V. Расщепленный или открытый спереди тазъ.*

Кромѣ того различаютъ еще:

*VI. Остистые тазы.*

*VII. Тазы съ новообразованіями.*

*VIII. Тазы закрытые.*

Къ неправильностямъ женскаго таза принадлежитъ также и *не-нормальное наклоненіе его.*

Само по себѣ оно не имѣетъ большаго практическаго значенія, такъ какъ наклоненіе таза находится въ тѣсной зависимости вообще отъ искривленія въ данный моментъ позвоночнаго столба, а потому и измѣняется соотвѣтственно формѣ и величинѣ искривленія позвоночника. Поэтому наклоненіе таза не можетъ быть постояннымъ; по *Meyer'у*, смотря по положенію туловища, оно колеблется у одного и того же субъекта между 40 и 100°; подобнымъ же образомъ оно колеблется въ теченіи родоваго акта, смотря по тому, будетъ ли роженица лежать на твердой или мягкой постели, съ болѣе или менѣе высоко приподнятою верхнею частью туловища, отклоняется ли или прижимается ею подбородокъ къ груди, будетъ ли она при сокращеніи брюшнаго пресса удерживаться руками за кровать и упираться во что нибудь ногами, будетъ ли подъ тазъ подложена твердая подушка или тазъ будетъ помѣщаться глубоко въ постели,—все это измѣняетъ кривизну позвоночнаго столба, величину поясничнаго лордоза и послѣдовательно наклоненіе таза. Въ этомъ можно убѣдиться, подложивъ руку подъ поясницу роженицы, когда она лежитъ горизонтально на спинѣ; мы

замѣтимъ именно, что во время паузы рука свободно помѣщается между поясничнымъ лордозомъ и постелью, во время же родовой боли, въ особенности во время потуги, рука будетъ прижата къ постели. И такъ, ненормальное наклоненіе не можетъ имѣть большаго практическаго значенія, во-1-хъ потому, что оно до извѣстной степени устранимо во время родовъ, и во-2-хъ потому, что ненормальное наклоненіе встрѣчается гораздо чаще не какъ единственная въ данномъ случаѣ, самостоятельная неправильность, но въ связи съ другими болѣе важными неправильностями женскаго таза.

Во время беременности чрезмѣрно сильное наклоненіе таза ведетъ къ сильному наклоненію матки впередъ, къ образованію отвислаго живота; при очень слабомъ наклоненіи, конъюгата проходитъ почти параллельно къ горизонту; поэтому животъ, во время беременности, не выпячивается впередъ и представляется сравнительно малымъ. Во время родовъ вліяніе ненормальнаго наклоненія таза проявляется или затрудненнымъ вставленіемъ предлежащей части (независимо отъ отвислаго живота) при чрезмѣрно сильномъ наклоненіи, или труднымъ прорѣзываніемъ ея, даже съ опасностью разрыва промежности, при чрезмѣрно слабомъ наклоненіи таза. То и другое можетъ быть устранено во время родовъ соответственнымъ положеніемъ роженицы. Для уменьшенія слишкомъ сильнаго наклоненія таза, необходимо роженицѣ придать полусидячее положеніе съ приподнятыми ягодицами такъ, чтобы поясничная область находилась какъ бы на вѣсу, ниже ягодицъ и верхней половины туловища. Для увеличенія чрезмѣрно слабаго наклоненія нужно наоборотъ подъ поясничную область подложить подушку такъ, чтобы поясница находилась выше ягодицъ.

Практически полезныхъ способовъ и инструментовъ для опредѣленія наклоненія таза не существуетъ. Хотя и приблизительное, но въ практическомъ отношеніи достаточное понятіе о наклоненіи таза получаемъ осмотромъ поясничной кривизны позвоночника въ вертикальномъ положеніи женщины; чѣмъ больше кривизна, чѣмъ глубже поясничная область, тѣмъ больше наклоненіе таза, и наоборотъ чѣмъ меньше кривизна, чѣмъ выше область, тѣмъ меньше наклоненіе таза.

Увеличенная *высота* таза въ практическомъ отношеніи имѣетъ еще меньше значенія, чѣмъ наклоненіе его, если только въ то же время тазъ не представляется суженнымъ.

#### А. ОБШИРНЫЕ ТАЗЫ.

Къ этой весьма немногочисленной и разнообразной группѣ принадлежитъ равномѣрно широкой тазъ, *Pelvis justo major s. aequaliter major*, кости котораго пропорціонально увеличены въ длину, ширину и толщину. Характеристика широкаго таза заключается въ томъ, что всѣ размѣры его какъ наружныя, такъ и внутреннія, во всѣхъ отдѣлахъ почти равномѣрно увеличены, и взаимное отношеніе ихъ не нарушено. Поэтому широкой тазъ какъ по наружному виду,



такъ и по формѣ своихъ полостей совершенно соответствуетъ нормальному и отличается отъ него только большею величиною и вмѣстимостью. Увеличеніе діаметровъ весьма рѣдко превышаетъ 2 см. Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ наклоненіе въ обширныхъ тазахъ бываетъ меньше, чѣмъ въ нормальныхъ, и мысъ мало вдается въ полость таза, то входъ его имѣетъ почти круглую форму.

Въ большинствѣ случаевъ одновременно существуетъ и пропорціональное увеличеніе костей всего скелета — высокій ростъ, широкая грудь и прочее; гораздо рѣже чрезмѣрное развитіе костей ограничивается только тазовыми костями. Этіологія обширнаго таза темна; но, принимая во вниманіе равномерность увеличенія и отсутствіе какихъ либо слѣдавъ бывшихъ патологическихъ процессовъ, можно предполагать, что аномалія эта обуславливается или усиленнымъ, но равномернымъ ростомъ костей, или тѣмъ, что зачатки ихъ были слишкомъ велики. Другаго объясненія, на основаніи условій развитія нормальнаго женскаго таза, до сихъ поръ не удалось найти; поэтому съ большою вѣроятностью можно предположить, что обширный тазъ составляетъ эксцессъ фізіологическаго роста тазовыхъ костей.

Во время беременности обширный тазъ предрасполагаетъ къ смѣщеніямъ матки, преимущественно внизъ, причемъ она, совмѣстно съ плодомъ, еще до родовъ опускается въ полость малаго таза, вслѣдствіе чего и подъ вліяніемъ усиленнаго раздраженія нижняго отрѣзка матки, легко могутъ наступить преждевременные роды. Гораздо чаще вслѣдствіе опущенія матки подвергаются болѣе или менѣе сильному давленію тазовые органы, появляются запоры и трудное мочеиспусканіе, выпаденіе рукава, отекъ и варикозныя расширенія венъ наружныхъ половыхъ органовъ и нижнихъ конечностей.

Роды при разсматриваемомъ тазѣ совершаются весьма быстро, подъ часъ не слѣдуя механизму, свойственному правильному тазу. Этому обстоятельству, кромѣ обширности таза, содѣйствуютъ съ одной стороны сильныя потуги, свойственныя въ большей части случаевъ подобнымъ женщинамъ, а съ другой недостатокъ надлежащаго противодѣйствія со стороны родовыхъ путей. Скорые роды нерѣдко бываютъ неблагопріятны какъ для матери, такъ и для младенца. У матери могутъ произойти при этомъ разрывы шейки, рукава, промежности, одной изъ большихъ губъ, или различныя смѣщенія матки, даже выворотъ ея, далѣе выпаденіе предматочника, кровотеченія, тягостныя и продолжительныя послѣродовыя маточныя сокращенія. Для младенца широкій тазъ представляетъ опасность въ томъ случаѣ, если мать не успѣетъ лечь на родовую постель и родить въ стоячемъ положеніи, причемъ во время паденія младенца могутъ произойти трещины черепа, разрывъ пуповины, отрывъ дѣтскаго мѣста, даже разрывъ пупочнаго кольца. Обширность таза располагаетъ къ выпаденію пуповины, одной или нѣсколькихъ конечностей, находя щихся подлѣ подлежащей части, и вообще къ неправильному предлежанію младенца.

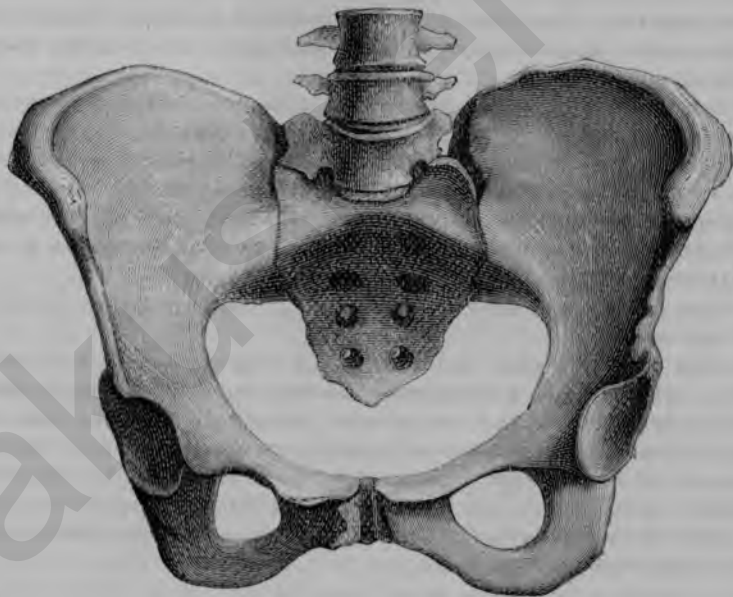
Поэтому при обширности таза совѣтуемъ во время беременности



умѣренность въ тѣлесныхъ движеніяхъ, а во время родовъ—оставаться въ постели въ лежачемъ положеніи съ самаго ихъ начала; въ 3-мъ и 4-мъ періодахъ родовъ не должно вырабатывать потугъ и наконецъ, при прорѣзываніи головки, необходимо раньше и тщательнѣе поддерживать промежность.

Къ разновидностямъ этой группы тазовъ относятся обширные тазы, въ которыхъ увеличеніе діаметровъ преобладаетъ въ одномъ или въ нѣсколькихъ отдѣлахъ полости таза, діаметры же другихъ отдѣловъ или нормальны или сравнительно мало увеличены, какъ то: *широкій воронкообразный тазъ* съ увеличеннымъ входомъ и *обратно-воронкообразный тазъ* съ нормальнымъ входомъ, но съ широкимъ выходомъ. Нѣкоторые экземпляры подобныхъ тазовъ кромѣ неравномѣрной ширины въ различныхъ отдѣлахъ, по толщинѣ костей и по положенію преимущественно крыльевъ подвздошныхъ костей отчасти напоминаютъ мужской тазъ. Асимметрія встрѣчается и въ этой группѣ тазовъ. Привожу описаніе трехъ обширныхъ тазовъ: *одного* неравномѣрно-широкаго асимметрическаго таза, имѣющагося въ коллекціи неправильныхъ тазовъ Родовспомогательнаго Заведенія, къ сожалѣнію, безъ исторіи родовъ; *второго* вполне симметрическаго, но тоже неравномѣрно-широкаго таза, принадлежащаго *д-ру Штолю*, и наконецъ *третьяго*, описаннаго *Scanzoni*.

Фиг. 55.



1) № 10, изъ коллекц. Спб. Р. З. (безъ исторіи родовъ). Неравномѣрно-широкій асимметрическій тазъ, ф. 55. Аномалія развитія праваго крыла, перваго крестцоваго и поперечнаго отростка пятаго поясничнаго позвонковъ.

Кости таза нѣсколько толсты, безъ всякихъ слѣдовъ рахита. Всѣ тазы съ тремя послѣдними поясничными позвонками, безъ кончика, 693 грм. Обѣ подвздошныя кости, своимъ болѣе вертикальнымъ положеніемъ, напоминаютъ мужской тазъ. Правая подвздошная впадина немного глубже лѣвой, въ особенности въ задней половинѣ. Высота

правой и лѣвой половинѣ таза почти одинакова — справа 18.6 см, слѣва — 18.8. Глубина таза 16.5 (бол. т. 7.5 + мал. т. 9.0). *Dist. spin.* 22.5 (19.5), *cristarum* 27.5 (24.0), *Conjugata ext.* 18.0. Заднія ости выдаются надъ крестцовой костью какъ въ нормальномъ тазу, расстояние между ними 7.2; верхняя задняя правая ость на 3 мм. толще лѣвой. Положеніе, видъ и форма крестцовой кости совершенно нормальны. На верхней поверхности праваго крыла перваго крестцоваго позвонка находится возвышеніе, шириною у основанія 2.9. Верхняя поверхность этого возвышенія неправильной формы, съ уступомъ по срединѣ и съ мелкими зубринами по переднему краю; она наклонена снаружи внутрь и спереди назадъ и до мацерации таза была покрыта слоемъ хряща толщиной у края въ 2 мм., при посредствѣ котораго это возвышеніе соединилось съ ненормально развитымъ поперечнымъ отросткомъ пятаго поясничнаго позвонка. Наружный край возвышенія, слегка изогнутый кнутри, составляетъ продолженіе ушковидной поверхности крестца. Передняя и внутренняя поверхность возвышенія не представляетъ ничего особеннаго. Внутренний край на 2 мм. возвышается надъ уровнемъ верхняго края праваго крыла 1-го крестц. п. Между верхнимъ краемъ праваго крыла и нижнимъ краемъ основанія поперечнаго отростка 5-го поясничнаго позвонка имѣется сквозное отверстіе бисвитообразной формы, находящееся на одной продольной линіи съ отверстіями на передней поверхности правой половины крестца. Ширина поперечнаго отростка 5-го поясничнаго позвонка—отъ тѣла позвонка, до наружнаго края—2.6, наибольшая высота отростка 3.6; нижняя поверхность его совершенно соответствуетъ верхней поверхности возвышенія праваго крыла крестцовой кости. Высота крестца спереди 10.3. Ширина основанія крестца 10.5, правая и лѣвая половины его по 5.5; первое правое крыло на 2 мм. длиннѣе лѣваго; крылья остальныхъ крестцовыхъ позвонковъ одинаковой величины. Какъ поперечная, такъ и продольная вогнутость крестца начинаются съ перваго крестцоваго позвонка.

Лонное сочлененіе приблизительно на 1.0 смѣщено вѣтви; высота его 3.6, толщина 1.25. Правая горизонтальная вѣтвь прямѣе лѣвой, на ея верхнемъ краѣ находится мало возвышенная, довольно острая ость, шириною у основанія въ 0.9 см. Высота лонной дуги 4.8, она нормальнаго вида и формы; вѣтви ея расходятся отъ нижняго края симфиза подъ угломъ въ 40°.

Размѣры малаго таза, *входа*: отъ верхняго края перваго крестцоваго позвонка а до верхняго края симфиза или  $K=11.1$ , б) до нижняго края симфиза—*Conjug. diagon.*—12.5 с) до *tuberculum ileo-pub* справа 10.3, слѣва 10.6; д) до крайнихъ точекъ поперечника справа 7.6, слѣва 8.3; поперечный размѣръ 13.5, правый косой 13.2 лѣвый 12.7.

*Размѣры широкой части полости*: прямой 12.8, поперечный 12.8, правый косой 13.1, лѣвый косой 12.8; отъ мѣста соединенія 2 и 3 крестц. позвонковъ до дна вертикальной впадины: справа 9.5, слѣва 10.3.

*Размѣры узкой части полости*: прямой 12.3, поперечный (*Sp. ischii*) 11.8. Поперечный *выхода* 1.7.

*Эпикризь*: Неправильность таза заключается слѣдовательно, во 1-хъ, въ болѣе вертикальномъ положеніи чешуй подвздошныхъ костей и во 2-хъ въ ненормальной округлости какъ входа въ тазъ, такъ и его полости. Округлость входа въ тазъ обусловливается увеличеніемъ косыхъ размѣровъ; кромѣ того, входъ въ тазъ представляется косо-овальнымъ. Въ этомъ случаѣ причина скошенности таза, вѣроятно, обусловлена аномалиею праваго крыла перваго крестцоваго позвонка. Широкая часть полости таза по причинѣ увеличенія поперечнаго (на 0.8) и укороченія косыхъ (на 0.4) представляется еще болѣе округленною, нежели входъ.

|                        | Прямой. | Поперечн. | Прав. кос. | Лѣв. кос. |
|------------------------|---------|-----------|------------|-----------|
| Входъ . . . . .        | 11.1    | 13.5      | 13.2       | 12.7      |
| Широк. часть пол. . .  | 12.8    | 12.8      | 13.1       | 12.8      |
| Узк. часть полости . . | 12.3    | 12.7      | —          | —         |

Округлость же узкой части полости малаго таза зависитъ отъ увеличенія какъ прямаго (+0.8), такъ и, въ особенности, поперечнаго (+1.8). Поперечный *выхода* увеличенъ (на 1.7). Слѣдовательно въ этомъ тазѣ во всѣхъ отдѣлахъ преобладаетъ, главнымъ образомъ, поперечный размѣръ, въ общемъ же тазъ долженъ быть причисленъ къ

обширнымъ тазамъ съ почти круглымъ входомъ; судя же по тому, что увеличены главнымъ образомъ діаметры узкой части полости малаго таза и выхода, тазъ этотъ долженъ быть названъ *нереглярно-широкимъ* (обратно воронкообразнымъ).

2). Тазъ изъ коллекціи д-ра Штоля.

Многорукавая А. Н. III. Женщина, роста выше средняго (160 см.), стройная, крѣпикаго тѣлосложенія, съ довольно толстымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ. За исключеніемъ повторявшагося отъ времени до времени сердцебіенія (порока клапановъ не было) никогда ничѣмъ не страдала. Начала менструировать съ 16-го года, регулы были всегда правильны. Съ замужествомъ, на 20 году, видимо пополнила; черезъ 1½ года забеременѣла въ первый разъ. Въ теченіи всей беременности, за исключеніемъ легкой тошноты по утрамъ, ничѣмъ не страдала. Размѣры таза: *Sp.* 29, *Cr.* 32, *Conj. ext.* 24, *Trochant.* 36 см.; ромбъ *Michaelis'a* отчетливо выраженъ; разстояніе между задними верхними остями 10.0; крестцово-поясничная линия расположена на 4.75 выше середины линіи, соединяющей заднія ости, складки ягодичныхъ мышцъ сходятся на 6.25 ниже середины той же линіи. Роды наступили въ срокъ и протекли весьма бурно. Исслѣдованіе *per vaginam* было крайне болѣзненно, малѣйшее дотрогиваніе до наружныхъ половыхъ органовъ вызывало сильное вздрагиваніе, причемъ *constrictor cunni* видимо сокращался. Съ момента появленія первой родовой боли маточныя сокращенія постепенно усиливались, промежутки между ними правильны. Всѣ мѣры, не исключая и хлороформа, предпринятыя для ослабленія маточныхъ сокращеній и потугъ, были безуспѣшны. Подъ вліяніемъ же ¼ грана *Morphii muriatici* подъ кожу при одновременномъ хлороформированіи родовой боли, не измѣняя силы, стали рѣже. Черезъ 4 ч. 45' отъ начала болѣе прошли воды, повидимому, въ нормальномъ количествѣ, при вполне открытомъ зѣвѣ; родовой боли на короткое время успокоились; определено I затѣлочное положеніе, оба родничка на одномъ уровнѣ въ поперечномъ размѣрѣ широкой части полости малаго таза. Въ теченіи, приблизительно, полчаса по излитіи водъ, маточныя сокращенія были замѣтно слабѣе, но затѣмъ родовая дѣятельность достигла прежней своей силы и приняла характеръ потугъ, вмѣстѣ съ тѣмъ увеличилась и гиперестезія наружныхъ дѣтородныхъ органовъ. Постоянное хлороформированіе. Поль часа спустя, головка начала показываться и во время третьей при врѣзваніи), весьма продолжительной и крайне сильной потуги, она освободилась, при положеніи роженицы на лѣвомъ боку; во время прорѣзванія, головка при первыхъ двухъ потугахъ находилась еще въ поперечномъ размѣрѣ, оба раза по окончаніи потуги она стремительно уходила назадъ, при третьей же потугѣ она освободилась въ косомъ размѣрѣ. Промежность вопреки ожиданія хорошо растягивалась и дѣло обошлось безъ надрыва и разрыва ея. Во время прорѣзванія, гиперестезія наружныхъ дѣтородныхъ органовъ не было. Послѣдъ вышель черезъ 45'. Роды продолжались 6 ч. 45'. Родившаяся дѣвочка вѣсила 3,500 грм.; окружность головки 35, большой косою 13, прямой 11 см. *Placenta* и оболочки не представляли неправильностей. Послѣродовой періодъ протекъ правильно. Кормила дѣвочку сама. Слѣдующія беременности наступали скоро одна за другою; многократно абортировавала и кромѣ того, въ промежуткахъ родила еще 4 раза въ срокъ; продолжительность этихъ родовъ колебалась отъ 2-хъ до 3-хъ часовъ; родовой боли не достигали той силы, какъ при первыхъ родахъ; гиперестезія дѣтородныхъ наружныхъ органовъ была незначительна. *Шестые роды* протекли такъ же быстро, но сопровождались обильнымъ кровотеченіемъ въ V періодѣ. Въ концѣ 4-го дня послѣ родовъ появился потрясающій ознобъ, температура быстро повысилась до 40,80 и къ утру пятыхъ сутокъ обнаружились всѣ признаки общаго воспаленія брюшины, отъ котораго она и умерла на 10-й день. При вскрытіи найдено воспаленіе и тромбозъ лимфатическихъ сосудовъ лѣвой фимбріи, послужившее причиною воспаленія брюшины.

Скелетированный тазъ, ф. 56, вмѣстѣ съ 5 поясничнымъ позв. и кончикомъ, вѣситъ 712 грм., кости его равномерно развиты, нѣсколько толще нормальнаго, подвздошныя впадины мало вогнуты, просвѣчиваютъ. Измѣреніе сдѣлано на свѣже-мацерированномъ тазѣ, причемъ оказалось: высота его 19.0, глубина 17.5. *Dist. spinar.* 29.0 *cristarum* 32.0, *Conjug. ext.* 24.0, между задними остями 10.0, наружные косые размѣры 22.5. Высота крестца спереди 9.6, ширина основанія 11.7; какъ поперечная такъ и продольная вогнутость начинается съ 1-го крестцоваго позвонка. *Входъ въ тазъ* нѣсколько округленнѣе

нормального;  $K=11.8$ . *Conj. diagonalis* 13.5, попер. разм. 14.2, косые 13.2. *Широкая часть полости малого таза*: прямой 12.9, поперечный 12.8, косые 13.4. *Узкая часть*: прямой 12.0, поперечный 10.0. Выходъ таза: прямой 9.5, при отклоненіи копчика назадъ 12.5, поперечный 11.2. Высота симфиза 4.2, толщина 5. Донная дуга широка, губы ея вѣтвей сильно выворочены кнаружи.

Фиг. 56.



*Эпикризь.* Тазъ этотъ представляется не во всѣхъ отдѣлахъ равномерно непрокймъ; больше всего увеличенъ входъ таза, такъ какъ размѣры его равномерно увеличены на 0.7 см., въ узкой части увеличенъ только прямой, а размѣры широкой части полости и выхода таза почти нормальны.

|                    | прямой. | попер. | косые. |
|--------------------|---------|--------|--------|
| Входъ . . . . .    | 11.8    | 14.2   | 13.2   |
| Широкая ч. . . . . | 12.9    | 12.8   | 13.4   |
| Узкая ч. . . . .   | 12.0    | 10.0   | —      |
| Выходъ . . . . .   | 9.5     | 11.2   | —      |

Фиг. 57.



3) Тазъ *Scanzoni*, ф. 57, имѣетъ слѣдующіе размѣры: наружная конъюгата=8" 9", (*conjugata vera*=5" 3"), поперечный діаметръ входа=5" 6", косые діаметры=5" 2", поперечный выхода=4" 6".

## Б. УЗКІЕ ТАЗЫ.

### А. обще равнобѣрно-суженные тазы.

Общей характеристикой этой группы тазовъ служить пропорціонально уменьшенная величина какъ большаго, такъ и малаго таза, приблизительно равнобѣрное укороченіе всѣхъ размѣровъ таза, во всѣхъ отдѣлахъ, и равнобѣрное уменьшеніе вмѣстимости.

Тазы этой группы могутъ быть причислены къ обще-равнобѣрно-суженнымъ, потому что: 1) въ нихъ преобладаетъ не частичное, а общее суженіе, безъ нарушенія симметричности; 2) эти тазы, болѣе чѣмъ другіе, сохраняютъ форму правильнаго женскаго таза, но только въ уменьшенномъ видѣ, и, наконецъ, 3) имъ свойственъ, хотя и особый механизмъ родовъ (см. стр. 84), но приближающійся все-таки къ нормальному. Это послѣднее, въ особенности, относится къ тазамъ, суженнымъ въ умѣренной степени. Нельзя однакоже не указать и на то, что укороченіе діаметровъ бываетъ не во всѣхъ случаяхъ и не во всѣхъ отдѣлахъ таза вполне равнобѣрное; случается, хотя и очень рѣдко, что укороченіе ограничивается только конъюгатой или поперечнымъ размѣромъ входа.

Конечно, между равнобѣрно и неравнобѣрно суженными тазами существуютъ переходныя формы, какъ напр. обще-суженный плоскій тазъ; поэтому-то и различіе между тѣми и другими въ отдѣльныхъ случаяхъ можетъ быть такъ незначительно, что не только при жизни, но и послѣ смерти невозможно съ точностью опредѣлить, къ какой группѣ относится данный тазъ.

Образчиками группы равнобѣрно-суженныхъ тазовъ служатъ:

а) *Обще-равнобѣрно-суженный или равнобѣрно-малый тазъ. Pelvis simpliciter s. aequabiliter justo minor (Naegeler); pelv. nimis parva (Deventer).*

Всѣ кости этого таза равнобѣрно уменьшены въ длину и ширину и представляются гораздо чаще пропорціонально тонкими и стройными, нежели толстыми и неуклюжими; при этомъ, какъ форма, такъ и строеніе и способъ соединенія ихъ между собою не представляютъ никакихъ отклоненій отъ нормы, вслѣдствіе чего сохраняется правильность взаимнаго отношенія діаметровъ, не выходящая изъ нормальныхъ границъ, и тазъ по формѣ вполне соответствуетъ типу правильнаго женскаго таза, но только онъ равнобѣрно уменьшенъ какъ въ цѣломъ, такъ и въ отдѣльныхъ частяхъ; меньшая же величина и высота таза зависятъ отъ равнобѣрнаго уменьшенія всѣхъ костей таза.

Аномалія эта не всегда гармонируетъ съ развитіемъ остальнаго скелета. Безспорно, такой тазъ гораздо чаще встрѣчается у женщинъ малаго роста съ слабымъ тѣлосложеніемъ, но нерѣдко онъ наблюдается также и у женщинъ стройныхъ, высокаго или средняго роста и крѣпкаго тѣлосложенія.

Однакоже тазы эти не всегда представляютъ типическую форму правиль-

наго женскаго таза въ уменьшенномъ видѣ. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ весь тазъ или только отдѣльныя его части отличаются нѣкоторыми особенностями, свойственными мужскому или дѣтскому тазу, какъ то: большою толщиною костей, болѣе вертикальнымъ положеніемъ подвздошныхъ чешуй и крестца, слабымъ выпячиваніемъ мыса, меньшею шириной и вогнутостью крестца, сближеніемъ сѣдалищныхъ бугровъ и узостью лонной дуги. Укороченіе діаметровъ обыкновенно колеблется въ отдѣльныхъ случаяхъ между 0.5 и 2.5 см. По наблюдениямъ же *Гуенбергера*, *Litzmann'a* и др., это укороченіе діаметровъ не всегда выражается равномѣрно во всѣхъ отдѣлахъ таза; довольно часто укороченіе конъюгаты превалируетъ надъ укороченіемъ другихъ діаметровъ, и именно въ тазахъ съ нѣкоторыми особенностями, свойственными типу мужскаго таза, тѣмъ не менѣе взаимное отношеніе діаметровъ не выходитъ изъ границъ колебанія ихъ въ нормальныхъ тазахъ.

Во всякомъ случаѣ опредѣленіе неравномѣрности, въ особенности по отношенію къ поперечнымъ размѣрамъ входа и полости, возможно только на скелетированномъ тазѣ, при жизни же это опредѣляется трудно и притомъ весьма неточно. Изъ 45 случаевъ *Гуенбергера*, въ которыхъ при жизни было опредѣлено только общее суженіе таза, умерло 18 женщинъ, измѣреніемъ же таза на трупахъ въ 9 случаяхъ доказана неравномѣрность суженія. Въ этомъ отношеніи механизмъ родовъ можетъ отчасти указать на неравномѣрность суженія, но ни въ какомъ случаѣ не на степень его.

Тазъ равномѣрно-общесуженный, ф. 58, изъ коллекціи Повивальнаго Института въ С.-Петербургѣ.

При жизни карлицы съ этимъ тазомъ д-ръ *В. Н. Этлингеръ* произвелъ у нея пробаденіе головки, не вынимая щипцовъ, которые паложены были съ цѣлью извлеченія младенца. Нужно замѣтить, что роженица была привезена въ Институтъ черезъ 63 часа отъ начала родовъ почти въ агоніи и умерла на 4-й день. Описаніе сообщилъ проф. *Ө. К. Гуенбергеръ*, стр. 87 его отчета. Главнѣйшіе размѣры: наружная конъюгата=16.25, Conj. diagon. 10.8; К=9.5, прямой діаметръ выхода 8.0, поперечный 7.5.

b) *Тазъ карлицы* — *Pelvis nana (Kilian)*, хотя и сохраняетъ до извѣстной степени форму правильнаго женскаго таза, тѣмъ не менѣе представляетъ нѣкоторыя особенности, свойственныя дѣтскому тазу, почему нѣкоторыми авторами называется также *дѣтскимъ тазомъ*, что справедливо только отчасти. Кости таза карлицъ не только малы, тонки и легки, но нерѣдко на мѣстахъ ихъ соединеній, и преимущественно между крестцовыми позвонками, находится тонкій слой хряща. Эта форма обще-равномѣрно-суженнаго таза вообще встрѣчается весьма рѣдко и то исключительно у женщинъ весьма малаго роста (у карлицъ), съ пропорціонально, по отношенію къ тазу, развитымъ скелетомъ. Укороченіе всѣхъ діаметровъ достигаетъ высокой сте

Фиг. 58.



пени, но не всегда и не во всѣхъ отдѣлахъ оно бываетъ равномерно, нерѣдко укороченіе діаметровъ нижней половины полости малаго таза превалируетъ надъ укороченіемъ діаметровъ верхней половины.

Въ развитіи этой неправильности таза наслѣдственность вѣроятно играетъ большую роль, нежели при другихъ формахъ суженія. Такъ какъ въ тазахъ карлицъ *promontorium* очень мало выдается, то форма входа представляется почти совершенно круглою; поэтому подлежащая часть встрѣчаетъ вездѣ одинаковое сопротивленіе.

Тазъ равномерно-общесуженный, ф. 59, изъ клиники Московскаго университета, описанный д-ромъ Сукочевымъ.

Профессоръ В. И. Кохъ возбудилъ у карлицы на 30 недѣль беременности преждевременные роды, по способу *Kiwisch'a*. Въ 3-мъ періодѣ роды осложнились выпаденіемъ и ущемленіемъ правой ручки, вправленіе которой оказалось невозможнымъ. Убѣдившись, что плодъ извлечь щипцами нельзя, онъ сдѣлалъ прободеніе головки уже мертваго плода и затѣмъ извлекъ его щипцами безъ малѣйшаго затрудненія. Размѣры таза на трупѣ оказались такими же, какъ и при жизни. Всѣ внутренніе діаметры были укорочены на 1",  $K=3"$ , поперечный діаметръ входа 4", прямой діаметръ выхода  $2\frac{1}{2}"$ . Карлица умерла на 4-й день отъ острой послѣродовой болѣзни.

Фиг. 59.



Фиг. 60.



Тазъ изъ Московскаго Воспитательнаго дома, ф. 60.

Профессоръ М. В. Рихтеръ 3-го іюня 1842 г. произвелъ кесарское сѣченіе надъ карлицею, которой принадлежалъ этотъ тазъ. Младенецъ извлеченъ живой, совершенно развитый; онъ умеръ въ Воспитательномъ домѣ, въ грудномъ отдѣленіи, на 4-мъ мѣсяцѣ жизни; мать же умерла отъ остраго воспаления брюшины, которое обнаружилось на 4-й день послѣ операціи.  $K = 2\frac{1}{2}"$ .

Обще-равномерно-суженный рахитическій тазъ карлицы (безъ исторіи), № 1 изъ коллекц. Спб. Р. З. ф. 61.

Тазъ почти симметричный. Кости таза равномерно толсты и плотны, за исключеніемъ сильно просвѣчивающихся вертлужныхъ впадинъ. Рѣзко выраженные слѣды рахита существуютъ только на передней поверхности крестцовой кости; остальные кости таза по отношенію къ величинѣ всего таза нѣсколько непропорціонально толсты и плотны, вслѣдствіе чего тазъ, несмотря на величину свою, кажется тяжеловѣснымъ. Всѣ его (съ пятымъ поясничнымъ позвонкомъ и копчикомъ) = 420 грм. Подвздошныя кости расположены болѣе вертикально, чѣмъ въ нормальномъ тазу. Глубина таза 14.4. Подвздошныя впадины малы, достаточно ясно выражены; *Dist. spinar.* 19.5, *D. cr.* 21.0, наружныя косые размѣры по 17.0. *Conj. ext.* 15.5. Ширина чешуи подвздошныхъ костей (отъ заднихъ остей до переднихъ) 12.2. Задніе ости довольно сильно вы-



даются надъ заднею поверхностью крестца, расстояние между ними 6.1. Крестцовая кость помещается глубоко между подвздошными, сильно наклонена и повернута около поперечной оси вперед, вследствие чего мысь помещается низко. Тѣла первыхъ двухъ крестцовыхъ позвонковъ выдаются надъ уровнемъ крыльевъ, почему верхняя половина передней поверхности крестца представляется не вогнутою а выпуклою; тѣла 3 и 4 кр. позв. слегка выдаются надъ уровнемъ крыльевъ, поперечной вогнутости здѣсь также нѣтъ; отъ мѣста соединенія 2-го кр. позвонка съ 3-мъ начинается продольная вогнутость, достигающая своего maximum'a на серединѣ тѣла 4-го кр. позвонка; соединенія позвонковъ 2-го съ 3, 3 съ 4, 4 съ 5-мъ довольно рѣзко выдаются. Крылья верхнихъ крестцовыхъ позвонковъ не одинаковой толщины. Высота крестцовой кости 9.7, ширина ея основанія 8.1, толщина 6.8. Высота лоннаго сочлененія 3.3, толщина 1.3, ширина 4.9; высота мало закругленной лонной дуги 4.0, губы вѣтвей почти не выворочены наружи. Сѣдалищные бугры сильно раздвинуты. Положеніе и форма вертлужныхъ впадинъ, а также изгибъ боковыхъ стѣнокъ малаго таза, какъ спереди назадъ, такъ и сверху внизъ, нормальны.

Фиг. 61.



Размѣры малаго таза. *Входъ:* К = 7.4, *Conj. diagonalis* 9.2, *d. transvers.* 10.2, *d. obliq.* 9.8, *dist. sacrocot.* 5.3. *Широкая часть* полости: прямой 9.3; поперечный 9.8, косые 9.7. *Узкая часть* пол.: прямой 10.8, поперечный (*sp. ischii*) 10.1, поперечный *выхода* 9.6.

*Эпикризъ.* Толщина и плотность костей, болѣе вертикальное положеніе крыльевъ подвздошныхъ костей, сравнительно узкая крестцовая кость, мало закругленная лонная дуга съ невывернутыми губами напоминаютъ типъ мужскаго таза. Вслѣдствіе сильнаго наклоненія крестцовой кости, діаметры во всѣхъ отдѣлахъ таза неравномерно укорочены; между тѣмъ какъ прямой діаметръ входа и широкой части полости укорочены на 3.5 см., прямой діаметръ узкой части укороченъ только на 0.7, а поперечный узкой части даже равенъ поперечнику этого же отдѣла въ нормальномъ тазу.

|                         | прямой | попер. | косые |
|-------------------------|--------|--------|-------|
| Входъ . . . . .         | 7.4    | 10.2   | 9.8   |
| Широкая часть . . . . . | 9.3    | 9.8    | 9.7   |
| Узкая часть . . . . .   | 10.8   | 10.1   | —     |

Эти двѣ формы равномерно-суженнаго таза въ практическомъ отношеніи гораздо важнѣе нижеслѣдующей формы.

с) *Дѣтскій тазъ.* По виду, формѣ и способу соединенія тазовыхъ костей принадлежащіе сюда тазы почти вполне представляютъ типъ *дѣтскаго таза*. Въ большинствѣ случаевъ такіе тазы находимъ у женщинъ съ недоразвитыми половыми органами, у болѣе или менѣе отставшихъ какъ въ тѣлесномъ, такъ и умственномъ развитіи; тазы эти особенно часто встрѣчаются въ мѣстностяхъ, въ которыхъ случаи кренинизма не составляютъ рѣдкости. Равномерность укороченія діаметровъ въ этихъ тазахъ выражена еще менѣе, нежели въ тазахъ карлицъ; нерѣдко укороченіе поперечныхъ діаметровъ преобладаетъ во всемъ тазѣ. Въ практическомъ отношеніи могутъ имѣть значеніе только случаи сла-



бой степени кретинизма, такъ какъ, при болѣе высокихъ степеняхъ развитія его, генеративная способность у лицъ обоого пола весьма слаба или даже почти не существуетъ. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ наружные половые органы оказываются значительно недоразвитыми, лонная дуга представляется узкою, заостренною напоподобіе лонной дуги въ мужскомъ тазѣ.

Этіологія обще-равномѣрно-суженныхъ тазовъ далеко не ясна. Съ одной стороны существуютъ признаки (форма, величина и образъ соединенія тазовыхъ костей), которые говорятъ въ пользу того, что зачатки тазовыхъ костей еще въ зародышевомъ состояніи были слишкомъ малы (какъ бы въ противоположность обширнымъ тазамъ). Сюда относится большая часть тазовъ, описанныхъ подъ именемъ обще-равномѣрно-суженныхъ. Съ другой стороны встрѣчаются отдѣльные, сравнительно болѣе рѣдкіе тазы съ признаками, свойственными исключительно дѣтскимъ тазамъ; ближайшею причиною происхожденія ихъ можно признать замедленное развитіе тазовыхъ костей или остановку роста, происшедшую въ дѣтскомъ возрастѣ, подъ вліяніемъ какой-либо причины.

Тазы карлицъ въ этіологическомъ отношеніи представляютъ нѣчто среднее: у нихъ рядомъ съ признаками малыхъ зачатковъ костей находимъ и признаки, указывающіе на остановку или замедленіе ихъ развитія, и смотря по тому, какіе изъ этихъ признаковъ преобладаютъ, тазы приближаются или къ описаннымъ подъ именемъ обще-равномѣрно-суженныхъ, что встрѣчается гораздо чаще, или къ дѣтскимъ.

Неправильное развитіе костей, въ свою очередь, зависитъ какъ отъ чрезмѣрно тяжелой, сравнительно съ возрастомъ, работы, такъ и отъ давленія туловища, подъ вліяніемъ котораго, при благоприятныхъ условіяхъ, можетъ произойти преждевременное окостенѣніе соединеній отдѣльныхъ костей таза. Послѣдствіемъ обѣихъ причинъ является парушенное развитіе кости и замедленіе или остановка роста ея.

Замедленное развитіе можетъ обуславливаться также разстройствомъ питанія всего организма (золотуха, сифились, рахить), подъ вліяніемъ котораго не только обезображиваются кости, но и нарушается или задерживается ростъ ихъ.

Тазъ, ф. 62, принадлежалъ 17-ти-лѣтней дѣвушкѣ, страдавшей продолжительное время спондилитомъ грудныхъ позвонковъ и умершей отъ общаго туберкулоза. Задержанное развитіе таза вслѣдствіе общаго истощенія. Даръ д-ра Чошина Спб. Родовск. Заведенію. Тазъ по общему виду симметричный; по положенію же и формѣ крестцовой кости и по способу соединенія костей таза онъ вполне соответствуетъ дѣтскому; кости его тонки, просвѣчиваютъ и весьма порозны, а потому тазъ весьма легковъ и вѣситъ со всѣми поясничными позвонками, безъ копчика и безъ 4 и 5 крестцовыхъ позвонковъ, — 170 грм. Между крестцовыми позвонками и между крыльями первыхъ двухъ крестцовыхъ позвонковъ видны остатки неокостенѣвшаго хряща; точно также между тѣлами подвздошной, сѣдалищной и лонной костей существуетъ выполненный хрящемъ промежутокъ, болѣе рѣзко выраженный слѣва, такъ что со стороны вертлужныхъ впадинъ и боковыхъ стѣнокъ малаго таза весьма ясно видно раздѣленіе безымянной кости; тѣла этихъ костей немного вдаются въ полость таза, отчего верхняя часть ихъ представляется не вогнутою, а выпуклою. *Cristae ilei* не окостенѣли. Подвздошныя впадины слабо выражены, чешуй подвздошныхъ ко-

стей мало наклонены. Высота таза 14.8; глубина его 12.0 (4.8 + 7.2) *Dist. spinar.* 17.8, *cristar.* 19.6, косые 15.75, *conjug. ext.* 12.3, ширина чешуи позвоночной кости 11.5. Задняя ости мало выдаются, расстояние между ними 8.2. Крестцовая кость очень мало наклонена и умеренно выдвинулась между подвздошными костями, почему *promontorium* стоит высокая, передняя поверхность наличных крестцовых позвонков почти совершенно плоская, поперечная вогнутость весьма слабо выражена, глубина ее 0.3; продольная вогнутость совершенно незаметна. Крылья крестцовой кости слабо развиты; ширина основания крестца 7.8. Высота лонного сочленения 3.0, ширина 2.8, толщина 0.7. Размеры малого таза. *Входъ:* прямой 7.7, *conjug. diagonalis* 8.8, поперечный 8.3, косой 9.0, *dist. sacrocotyli.* 5.3. *Широкая часть:* прямой 9.2, поперечный 7.2, косой 8.4. Лонная дуга узкая, высота ее 4.2, губы совершенно невыворочены. *Foramen obturatum* восьмиобразной формы, вследствие выступа местъ соединения нисходящихъ ветвей лонныхъ и восходящихъ сфдалищныхъ. Признаковъ рахита въ тазѣ не имѣется.

|                   | прям. | попер. | косой |
|-------------------|-------|--------|-------|
| Входъ . . . . .   | 7.7   | 8.3    | 9.0   |
| Широк. ч. . . . . | 9.2   | 7.2    | 8.4   |

Фиг. 62.



Воспаление самихъ костей или ихъ сочленений также оказываетъ влияние какъ на ростъ пораженныхъ костей, такъ и на развитие формы таза. Лучшимъ доказательствомъ, насколько велико влияние воспаления костей и ихъ сочленений, можетъ служить описанный ниже тазъ съ окостенѣвшимъ лоннымъ сочленениемъ.

Строгое разграничение причинъ, повліявшихъ на развитие костей таза и, слѣдовательно, на величину его, даже на скелетированномъ тазѣ далеко не всегда возможно; оно затрудняется главнымъ образомъ тѣмъ, что послѣ общаго разстройства питанія (*Rhachitis*) подчасъ не остается

никакихъ слѣдовъ, кромѣ малой величины костей; послѣдняя же сама по себѣ не говоритъ въ пользу той или другой причины.

Въ тѣсной зависимости отъ этихъ этиологическихъ моментовъ находятся какъ равномерность, такъ и степень укороченія диаметровъ таза; укороченіе тѣмъ равномернѣе, чѣмъ больше признаковъ, говорящихъ въ пользу малой величины зачатковъ костей таза; напротивъ, тѣмъ меньше можно ожидать равномерности укороченія диаметровъ таза, чѣмъ больше находимъ признаковъ, указывающихъ на нарушенное развитие костей. Что касается степени укороченія, то чѣмъ меньше были зачатки костей или чѣмъ раньше произошла остановка въ развитіи ихъ, тѣмъ значительнѣе должно быть укороченіе размѣровъ таза; послѣднее достигаетъ впрочемъ высокой степени только въ тазахъ съ признаками

обоихъ этиологическихъ моментовъ. Степень укороченія діаметровъ можетъ быть весьма различна; но такъ какъ укороченными представляются вообще всѣ размѣры, то и незначительное укороченіе ихъ приобрѣтаетъ важное практическое значеніе. При этомъ нужно замѣтить, что незначительная степень укороченія діаметровъ узнается иногда только по теченію родовъ. Въ виду всего сказаннаго, для опредѣленія настоящей конъюгаты по діагональной, приходится дѣлать то большій, то меньшій вычетъ, въ среднемъ 1.5 см.; при этомъ необходимо принять во вниманіе высокое положеніе мыса, вслѣдствіе малаго наклоненія таза, и вертикальное положеніе лоннаго сочлененія. Для діагноза этихъ тазовъ, кромѣ величины, формы и укороченія всѣхъ наружныхъ размѣровъ, важна еще возможность оцунать изслѣдующими пальцами не только всю полость малаго таза, но иногда и входъ.

Что касается частоты обще-равномѣрно-суженныхъ тазовъ, то, по наблюденіямъ однихъ авторовъ, они встрѣчаются весьма рѣдко, по другимъ же, наоборотъ, довольно часто; то и другое до извѣстной степени сираведливо только по отношенію къ отдѣльнымъ видамъ обще-равномѣрно-суженныхъ тазовъ и объясняется отчасти мѣстностью, въ которой производились наблюденія; во всякомъ случаѣ тазы, описанные подъ названіемъ *pelv. justo minor*, встрѣчаются вообще гораздо чаще, нежели остальные двѣ формы.

Въ Спб. Родовспомогательномъ Заведеніи за 10лѣтъ (1870—1880) узкихъ тазовъ было 361, изъ нихъ: 141 или 39,05% обще-суженныхъ, принадлежавшихъ, за исключеніемъ одного таза дѣтскаго типа, къ обще-равномѣрно-суженнымъ или малымъ тазамъ. Большая часть имѣющихся въ нашей коллекціи скелетированныхъ малыхъ тазовъ носятъ явные слѣды бывшаго рахитическаго процесса. По *Gyuenbergery* изъ 94 узкихъ тазовъ на долю малаго таза пришло 47,8%; у *Иноевса* на 17 узкихъ тазовъ—одинъ малый тазъ; по *Peter Müller*'у (въ Бернѣ) изъ 190 узкихъ тазовъ было 87 малыхъ тазовъ или 46,31%.

Обще-равномѣрно-суженный, асимметричный тазъ мужскаго типа съ окостенѣвшимъ симфизомъ, съ 6 крестцовыми позвонками, со слѣдами бывшаго рахитическаго процесса. Изъ коллекціи Спб. Родовспомогательнаго Заведенія. Роды срочные. I Затылочное положеніе. Слабыя боли. Наложеніе щипцовъ. Перфорация и краниоказія. Выжиганіе послѣда по *Credè*. Продолжительность родовъ 45 часовъ. *Colpitis gangraenosa. Endometritis putrida. Lymphangoitis. Phlegmone parauterin. Peritonitis.* Смерть на шестой день послѣ родовъ.

Подъ № 1763, 17-го августа 1880 г. поступила въ Р. Зав. крестьянка Евдокія Семенова 23 лѣтъ, высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, беременная во второй разъ, съ зѣвомъ, открытымъ на мизинецъ. Первая беременность окончилась выкидышемъ. Родовыя боли появились 16. VIII въ 12 часу ночи; до прибытія въ Зав. маточныя сокращенія были слабы и рѣдки. При поступленіи 17. VIII въ 5 ч. 50' утра родовыя боли слабы, I затылочное положеніе, наружные размѣры таза всѣ уменьшены, *Dist. sp.* 22.0,—*cris.* 25.0, *Conj. ext.* 18.0, *D. troch.* 29.0; зѣвъ на мизинецъ, воды наливаются, головка надъ входомъ баллотируется. Пазначены горячіе души. Въ 7 ч. вечера зѣвъ на 3 п., боли слабы; дано *Chinini mur. gr.* X. Въ 11 ч. в. зѣвъ въ томъ же положеніи, пузырь прорванъ, головка вколотилась. 18-го утромъ образовалась порядочная родовая опухоль, t° 37,8°. 18-го въ 1 ч. пополд. зѣвъ почти совершенно открытъ. Головка стоитъ въ томъ же положеніи, роднички не прощупываются; боли рѣдкія и слабыя. t° 38.9. Въ

7 ч. вечера сердцебиение плода слабѣетъ, т° 39. Въ 7½ ч. в. наложены щипцы въ поперечномъ размѣрѣ таза; такъ какъ нѣсколькими сильными тракціями не удалось пизвести головку, то рѣшено было ее перфорировать. Перфорирована правая теменная кость, вблизи малаго родничка; послѣ эксцеребраціи наложенъ краниокласть, сперва на лѣвую лобную кость, затѣмъ на затылокъ и въ третій разъ на правую лобную кость, личико выведено по промежности. Послѣдъ выжатъ по *Credé* въ 8 ч. 40' вечера. Извлеченный вполнѣ доношенный мальчикъ вѣсилъ безъ мозга 3230 грм.

Родильница продолжала лихорадить; съ перваго же дня появились *Colpitis gangraenosa* и *Endometritis putrida*; на шестой день при явленіяхъ общаго воспаленія брюшины больная умерла. При вскрытіи найдено, кромѣ пораженія рукава, матки и брюшины, *Phlegmone parauterin. et Lymphangoitis*.

По очищеніи вырѣзаннаго таза замѣчено полное окостененіе лоннаго сочлененія и присутствіе шестаго крестцоваго позвонка.

Скелетированный тазъ, ф. 63, по наружному виду приближается къ типу мужскаго по слѣд. признакамъ: болѣе вертикальному положенію подвздошныхъ костей, слабо вы-

Фиг. 63.

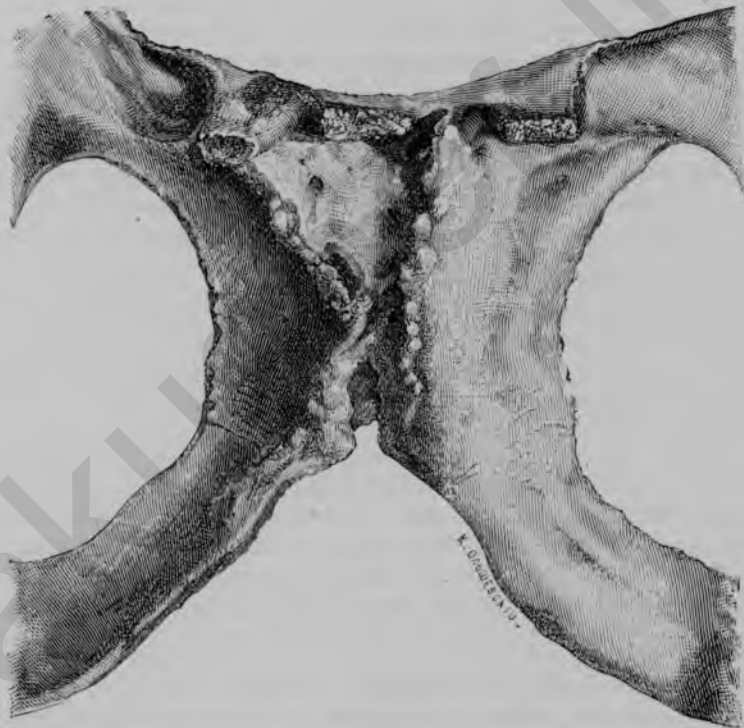


раженнымъ подвздошнымъ впадинамъ, довольно узкой крестцовой кости, малою вогнутости ея передней поверхности, узкой лонной дугъ, съ мало вывернутыми кнаружи губами, и относительно большой высотѣ таза. Слѣды бывшаго рахитическаго процесса находятся во всѣхъ тазовыхъ костяхъ и въ остальной части скелета.

Вѣсъ таза съ 5 поясничнымъ позвонкомъ, безъ кончика, 544 грм.; высота его справа 19.0, слѣва 19.3; глубина всего таза 16.5. На внутренней поверхности почти вертикально стоящихъ подвздошныхъ костей, вдоль гребешковъ, тянется узкая, неглубокая борозда—слѣдъ запоздалаго окостененія хряща. Подвздошныя впадины слегка просвѣчиваютъ. Dist. sp. 21.0,—cr. 25.0. Заднія верхнія ости очень мало выдаются надъ поверхностью крестца, разстояніе между ними 8.3, разстояніе задней верхней ости отъ передней верхней справа 13.7, слѣва 13.0. Наружная конъюгата 17.5. Крестцовая кость мало наклонена впередъ, узка и состоитъ изъ шести позвонковъ съ 5 остистыми отростками и 5 парами крестцовыхъ отверстій. Первый крестцовый позвонокъ составляетъ нижнюю часть задней стѣнки большаго таза; передняя поверхность тѣла его представляетъ не вогнутую въ томъ и другомъ направленіи, а поперечно выпуклую поверхность, совершенно тождественную съ поверхностью тѣлъ истинныхъ позвонковъ. Тѣло перваго кр. позв. повернуто слегка вправо и съ этой стороны представляется болѣе низкимъ, сплюснутымъ слѣва; высота справа 2.6, по срединѣ 2.7, слѣва 2.9. Правое крыло, какъ бы смѣщено къзади; передняя плоская поверхность его обращена почти совершенно вверхъ

и въ сторону; между крыльями 1-го и 2-го крестц. позвонковъ правой стороны находится слѣдъ окостенѣнія, идущій снизу и снизу вверхъ и кнаружи. Положеніе лѣваго крыла перваго кр. позв., болѣе массивнаго, нормально; передняя поверхность его слегка вогнута и не представляетъ никакихъ слѣдовъ окостенѣнія съ лѣвымъ крыломъ 2-го кр. позв. Первое крестцовое отверстіе справа помѣщается болѣе къзади и обращено нѣсколько въ сторону и вверхъ, слѣва же оно помѣщается болѣе спереди и обращено внизъ и скорѣе впередъ, нежели въ сторону. Мѣста соединенія крестцовыхъ позвонковъ (1-го со 2-мъ, 2-го съ 3-мъ, 3-го съ 4-мъ) выдаются въ видѣ поперечныхъ заостренныхъ возвышеній (Rhachitis); болѣе всѣхъ выдается находящееся на уровнѣ входа мѣсто соединенія перваго и втораго кр. позв., тѣла которыхъ сходятся подъ весьма тупымъ угломъ, образуя какъ бы второй или дожный мысъ. Находящійся тутъ межпозвоночный хрящъ, справа нѣсколько болѣе тонкій, прикрытъ на концахъ тонкими костными пластинками. Срединная линія тѣлъ 2, 3 и 4 кр. позв. вполне соответствуетъ продольной линіи туловища, тѣла же 5 и 6 позв. повернуты немного вправо. Остистый отростокъ перваго крестцоваго позвонка немного отклоненъ влѣво; у основанія его находится сквозное отверстіе. Высота крестцовой кости: отъ настоящаго мыса до верхушки крестца 12.5, отъ ложнаго мыса 9.7; ширина основанія ея 10.0. Поперечная вогнутость крестца начинается только со втораго крестцоваго позвонка. Передняя поверхность тѣлъ втораго и третьяго кр. позв. представляется плоскою; замѣтная продольная вогнутость начинается только отъ верхняго края 4 и достигаетъ *максимума* въ нижней трети того же позвонка, гдѣ глубина ея = 2.5 см.

Фиг. 64.



Симфизъ, а также лонныя кости въ высокой степени обезображены, обѣ половины лоннаго сочлененія по величинѣ болѣе рознятся другъ отъ друга, нежели остальныя части правой и лѣвой половины таза. Симфизъ безусловно неподвиженъ вслѣдствіе полнаго окостенѣнія. Передняя поверхность его (ф. 64) въ высшей степени обезображена и представляетъ продольную, неправильнаго вида и неодинаковой ширины (вверху 1.5, внизу 0.5) и глубины впадину, окаймленную неправильно зазубренными краями

въ видѣ остей, бугровъ и гребешковъ; дно впадины образуетъ въ нижней  $\frac{1}{3}$  крутой уступъ до  $\frac{1}{2}$  толщины всего симфиза; на изрытой поверхности дна находится нѣсколько глухихъ отверстій; на задней поверхности симфиза имѣется довольно ясный слѣдъ око-стенія.

Задняя поверхность правой половины лоннаго сочлененія вообще довольно ровная, но въ верхней трети она въ поперечномъ направленіи нѣсколько вогнута; задняя же поверхность лѣвой половины представляетъ сверху до низу продольную выпуклость, въ которую переходитъ поперечная вогнутость правой половины. На задней выпуклой поверхности лѣвой половины лоннаго сочлененія, именно по срединѣ его, находится слегка заостренное небольшое возвышеніе, которое своимъ видомъ и очертаніемъ, по не величюю, напоминаетъ границу лоннаго сочлененія; вълѣдствіе этого возвышенія лѣвая половина задней поверхности лоннаго сочлененія больше вдается въ полость таза, нежели правая. Верхняго края лоннаго сочлененія не существуетъ, вмѣсто него имѣется плоскость съ двумя зазубренными отросткамъ, составляющая непосредственное продолженіе задней поверхности лоннаго сочлененія. Отростки эти въ видѣ навѣса выдаются далеко впередъ и книзу и переходятъ въ выше описанную переднюю поверхность; изъ нихъ лѣвый, болѣе выдающійся надъ поверхностью, уже и тоньше, нежели правый болѣе массивный. Высота лоннаго сочлененія 4.4, толщину съ точностью опредѣлить нельзя, по на видѣ оно представляется неравномерно утолщеннымъ; верхняя половина его, болѣе чѣмъ вдвое, толще нижней. правая же тоньше лѣвой (2.3 и 2.8). Обѣ половины лоннаго сочлененія сходятся подъ угломъ около  $80^\circ$ . Ширина передней поверхности по срединѣ справа 2.0, слѣва 2.6; приблизительная высота ея справа 2.3, слѣва 2.8. Все лонное сочлененіе немного смѣщено вправо. Правая горизонтальная вѣтвь толще и короче лѣвой; толщина ея надъ овальнымъ отверстіемъ какъ спереди назадъ, такъ и сверху внизъ—1.7, длина ея отъ верхней поверхности *Synostosis pubo-iliacae* до середины верхней поверхности (края) лоннаго сочлененія 6.4; толщина лѣвой горизонтальной вѣтви сверху внизъ 1.5, спереди назадъ 1.8, длина 7.3. Обѣ горизонтальныя вѣтви оканчиваются вышеупомянутыми отросткамъ. Отростки эти отдѣлены другъ отъ друга расщелиной въ 0.5, лежащей вѣво отъ срединной линіи. На верхней поверхности горизонтальныхъ вѣтвей находится по одному заостренному гребенку, изъ которыхъ лѣвый почти прямолинейный начинается у самаго *Synostosis pubo-iliaca* и оканчивается, не доходя (1.0) до отростка лѣвой горизонтальной вѣтви, длина этого гребешка 5.5; правый гребешокъ начинается на разстояніи 1.4 отъ синостога выступомъ и оканчивается, не доходя меньше сантиметра до отростка правой горизонтальной вѣтви; правый гребешокъ тянется въ видѣ дуги, открытой впередъ. Подъ правымъ гребешкомъ, по длинѣ его и какъ бы въ существѣ горизонтальной вѣтви, находится овальная ямка съ мелко-шероховатымъ дномъ (предполагаемое мѣсто прикрѣпленія lig. Poupartii); наиболѣе глубокая и широкая часть этой ямки обращена къ лонному сочлененію.

Нисходящія вѣтви лонныхъ костей неодинаковой величины, правая тоньше, уже и короче лѣвой; расходятся онѣ подъ угломъ приблиз. въ  $85^\circ$ . Правая губа лонной дуги тоньше и уже чѣмъ лѣвая и менѣе чѣмъ послѣдняя вывернута наружи. Находящійся на ней верхній отростокъ меньше, чѣмъ сидящій на лѣвой губѣ и имѣющій видъ толстаго и длиннаго валика. Вообще лонная дуга узкая, мало закругленная. Ширина восходящихъ сѣдалищныхъ вѣтвей въблизи сѣдалищныхъ бугровъ одинакова, у мѣста же соединенія ихъ съ нисходящими лонными правая замѣтно уже лѣвой. Расстояніе между сѣдалищными буграми = 9.2

Дно лѣвой вертлужной впадины немного просвѣчиваетъ.

Размѣры входа: *отъ настоящего мыса*: а) къ симфизу,  $K = 10.0$ . б) къ нижнему краю симфиза (*Conj. diag.*) 12.5, в) *ad tuberculum ileo-pubicum* справа 9.5, слѣва 9.2, д) къ концамъ поперечнаго размѣра справа 7.2, слѣва 7.9; тѣ же размѣры *отъ ложнаго мыса* а — 9.4, б — 11.0, справа в — 9.0 и д 8.6, слѣва — в 7.0 и д 7.2; поперечный размѣръ 12.0, правый косой 11.1, лѣвый косой 11.4. Входъ неправильнаго очертанія: задняя часть части полости: *отъ мѣста соединенія 3 и 4 (вмѣсто 2 и 3) крестцовыхъ позвонковъ*: а) къ срединѣ задней поверхности *synostosis pubica* 10.1, б) къ срединѣ дна вертлужной

впадины справа 9.0, слѣва 8.8; с) *ad spinam ischii* справа и слѣва по 6.7; поперечный размѣръ 10.9, правый косой 10.9, лѣвый косой 11.3. Размѣры узкой части полости, *отъ верхушки крестца*: а) до нижняго края симфиза 9.6, б) до сѣдалищныхъ бугровъ справа 7.8, слѣва 7.5; поперечный (*spin. ischii*) 8.9. Поперечный выхода 9.2.

|                   | прямой | попереч. | прав. кос. | лѣв. кос. |
|-------------------|--------|----------|------------|-----------|
| Входъ. . . . .    | 10.0   | 12.0     | 11.1       | 11.4      |
| Широк. ч. . . . . | 10.1   | 10.9     | 10.9       | 11.3      |
| Узкая ч. . . . .  | 9.6    | 8.9      | —          | —         |

Описанный тазъ принадлежитъ къ числу весьма рѣдкихъ. Къ величайшему сожалѣнію, отсутствіе анамнеза лишаетъ всякой возможности объяснить даже приблизительно найденныя измѣненія. Можно допустить, что эти послѣднія и въ особенности въ симфизѣ составляютъ послѣдствія бывшаго въ дѣтствѣ воспалительнаго процесса и присоединившагося къ нему рахита, который въ различныхъ костяхъ таза, повидному, проявлялся не въ одинаковой степени.

## Б. Неравномѣрно-сѣуженные тазы.

Между всѣми неправильными тазами первое мѣсто по частотѣ занимаютъ плоскіе тазы.

### І. Плоскіе тазы.

Они отличаются тѣмъ, что передняя и задняя стѣнки таза сближены между собою, причемъ конъюгата, а иногда и прочіе прямые размѣры укорочены, поперечные же чаще всего бываютъ удлинены, иногда нормальны и рѣже всего укорочены. Между плоскими тазами чаще встрѣчаются такіе, въ которыхъ сѣуженіе во входѣ выражено сильнѣе, нежели въ другихъ отдѣлахъ, т. е. въ которыхъ укороченіе конъюгаты преобладаетъ надъ укороченіемъ остальныхъ прямыхъ размѣровъ; притомъ укороченіе это можетъ быть настолько незначительнымъ, что его невозможно опредѣлить не только измѣреніемъ, но и наблюденіемъ за механизмомъ родовъ, даже у многорожавшихъ, почему такіе тазы легко просматриваются; и наоборотъ оно можетъ быть настолько велико, что представляетъ серьезныя препятствія для прохожденія головки плода.

Сѣуженіе разсматриваемыхъ тазовъ обуславливается смѣщеніемъ крестцовой кости: 1) она можетъ цѣликомъ податься болѣе или менѣе значительно впередъ и въ то же время опуститься нѣсколько внизъ; вслѣдствіе этого всѣ прямые размѣры укорачиваются равномерно и крестцовая кость представляется глубже и ниже лежащею между подвздошными костями; 2) крестцовая кость можетъ повернуться около поперечной оси такъ, что основаніе ея приблизится къ симфизу, а верхушка, напротивъ, отодвинется къзади, вслѣдствіе этого укоротятся преимущественно прямые размѣры верхней половины полости таза, прямые же размѣры нижняго отдѣла останутся нормальными или даже удлинеными, и наконецъ 3) верхняя часть крестца повертывается около поперечной оси впередъ, нижняя же половина нѣсколько приближается къ лонному сочлененію, вслѣдствіе этого прямые размѣры укорачиваются неравномѣрно, а именно: прямые діаметры входа и выхода будутъ



болѣе укорочены, нежели прямой размѣръ широкой части полости. Одновременно со смѣщеніемъ крестцовой кости измѣняется въ большей или меньшей степени и вогнутость ея какъ въ поперечномъ, такъ и въ продольномъ направленіи.

По причинѣ смѣщенія впередъ всего крестца или только верхней половины его напрягаются неподатливыя, упругія, заднія крестцово-подвздошныя связи, вслѣдствіе чего заднія ости, а съ ними и заднія части подвздошныхъ костей, слѣдую за движеніемъ крестца, приближаются одна къ другой, разстояніе между ними уменьшается и вмѣстѣ съ этимъ происходитъ увеличеніе кривизны безъимянной линіи и относительное или абсолютное увеличеніе поперечныхъ размѣровъ таза съ послѣдующимъ уменьшеніемъ вогнутости лоннаго сочлененія и приближеніемъ его къ мысу.

Плоскіе тазы особенно часто встрѣчаются въ бѣдномъ классѣ; развитіе ихъ относится къ дѣтскому возрасту и объясняется съ одной стороны усиленнымъ и неравномѣрнымъ (вообще неправильнымъ) давленіемъ туловища на крестецъ, какъ это бываетъ, напр., при раннемъ и продолжительномъ сидѣніи, при непосильномъ ношеніи тяжести, а съ другой стороны замедленнымъ (вообще нарушеннымъ) развитіемъ костей, въ особенности же размягченіемъ ихъ эпифизовъ вслѣдствіе рахита. Безъ сомнѣнія, эти причины не всегда проявляются одновременно и въ одинаковой степени, поэтому и послѣдствія ихъ бываютъ не одинаковы. Часто невозможно даже съ достовѣрностію указать на ту или другую причину, повліявшую на развитіе разбираемой неправильности таза, т. е. трудно опредѣлить, произошло ли суженіе подъ вліяніемъ усиленнаго давленія или рахитическаго процесса, или же отъ совмѣстнаго вліянія обѣихъ причинъ. Извѣстно, что рахитъ не всегда оставляетъ послѣ себя замѣтные слѣды; можетъ случиться, напр., что въ дѣтствѣ укороченію размѣровъ благоприятствовали оба только что упомянутыя условія, но рахитъ не достигъ высокой степени развитія и съ теченіемъ времени, при благоприятныхъ обстоятельствахъ и при соотвѣтственномъ лѣченіи, постепенно уменьшился настолько, что по наружному виду нѣтъ возможности отличить кости такого таза отъ нормальныхъ. Слѣды рахитическаго процесса иной разъ сглаживаются до такой степени, что одинъ и тотъ же скелетированный тазъ одними принимается за рахитическій, другими за нерахитическій простой плоскій тазъ. Подобные экземпляры „спорныхъ тазовъ“ составляютъ переходъ къ нормальнымъ тазамъ.

Такъ какъ не только анамнезъ, но и самое тщательное наружное и внутреннее изслѣдованіе таза и даже присутствіе рахитическихъ измѣненій на нѣкоторыхъ костяхъ скелета не всегда позволяютъ съ положительностію заключить о томъ, были-ли въ дѣтствѣ тазовыя кости поражены рахитомъ или нѣтъ, то нельзя не признать, что раздѣленіе плоскихъ тазовъ на простые (нерахитическіе) и на рахитическіе не имѣетъ практическаго значенія. Въ каждомъ представившемся случаѣ гораздо важнѣе опредѣлить плоскій тазъ, нежели ближайшую при-



чину уплощенія его, ибо для механизма и теченія родовъ совершенно безразлично, произошло-ли уклоненіе въ формѣ и въ величинѣ вслѣдствіе одного только усиленнаго давленія туловища, или этому одновременно содѣйствоваль еще и рахитъ; прибавимъ только, что болѣе значительное укороченіе конъюгаты—до 8 см.—свойственно исключительно рахитическимъ плоскимъ тазамъ, отдѣльныя части которыхъ представляютъ кромѣ того еще и другія обезображенія; укороченіе же конъюгаты до 10—9 цтм. встрѣчается одинаково какъ при простыхъ, такъ и при рахитическихъ плоскихъ тазахъ.

#### а) Простой плоскій тазъ.

Простой плоскій тазъ съ перваго взгляда кажется похожимъ на нормальный, но при болѣе внимательномъ изслѣдованіи и измѣреніи оказывается, что величина и вѣсъ костей немного уменьшены. Крестцовая кость представляется болѣе узкою и подавшеюся цѣликомъ впередъ, но въ то же время она не повернута около поперечной оси, какъ это бываетъ въ рахитическомъ плоскомъ тазѣ, вслѣдствіе чего, во-1-хъ, наклоненіе крестцовой кости не увеличено и чаще всего соотвѣтствуетъ наклоненію ея въ нормальномъ тазѣ, рѣже наклоненіе слегка уменьшено; во-2-хъ, крестцовая кость помѣщается нѣсколько глубже между подвздошными костями; въ 3-хъ, прямые діаметры и особенно входа и полости представляются равномѣрно укороченными, между тѣмъ какъ въ рахитическомъ плоскомъ тазѣ такого равномѣрнаго укороченія не бываетъ. Заднія подвздошныя ости нѣсколько болѣе выстоятъ надъ заднею поверхностью крестцовой кости; разстояніе между ними сравнительно меньше, нежели въ нормальномъ тазѣ; промежутки между остистыми отростками крестцовыхъ позвонковъ и задними остями той и другой стороны представляются менѣе широкими, но зато болѣе глубокими. Кривизна гребенковъ подвздошныхъ костей болѣе рѣзко выражена, въ особенности въ своей задней части; соотвѣтственно этому увеличена и кривизна безимьянной линіи. Поперечные размѣры большаго таза чаще всего бываютъ укорочены, гораздо рѣже они достигаютъ средней величины этихъ размѣровъ въ нормальномъ тазѣ; взаимное ихъ отношеніе нерѣдко измѣнено, хотя и весьма мало. Разстояніе между вертлугами на 2—3 см. менѣе, нежели въ нормальномъ тазѣ.

При внутреннемъ изслѣдованіи плоскаго таза найдемъ: небольшое, едва замѣтное уменьшеніе вогнутости задней поверхности лоннаго сочлененія, меньшую ширину и болѣе вертикальное положеніе его, трудно доступныя боковыя стѣнки таза, почти нормально вогнутую какъ въ поперечномъ, такъ и въ вертикальномъ направленіи и легко доступную крестцовую впадину, наконецъ низко стоящій и потому легко достигаемый мысъ.

Такъ какъ простой плоскій тазъ, преимущественно же входъ его, растянутъ въ поперечномъ направленіи вслѣдствіе смѣщенія крестца впередъ, то поперечный діаметръ входа помѣщается ближе къ мысу, и всѣ

вообще поперечные размеры малаго таза по отношенію къ прямымъ представляются увеличенными, сравнительно же съ поперечными размерами нормальнаго таза они чаще немного уменьшены или равны имъ, рѣже увеличены

Такъ какъ смѣщеніе крестца клереди при простомъ плоскомъ тазѣ не достигаетъ значительной степени, то укороченія конъюгаты менѣе 8 см. не бываетъ. При опредѣленіи истинной конъюгаты посредствомъ діагональной необходимо обращать вниманіе на положеніе лоннаго сочлененія какъ для болѣе точнаго измѣренія діагональной, такъ и для опредѣленія цифры вычета; чѣмъ больше лонное сочлененіе наклонено къзади, тѣмъ больше долженъ быть вычетъ и наоборотъ. Въ обыкновенныхъ случаяхъ, принимая во вниманіе низкое стояніе мыса и болѣе вертикальное положеніе лоннаго сочлененія, при опредѣленіи длины *K* достаточно изъ цифры, полученной для діагональной конъюгаты, вычесть отъ 1.5 до 1.8 см. Въ простомъ плоскомъ тазѣ, даже при болѣе высокой степени суженія, мнѣ не приходилось наблюдать такъ называемаго втораго или ложнаго мыса, т. е. возвышенія въ видѣ валика, выдающагося въ полость таза на мѣстѣ соединенія 1-го и 2-го крестц. позвонковъ. Не отвергая возможности присутствія этой аномалии въ простомъ плоскомъ тазѣ, считаю нужнымъ замѣтить, что одновременное существованіе втораго мыса и значительнаго пониженія крестцовой кости, при болѣе высокой степени суженія, весьма сомнительно; по крайней мѣрѣ въ большинствѣ видѣнныхъ мною случаевъ этого рода тазовъ существовали признаки рахита; тамъ же, гдѣ этихъ признаковъ не было, не существовало и значительнаго пониженія крестцовой кости, присутствие же втораго мыса объяснялось или каріознымъ процессомъ или окостенѣніемъ межпозвоночнаго хряща между тѣлами 2-го и 3-го крестц. позвонковъ. Въ одномъ изъ послѣднихъ случаевъ существовало 6-ть крестцовыхъ позвонковъ.

Такъ какъ второй мысъ помѣщается ниже настоящаго, и слѣдовательно разстояніе его отъ лоннаго сочлененія короче конъюгаты, то во время родовъ и препятствіе со стороны его должно быть больше. Въ виду этого при опредѣленіи настоящей конъюгаты необходимо принять во вниманіе второй мысъ и вторую, ложную, діагональную конъюгату.

Что касается до тѣлосложенія женщинъ съ простымъ плоскимъ тазомъ, то оно не представляетъ рѣзкихъ особенностей.

О механизмѣ родовъ при плоскомъ тазѣ см. стр. 81.

Привожу случай родовъ при простомъ плоскомъ тазѣ, наблюдавшійся въ Спб. Родовсп. Зав., и описаніе скелетированнаго таза изъ коллекціи этого Заведенія

Срочные роды. Преждевременное излитіе водъ. Вставленіе головки лбомъ, послѣдующій переходъ въ лицевое положеніе. Судорожныя боли. Исходъ благополучный.

Въ 1871 году, подъ № 1801, поступила въ Заведеніе I-рага, 17 лѣтъ, съ зѣвомъ, открытымъ только на палець, и со слабыми родовыми болями, продолжающимися уже болѣе сутокъ. Размеры таза: *Troch.* 30, *Sp.* 26, *Cr.* 28, *Conj ext.* 18. Предложить лобъ. Черезъ 24 часа по поступленіи, при зѣвѣ, открытомъ на палець, истекли воды; спустя

6 часовъ головка фиксировалась во входѣ, и тогда удалось достигнуть до края верхней челюсти, ниже же всего стоялъ лобъ, на которомъ уже образовалась родовая опухоль. Спазматическія боли,  $t^{\circ}$  повышена. Послѣ 2-хъ ваннъ и приема внутрь *Chloral. hydrati gr. XV* зѣвъ сталъ довольно быстро раскрываться; подбородокъ опустился ниже, постепенно поворачиваясь влѣво и впередъ, и при сильныхъ потугахъ подошелъ подъ лопное сочлененіе. Лицо и головка прорѣзались между правымъ косымъ, и прямымъ размѣромъ таза. Роды продолжались 91 часъ. Младенецъ родился въ легкой асфиксїи, но скоро оживленъ; вѣсъ его 3360 грм., длина 54 см. Родовая опухоль занимала большую часть лба (за исключеніемъ правой наружной части его), переносе, лѣвый глазъ и верхнюю часть лѣвой щеки. На 13-й день родильница съ ребенкомъ выписалась здоровою.

Плоскій тазъ (безъ исторїи) изъ коллекціи Сиб. Родовсп. Зав., фиг. 65. Тазъ представляется вполне симметричнымъ безъ всякихъ слѣдовъ рахита; высота его

Фиг. 65.



19, глубина 17 см. Кости таза по отношенію другъ къ другу пропорціонально развиты; наклоненіе подвздошныхъ костей нормально; подвздошныя впадины слегка просвѣчиваютъ, кривизна гребешковъ не представляетъ замѣтнаго отклоненія отъ нормы; заднія ости довольно значительно выдаются надъ поверхностью крестца, разстояніе между ними уменьшено=7.5; *Sp.* 25.0, *Cr.* 26.5, *косые* 22.0, *Conj. ext.* 15.0. Форма и наклоненіе крестцовой кости нормальны, высота ея=10.0, ширина основанія 11.9. Поперечная и продольная вогнутости уменьшены; высота лопнаго сочлененія 3.8, толщина 1.2; сѣдалищные бугры нѣсколько сближены, разстояніе между ними 9.7. Лонная дуга узка, вѣтви ея расходятся подъ угломъ около  $80^{\circ}$ , губы вѣтвей мало выворочены кнаружи, особенно справа.

|                            | прямой. | поперечн. | косой: |
|----------------------------|---------|-----------|--------|
| Входъ таза. . . . .        | 9.1     | 13.8      | 12.9   |
| Широкая часть пол. . . . . | 11.2    | 12.6      | 13.1   |
| Узкая часть . . . . .      | 9.8     | 10.5      | —      |

Этотъ тазъ представляетъ весьма характерныя измѣненія, свойственныя вообще плоскому тазу. Отсутствие въ немъ явныхъ слѣдовъ рахита неоспоримо доказываетъ, что

дѣйствительно существуютъ нерахитическіе (простые) плоскіе таза. Равномѣрное укороченіе всѣхъ прямыхъ (на 1.5—1.9) и еще болѣе равномѣрное увеличеніе всѣхъ поперечныхъ размѣровъ (на 0.3—0.6) съ положительностью указываетъ на то, что крестцовая кость дѣлкомъ подалась впередъ, но не повернулась около поперечной оси. Въ общемъ высота таза нѣсколько уменьшена вслѣдствіе сравнительно малаго развитія подвздошныхъ чешуи и относительной короткости крестцовой кости. Малая ширина лонной дуги объясняется относительно большимъ сближеніемъ сѣдалищныхъ бугровъ, уменьшеніемъ поперечника выхода и слабымъ выворотомъ губъ ея вѣтвей кнаружи.

## в) РАХИТИЧЕСКІЙ ПЛОСКІЙ ТАЗЪ.

**О рахитѣ вообще и о вліяніи его на форму таза.** Рахитъ, какъ извѣстно, есть болѣзненное разстройство правильнаго образованія и развитія костной ткани; онъ обнаруживается исключительно въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, въ эпоху наиболѣе быстраго роста скелета, а въ нѣкоторыхъ весьма рѣдкихъ случаяхъ даже во время утробной жизни (*Rhachitis foetalis*). Чаше всего болѣзнь эта развивается въ первые два года жизни, гораздо рѣже въ послѣдующіе годы и никогда не наблюдается послѣ окончанія роста костей.

Процессъ, лежащій въ основѣ этого болѣзненнаго разстройства, весьма близокъ къ воспалительному процессу и заключается, какъ уже давно дознано, въ чрезмѣрномъ усиленіи нормальной гиперплазии внутренняго образовательнаго слоя надкостницы и хрящевой ткани, изъ которыхъ развивается кость; далѣе въ преждевременномъ отживаніи и всасываніи гиперплазированныхъ элементовъ; затѣмъ въ недостаточномъ отложеніи костныхъ солей или даже въ совершенномъ прекращеніи этого отложенія въ молодую костную ткань, образуемую костнымъ мозгомъ, также съ своей стороны гиперплазирующимся, и наконецъ въ болѣе или менѣе сильномъ увеличеніи нормальнаго всасыванія уже образованной костной ткани. На каждой отдѣльной кости разстройство выражается сильнѣе въ тѣхъ отдѣлахъ, которые растутъ быстрѣе, именно на эпифизахъ трубчатыхъ костей, въ томъ числѣ на ребрахъ и на краяхъ плоскихъ костей, каковы черепныя; въ діафизахъ-же трубчатыхъ костей и соответствующихъ имъ срединныхъ частяхъ плоскихъ костей процессъ обыкновенно развивается слабѣе всего. Не во всѣхъ костяхъ скелета процессъ проявляется одновременно и въ одинаковой степени; точно также и теченіе болѣзни неодинаково: то она протекаетъ относительно быстро, въ острой формѣ, то является недугомъ хроническимъ. Въ результатѣ болѣзни оставляетъ послѣ себя обезображеніе формы костей и цѣлыхъ отдѣловъ скелета, болѣе или менѣе значительное и важное для послѣдующей жизни.

Вообще же результаты процесса таковы: эпифизные хрящи, долгое время остающіеся припухшими и размягченными, задерживаютъ на болѣе или менѣе продолжительное время слитіе діафизовъ съ эпифизами и апофизами, отчего ростъ костей въ длину замедляется, а послѣдовательно задерживается ростъ всего скелета и нарушается правильность его постановки. Рыхлыя, недостаточно плотныя массы костной ткани, обра-

зуюціяся помощью періостального и эндохондрального окостенѣнія, консолидируются поздно, кость становится мягкой, податливою, легко измѣняющею свою форму подъ вліяніемъ тяжести тѣла, напряженія мышц и связокъ а также и отъ другихъ причинъ. Естественные, физиологическіе изгибы костей или увеличиваются въ своихъ размѣрахъ, или же получаютъ другое направленіе. На трубчатыхъ костяхъ образуются искривленія (*incurvationes*), иногда эти кости надламываются (*infractioes*), хотя истинные переломы встрѣчаются рѣдко (ф. 66, Елена Петерсъ).

По окончаніи рахитическаго процесса кости таза по виду бываютъ или нормальны, если процессъ не былъ особенно сильно развитъ, или атрофированы до такой степени, что отдѣльныя части ихъ представляются чрезвычайно тонкими, просвѣчивающимися, напр. въ подвздошныхъ и вертлужныхъ впадинахъ, или же напротивъ онѣ очень плотны и толсты съ гиперостозами въ видѣ остей на мѣстахъ прикрѣпленія мышечныхъ сухожилій. Несмотря однако на это, тазы эти сохраняютъ вообще ту именно неправильную форму, которую они пріобрѣли въ теченіи рахита, и по величинѣ бываютъ значительно меньше нормального, вслѣдствіе чего и представляются относительно малыми и низкими. Въ какой бы степени ни было нарушено развитіе тазовыхъ костей подъ вліяніемъ рахитическаго процесса, послѣдній самъ по себѣ не обуславливаетъ все-таки какой либо характерной формы таза, свойственной только рахиту; напротивъ и здѣсь, какъ и при нормальномъ развитіи тазовыхъ костей, на форму ихъ, а равно на форму самого таза преимущественно вліяетъ: сверху давленіе туловища на крестецъ, а снизу —противодѣйствіе въ вертлужныхъ впадинахъ при стоячемъ положеніи и на мѣстѣ сѣдалищныхъ бугровъ при сидячемъ положеніи. Къ этому слѣдуетъ присовокупить еще одну немаловажную причину, сильно вліяющую на форму тазовыхъ костей, именно сокращеніе мышцъ. Въ виду того, что рахитическій процессъ далеко не всегда въ одинаковой степени поражаетъ всѣ отдѣлы таза и не ограничивается только костями его, форма самого таза находится въ прямой зависимости не столько отъ степени развитія въ немъ рахита, сколько отъ распространенія этого процесса на другія части скелета и главнымъ образомъ на позвоночный столбъ, форма котораго, какъ мы увидимъ ниже, имѣетъ громадное вліяніе на смѣщеніе отдѣльныхъ костей, на симметричность, форму и наклоненіе таза. Кромѣ того на форму рахитическаго таза оказываетъ большое вліяніе положеніе больного ребенка, т. е. перенесъ ли онъ рахитъ на ногахъ или сидя (*Sitzbecken — Schröder'a*), или лежа на спинѣ или на боку (*Liegbecken — Schröder'a*). Вслѣдствіе всего только что сказаннаго, въ зрѣломъ возрастѣ намъ приходится наблюдать рахитическіе тазы не только въ ихъ простѣйшей формѣ, въ видѣ сплюсненнаго спереди назадъ и сверху внизъ — плоскаго рахитическаго таза, но и въ формахъ болѣе сложныхъ —косыхъ съ трехъ-угольною, ф. 67 и 68, почковидною, ф. 69, восьмиобразною, ф. 70, и сердцевидною формою входа, ф. 126, далѣе съ искривленіемъ позвоночника и съ косою постановкою какъ всего таза, такъ и отдѣльныхъ костей его, и т. п. разнообразныя формы.

Примѣромъ крайней степени рахитическихъ измѣненій таза и всего скелета можетъ служить беременная на сносахъ Елена Петерсъ, ф. 66.

Фиг. 66.



Она отъ роду не ходила, забеременѣла на 32 г. По причинѣ сильнаго безобразія таза *Kilian*'омъ (отцемъ) было произведено кесарское сѣченіе съ смертельнымъ исходомъ. У нея рахитическая голова, шея почти нѣтъ, грудная клітка короткая, широкая, руки длинныя и искривленныя; ноги короткія, и также безобразно искривленныя. На скелетѣ ея найдено до 20 полныхъ и неполныхъ переломовъ, служащихъ доказательствомъ атрофіи и ломкости костей. Ф. 67 представляетъ тазъ <sup>1)</sup> Елены Петерсъ, который по своей формѣ и строенію принадлежитъ къ рахито-остеомалятическимъ. Атрофія его достигла высокой степени, безъимянные кости во многихъ мѣстахъ не толще листа писчей бумаги, а горизонтальныя и нисходящія вѣтви лонной дуги не толще игральной карты. Всѣ кости таза истончены настолько, что при незначительномъ давленіи легко ломаются. Самое узкое мѣсто таза находится между серединою IV-го поясн. позвонка и *synostosis pubo-iliaca sinistra* и не превышаетъ 4".  $K = 1''10''$ . Между сѣдалищными буграми 2''3''. Вертлужныхъ впадинъ почти не существуетъ. На мѣстѣ ихъ находятся по

<sup>1)</sup> Рисунокъ таза взятъ изъ диссертациі *Kilian*'а и такъ же какъ у него представленъ наборотъ.

одной сочленяющейся поверхности съ весьма незначительнымъ углубленіемъ. Позвоночникъ представляетъ высокую степень лордо-сколіоза.

Фиг. 67.



Фиг. 68.



Ф. 68 представляетъ тазъ *Moreau*, ф. 69 схематическій рисунокъ почковиднаго таза снятый съ натуры.

**Характеристика плоскаго рахитическаго таза.** Уже съ перваго взгляда замѣчается малая величина и въ особенности рѣзко выраженное уменьшеніе высоты таза. Кости таза представляются относительно легкими и большею частію бывають нормальной плотности и толщины. Характерныя для рахитическаго таза измѣненія проявляются въ положеніи и формѣ крестцовой кости. Короткая и узкая насчетъ крыльевъ крестцовая кость представляется глубоко внѣдрившеюся между подвздошными костями но направленію сверху внизъ и сзади напередъ; въ то же время верхняя половина ея бываетъ сильно наклонена впередъ, иногда

Фиг. 69.



Фиг. 70.

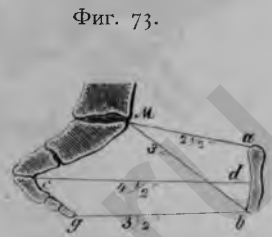


до того, что мысъ значительно вдается въ полость таза. Одновременно со смѣщеніемъ и подъ вліяніемъ его измѣняется и форма крестцовой кости: передняя ея поверхность ни въ продольномъ, ни въ поперечномъ направленіи не представляется нормально вогнутою, какъ при простомъ плоскомъ тазѣ; напротивъ, поперечная вогнутость бываетъ уменьшена настолько, что передняя поверхность крестца въ легкихъ случаяхъ представляется весьма мало вогнутою (ф. 71), почти плоскою, прямою, а въ болѣе трудныхъ и рѣдкихъ случаяхъ даже выпуклою въ поперечномъ направленіи. Причина исчезновенія поперечной вогнутости заключается въ слѣдующемъ. Въ дѣтскомъ возрастѣ, особенно при существованіи рахита, тѣла крестцовыхъ позвонковъ соединены со своими крыльями слабѣ, нежели послѣднія съ подвздошными костями, а такъ какъ тяжесть туловища сосредоточивается на тѣлахъ позвонковъ, то они, какъ слабѣ фиксированныя, подаются кпереди и становятся въ одной плоскости со своими



крыльями или даже выступают надъ ними. Вслѣдствіе этого-то и исчезаетъ поперечная вогнутость. Несмотря на такое вѣдреніе тѣлъ позвонковъ основаніе крестцовой кости можетъ быть нормальной ширины.

Если рахитическій процессъ и вредныя вліянія продолжаются болѣе долгое время, то измѣняется и продольная вогнутость крестцовой впадины,



а именно: при незначительныхъ степеняхъ неправильности таза она представляется едва замѣтною и начинается обыкновенно отъ середины тѣла 4-го крестц. позвонка; въ болѣе же высокихъ степеняхъ она вовсе исчезаетъ и замѣняется углубленіемъ, которое образуется вслѣдствіе перегиба крестцовой кости по передней своей поверхности.

Перегибъ этотъ соответствуетъ тѣлу 3-го рѣже 4-го крестц. позв., (ф. 72, 73, 74). Углубленіе представляется въ видѣ угла или дуги; верхняя его стѣнка, почти плоская, направляется отъ верхней части крестца спереди назадъ и сверху внизъ, нижняя же отъ мѣста перегиба крестца идетъ сзади напередъ и сверху внизъ, поэтому нижняя часть крестца имѣетъ видъ крючка, загнутаго въ полость таза. Между этими двумя крайностями въ измѣненіи формы крестца существуютъ еще переходныя формы, въ которыхъ загибаніе верхушки крестца или совершенно отсутствуетъ или выражено весьма слабо. Загибанію крестца способствуетъ отчасти полусидячее, полужающее положеніе, главнымъ же образомъ фиксированіе верхушки крестцовой кости связками, *ligg. spinoso- et tuberoso—sacralia*.

Вслѣдствіе глубокаго смѣщенія крестцовой кости заднія половины тѣлъ верхнихъ крестцовыхъ позвонковъ, особенно перваго, представляются сдавленными сверху внизъ. Мѣсто соединенія 1-го и 2-го позвонковъ очень часто образуетъ на передней поверхности крестца выступъ, выдающійся надъ уровнемъ остальныхъ позвонковъ въ видѣ мыса (ложный или второй мысъ), который тѣмъ рѣже бываетъ выраженъ, чѣмъ острѣе открытъ къзади уголъ, подъ которымъ сходятся тѣла этихъ позвонковъ.

Ф. 73 представляетъ крестецъ косо-суженнаго таза *Гугенбергера* (см. ф. 82), ф. 74 профиль крестцовой кости таза (ф. 113), описаннаго въ отдѣлѣ кифотическихъ тазовъ.



Дальнѣйшимъ послѣдствіемъ глубокаго смѣщенія крестца впередъ и внизъ является измѣненіе формы и положенія подвздошныхъ костей и смѣщеніе ихъ кзади и кнутри мало податливыми задними крестцово-подвздошными связками. Прежде всего заднія подвздошныя ости, слѣдуя за опускающимся книзу и впереди въ полость таза крестцомъ, сильно смѣщаются внизъ и отчасти къ срединѣ задней поверхности крестца, вслѣдствіе чего разстояніе между ними значительно уменьшается и они выступаютъ надъ заднею поверхностью крестца болѣе нормальнаго. Чешуи повздошныхъ костей, слѣдуя за остями, теряютъ до извѣстной степени свою нормальную S-образную кривизну и представляются болѣе прямыми и вытянутыми, что болѣе всего замѣтно на гребешкахъ; поэтому разстояніе между передними верхними остями увеличивается, а между гребешками уменьшается, такъ что при высшихъ степеняхъ измѣненія таза взаимное отношеніе ихъ представляетъ нерѣдко обратную разницу, т. е. разстояніе между гребешками на 1—1.5 см. меньше разстоянія между верхними передними остями. По этой же причинѣ, какъ бы отвернутыя кнаружи, подвздошныя кости принимаютъ болѣе горизонтальное положеніе.

Если даже въ нормальныхъ тазахъ нельзя придавать особеннаго значенія поперечнымъ размѣрамъ большаго таза, то тѣмъ менѣе эти размѣры имѣютъ значенія въ плоскихъ рахитическихъ тазахъ, и именно потому, что величина ихъ зависитъ, какъ и въ нормальномъ тазѣ, отъ величины угла наклоненія подвздошныхъ костей къ горизонту и отъ величины передней кривизны подвздошныхъ гребешковъ; величина же того и другого, при описываемой формѣ таза весьма непостоянна и не всегда одинакова въ обѣихъ половинахъ таза. Тѣмъ не менѣе уменьшеніе или отсутствіе разницы между этими размѣрами во всякомъ случаѣ говоритъ въ пользу бывшаго рахитическаго процесса.

Подвздошныя кости, смѣщаясь вышеописаннымъ образомъ, производятъ растяженіе таза въ поперечномъ діаметрѣ, что еще болѣе увеличиваетъ уплющеніе его въ прямомъ размѣрѣ и приближеніе симфиза къ мысу; растяженіе можетъ быть настолько велико, что, несмотря на сравнительно малую величину костей, поперечникъ входа въ тазъ можетъ быть нормальной величины или даже больше ея. Въ такихъ случаяхъ безымянная линія представляется не только сильно вогнутою, но и согнутою подъ угломъ, какъ бы надломленною въ небольшомъ разстояніи (1.5—2 см.) отъ крестцово-подвздошнаго сочлененія, такъ что поперечникъ входа проходитъ не по срединѣ, а въ весьма близкомъ разстояніи отъ мыса и раздѣляетъ входъ на двѣ неравныя половины, изъ которыхъ задняя, меньшая, мало или вовсе недоступна подлежащей части плода. При этомъ *Dist. sacro-cotyloideae* значительно укорочены. Сѣдалищныя кости расходятся въ большей или меньшей степени кнаружи: сѣдалищныя бугры, подъ вліяніемъ сидячаго положенія и прикрѣпленія къ нимъ ротаторныхъ мышцъ нижнихъ конечностей, выворачиваются кнаружи. Такое смѣщеніе бугровъ передается нисходящимъ лоннымъ вѣтвямъ и самому лонному сочлененію, почему лонная дуга становится шире; этому отчасти способствуетъ и измѣненное положе-

ніе лоннаго сочлененія, которое представляется повернутымъ около поперечной оси, вслѣдствіе чего оно принимаетъ болѣе наклонное (косое) положеніе къ мысу и образуетъ съ настоящею конъюгатою тупой уголъ, открытый книзу. Это зависитъ, съ одной стороны, отъ того, что растяженіе таза въ поперечномъ размѣрѣ, передаваясь черезъ горизонтальныя вѣтви, верхнему краю лоннаго сочлененія, приближаетъ послѣдній къ мысу, а съ другой стороны, сопротивленіе, встрѣчаемое сѣдалищными буграми, смѣщеніе ихъ и выворачиваніе вѣтвей лонной дуги способствуютъ отклоненію нижняго края лоннаго сочлененія впереди. Подъ вліяніемъ этихъ двухъ причинъ лонное сочлененіе нѣсколько вытягивается въ поперечникѣ и укорачивается въ длину; вогнутость, образуемая заднею поверхностью лонныхъ костей, почти совершенно исчезаетъ, почему послѣдняя становится плоскою; то и другое еще болѣе увеличиваетъ ширину лонной дуги. Отсутствие при сидячемъ положеніи сопротивленія съ боковъ, т. е. со стороны вертлужныхъ впадинъ, въ значительной степени способствуетъ уплощенію таза спереди назадъ, вслѣдствіе чего вертлужныя впадины смѣщаются болѣе впереди и кверху; такое положеніе ихъ при попыткахъ ходить, въ свою очередь, способствуетъ еще большому уплощенію таза и перегибу безъимянной линіи подъ угломъ. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ рахитики переносятъ болѣзнь на ногахъ, уплощеніе не достигаетъ высокой степени только потому, что этому противодѣйствуетъ боковое давленіе бедренными головками въ вертлужныхъ впадинахъ, несмѣщенныхъ впереди и кверху, вслѣдствіе чего поперечникъ входа не достигаетъ такой величины и безъимянная линія не представляется согнутою подъ угломъ, какъ при отсутствіи давленія съ боковъ въ сидячемъ или въ горизонтальномъ положеніи.

Плоскій рахитическій тазъ представляется сильно наклоненнымъ впереди и сдавленнымъ сверху внизъ и спереди назадъ, вслѣдствіе чего ёмкость какъ большаго, такъ и малаго таза абсолютно уменьшена. Уменьшеніе ёмкости въ однихъ случаяхъ ограничивается только входомъ, въ другихъ, она распространяется и на широкую часть полости малаго таза и наконецъ въ третьихъ ёмкость бываетъ уменьшена во всѣхъ отдѣлахъ таза. Соответственно этому находимъ укороченіе одного, двухъ или всѣхъ прямыхъ діаметровъ, остальные же прямые размѣры того же таза могутъ быть равны или даже больше тѣхъ же размѣровъ въ нормальномъ тазѣ; въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ всѣ прямые размѣры укорочены, мы не находимъ все-таки той равномерности укороченія, которая характерна для простаго нерахитическаго плоскаго таза; по крайней мѣрѣ въ плоскихъ рахитическихъ тазахъ равномерность укороченія никогда не бываетъ такъ ясно выражена, какъ въ простыхъ плоскихъ тазахъ. Вообще укороченіе прямыхъ діаметровъ преобладаетъ надъ укороченіемъ остальныхъ размѣровъ, за ними по степени укороченія слѣдуютъ косые размѣры, поперечные же діаметры всѣхъ отдѣловъ таза нерѣдко бываютъ даже увеличены. Въ большинствѣ случаевъ выходъ таза представляется увеличеннымъ, въ болѣе же рѣдкихъ случаяхъ напротивъ уменьшеннымъ

въ прямомъ размѣрѣ, вслѣдствіе загиба нижней части крестцовой кости съ копчикомъ впереди.

Наиболѣе характерные признаки для діагноза плоскаго рахитическаго таза получаемъ при внутреннемъ изслѣдованіи. Задняя поверхность лоннаго сочлененія чаще представляется не вогнутою, а плоскою; рѣже вогнутость бываетъ увеличена. Это увеличеніе въ весьма рѣдкихъ случаяхъ можетъ быть настолько велико, что вѣтви лонныхъ костей сходятся подъ тупымъ угломъ, а въ особенно эксквизитныхъ случаяхъ даже подъ острымъ угломъ, въ такихъ тазахъ лонное сочлененіе выдается впередъ въ видѣ клюва. Чѣмъ больше уголъ, подъ которымъ сходятся вѣтви лонныхъ костей, приближается къ прямому или острому, тѣмъ сильнѣе бываетъ изгибъ безъимянной липи, тѣмъ ближе поперечный діаметръ входа находится къ мысу и тѣмъ менѣе доступна задняя половина входа вставленію подлежащей части плода. Кромѣ уменьшенія высоты лоннаго сочлененія наблюдается также болѣе или менѣе сильное наклоненія его кзади. Promontorium стоитъ обыкновенно низко и рѣзко выдается, а потому легко достигается. Вся задняя стѣнка таза, или только верхняя и нижняя части ея легко доступны. Крестцовая впадина почти изглажена или наоборотъ сильно углублена; передняя поверхность крестца представляется обыкновенно плоскою, рѣже выпуклою. Выходъ таза, за исключеніемъ случаевъ загиба нижней части крестцовой кости, значительно увеличенъ.

При наружномъ изслѣдованіи находимъ: значительное наклоненіе таза, рѣзко выраженную поясничную кривизну, вслѣдствіе чего остистый отростокъ перваго крестцоваго позвонка трудно прощупывается, затѣмъ уменьшенное разстояніе между задними остями, болѣе низкое положеніе ихъ, болѣе сильное наклоненіе чешуй подвздошныхъ костей, болѣе прямое направленіе гребешковъ, уменьшеніе разницы, равенство или обратное отношеніе между наружными поперечными размѣрами большаго таза, рѣзкое укороченіе наружной конъюгаты, рѣдко встрѣчающееся въ такой степени при простомъ плоскомъ тазѣ и наконецъ увеличеніе размѣра вертлуговъ и относительно широкой выходъ.

Крестцово-поясничная ямка помѣщается глубоко и находится обыкновенно на 2 см. выше середины линіи, соединяющей заднія верхнія ости; рѣже ямка эта помѣщается на срединѣ ея и только въ эксквизитныхъ случаяхъ ниже. Такимъ образомъ ромбъ *Michaelis*'а превращается въ неправильный четырехугольникъ. Вычетъ, производимый изъ діагональной конъюгаты для опредѣленія истинной, колеблется въ весьма широкихъ границахъ, вслѣдствіе непостоянства положенія мыса, высоты и наклоненія лоннаго сочлененія.

Женщинамъ съ плоскимъ рахитическимъ тазомъ, между прочимъ, свойственны: малый ростъ, при короткихъ нижнихъ конечностяхъ, слабое тѣлосложеніе, блѣдность общихъ покрововъ и слизистыхъ оболочекъ, тонкость костей всего скелета и нерѣдко неправильность грудной кѣтки (куриная грудь).

Плоскій рахитическій, слегка асимметричный тазъ, изъ коллекціи Сиб. Родовсп. Завед. № 21. № родильн. 614, 1875 г. I-рага. Срочные роды. Преждевременное излитіе водъ. Судорожныя боли. Двукратное прободеніе головки младенца. Краниоклазія. Кровавое расшпиреніе маточнаго зъва. *Colpitis et endometritis gangraenosa. Phlegmone uteri et pelvis.*—Смерть.

Крестьянка, 24-хъ лѣтъ, беременная въ 1-й разъ, поступила 31 марта 1875 г. въ 8 ч. 30' веч., спустя 6½ ч. отъ начала родовъ, съ довольно длинною шейкою и зъвомъ, открытымъ на 1½ п. п. До 9-ти лѣтъ роженица не ходила; съ тѣхъ поръ движеніе лѣвой ноги при ходьбѣ, по словамъ ея, было затруднено; съ той же поры она чувствовала постоянную боль въ лѣвомъ тазобедренномъ сочлененіи. Голова у ней большая, позвоночный столбъ слегка искривленъ въ поясничной области влѣво; конечности весьма короткія, оба бедра изогнуты такимъ образомъ, что волнутость ихъ обращена кзади и кнутри, а выпуклость кпереди. Тѣлосложеніе среднее; ростъ 130 см. Животъ нѣсколько отвислый, размѣры его: 87, 34, 20, 38 см. Матка подвижна болѣе обыкновеннаго, правильной формы. Положеніе плода—П зат. передній видъ. Размѣры таза: *Tr.* 29.5, *Cr.* 27.5. *Sp.* 28.5, *C. ext.* 16.0, *diag.* 8.75. Головка подвижна надъ входомъ. По излитіи водъ при зъвѣ на 2 п. п. появились судорожныя боли, матка плотно обхватывала плодъ. Въ теченіи ночи появился отекъ зъва и рукава. 1-го апрѣля въ 9 ч. утра при неизмѣнившихся обстоятельствахъ, за исключеніемъ сердцебіенія плода, которое сдѣлалось неправильнымъ, приступлено къ прободенію головки живаго плода. По причинѣ подвижности головки трепанъ нѣсколько разъ соскальзывалъ, такъ что едва удалось вскрыть черепъ небольшимъ отверстіемъ, черезъ которое ложкою *Récamier* разрушенъ мозгъ и значительная часть его удалена посредствомъ спринцеванія. Зъвъ *in statu quo*, края его натянуты. Въ 12 ч. дня зъвъ все еще на 2 п. п., отекъ рукава увеличился. Края отверстія въ черепѣ зашли одинъ за другой, отверстіе черепа скрылось за лонными сочлененіемъ. Вторичная перфорация съ послѣдующей краниоклазіей. Краниокласть наложена влѣво и взадъ; весьма осторожныя тракціи, при которыхъ вмѣстѣ съ головкой понижается и зъвъ, края его сильно напряжены, почему на немъ сдѣланы двѣ глубокія насѣчки по одной съ каждой стороны. Головка прорѣзалась въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ съ обращеннымъ кзади и влѣво личикомъ. Послѣдъ вышелъ при легкомъ треніи дна матки. Младенецъ вполне доношенный. Краниокластомъ захваченъ край правой темянной и правой лобной костей, кромѣ того случайно захвачена пуговина и большой палецъ правой ручки младенца. Съ 1-го же дня послѣ родовъ t° поднялась до 40,3°, P. 120, R. 44. На 3-й д. родильница умерла.

Скелетированный тазъ, ф. 75, представляется открытымъ спереди болѣе нормальнаго; онъ довольно тяжелъ (съ 4-я позвонками вѣситъ 470 грм.), кости его вообще тонкія и порозны, подвздошныя впадины просвѣчиваютъ. Слѣды запоздалаго окостенѣнія видны на подвздошныхъ гребешкахъ и особенно рѣзко въ задней половинѣ ихъ. То же явленіе замѣтно и вдоль краевъ лонной дуги до сѣдалищныхъ бугровъ. Имѣющіеся при тазѣ 4 поясничные позвонка довольно сильно искривлены и повернуты влѣво, лѣвые поперечные отростки, въ особенности V-го и IV-го пояснич. позв., направляются снизу вверхъ, остистые же отростки отклонены вправо. Крестцовая кость изогнута нѣсколько влѣво и повернута своимъ основаніемъ кпереди, кромѣ того ея передняя поверхность обращена немного вправо. Тѣла 1 и 2-го крестц. позв. сильно выпячены кпереди, вслѣдствіе чего передняя поверхность представляется выпуклою въ поперечномъ и почти прямою въ продольномъ направленіи, только 5-й позв., вмѣстѣ съ нижнею половиною 4-го, нѣсколько загнуты кпереди; мѣста соединенія 4-хъ верхнихъ крестц. позв. выдаются въ видѣ гребешковъ, изъ которыхъ два верхніе направлены немного вкось справа сверху влѣво и внизъ; лѣвая сторона тѣлъ 3-хъ первыхъ крестц. позв. короче, нежели правая. Promontorium стоитъ относительно низко. Высота крестца 11.0, ширина его основанія 9.2 см. Загнутые кнутри и сильно S-образно искривленные гребешки подвздошныхъ костей значительно выдаются надъ поверхностью крестца. Лѣвая чешуя подвздошной кости нѣсколько уже (около 10.0), но зато выше правой. Лѣвая подвздошная впадина глубже правой. *Dist. sp.* болѣе *dist. crist.*, разстояніе между задними остями 5.5.

Высота лоннаго сочлененія 3.0. Лонная дуга широкая, но низкая, губы ея слабо выворочены кнаружи. Сѣдалищные бугры рѣзко отворочены кнаружи, изъ нихъ лѣвый немного больше праваго. Лѣвая вертлужная впадина помѣщается нѣсколько выше правой. Лѣвое *foramen ischiat. majus* нѣсколько уже и короче правой. Безъименная линія слѣва въ задней части загнута круче, нежели справа. Входъ въ малый тазъ сплюснутъ спереди назадъ, относительно расширенъ въ поперечномъ диаметрѣ и слегка суженъ въ

Фиг. 75.



лѣвой половинѣ. Размѣры таза: высота справа 16.3, слѣва 16.8, *Sp. il.* 27.0 *Cr. il.* 25.5, отъ задней правой ости до передней лѣвой 20.0, отъ задней лѣвой до передней правой 21.0, *Conj. ext.* 12.0, *Conj. diag.* 9.1, К. 7.4; попер. разм. *входа* 13.1, правый косой 11.6, лѣвый 11.9; отъ середины мыса а) до крестцово-подвздошнаго сочлен. справа 5.6, слѣва 5.1, б) до *synost. pubo-iliaca* справа 7.7, слѣва 6.7, в) до середины *lin. pect.* справа 7.5, слѣва 7.6, д) до *tuberculum pub.* справа 7.6 слѣва 7.2. Разстояніе отъ *sp. il. ant. sup.* а) до симфиза справа 14.6, слѣва 15.2, б) до *promontorium* справа 13.8, слѣва 13.2 Отъ *sp. il. ant. sup. dextr.* до наружнаго края лѣваго сѣдалищнаго бугра 24.0; отъ *sp. il. ant. sup. sin.* до праваго сѣдалищнаго бугра 24.5; отъ *cr. il. dextr.* до лѣваго сѣдалищнаго бугра 24.6; отъ *cr. il. sin.* до праваго сѣдалищнаго бугра 25.3. Прямой *выхода* 9.9, поперечный 11.8; между *sp. ischii.* 10.7; отъ *sp. ischii dextr.* до середины внутренняго края сѣдалищнаго бугра 12.2, отъ *sp. ischii sinistr.* до праваго сѣдалищнаго бугра 11.9; отъ верхушки крестца а) до *sp. ischii* справа 6.8, слѣва 5.6, б) до сѣдалищнаго бугра справа 9.0, слѣва 8.5.

*Эпикризь.* Общая тонкость и порозность костей таза указываютъ на общую атрофію ихъ подъ влияніемъ рахита; видъ передней поверхности крестца, укороченіе лѣвыхъ крыльевъ его, значительно вывернутые кнаружи сѣдалищные бугры, присутствіе слѣдствъ поздняго окостенѣнія на значительно изогнутыхъ гребешкахъ подвздошныхъ костей и на губахъ лонной дуги несомнѣнно говорятъ въ пользу рахитическаго происхожденія таза. Ближайшимъ послѣдствіемъ укороченія лѣвыхъ крыльевъ первыхъ двухъ крестц. позв. было перемѣщеніе центра тяжести туловища влѣво и преобладаніе давленія на лѣвую сторону таза, вслѣдствіе чего крестцовая кость не только подалась своимъ основаніемъ впередъ, что повело за собою укороченіе конъюгаты, но и повернулась около продольной оси вправо и нѣсколько согнулась по лѣвому краю. Соотвѣтственно измѣненному

положенію центра тяжести туловища измѣнилось (т. е. усилилось) и сопротивленіе со стороны бедеръ въ вертлужныхъ впадинахъ. Результатомъ такого односторонняго давленія сверху и снизу была асимметрія таза — суженіе лѣвой половины. Такъ какъ толщина и ширина укороченныхъ лѣвыхъ крыльевъ такая же, какъ и правыхъ, то позволительно предположить, что сколиозъ поясничныхъ позвонковъ развился послѣ рахитическаго процесса и составляетъ вторичное явленіе, послѣдовавшее за первичнымъ, въ данномъ случаѣ, укороченіемъ лѣвыхъ крыльевъ первыхъ двухъ крестц. позв.

### с) Плоскій люксаціонный тазъ <sup>1)</sup>.

Ислѣдованія новѣйшаго времени показали, что въ нѣкоторыхъ, хотя и рѣдкихъ случаяхъ вертлужныя впадины находятся не на надлежащемъ мѣстѣ безъимянныхъ костей. Въ другихъ же относительно болѣе частыхъ случаяхъ, кромѣ старыхъ, неправильной формы, какъ бы недоразвитыхъ и атрофированныхъ вертлужныхъ впадинъ, на надлежащемъ мѣстѣ безъимянной кости, находились еще расположенные надъ ними чаще нѣсколько кзади, рѣже впереди, болѣе или менѣе выраженные слѣды давленія бедренной головки въ видѣ неровностей или плоскихъ ямокъ. Такъ какъ большинство такихъ случаевъ не представляетъ никакихъ слѣдовъ травмы или воспалительнаго процесса ни со стороны вертлужныхъ впадинъ, ни со стороны бедренныхъ головокъ и окружающихъ мягкихъ частей, то эту неправильность пытались объяснить врожденнымъ вывихомъ, происшедшимъ вслѣдствіе полного или неполнаго паралича отдѣльныхъ группъ мышцъ, расположенныхъ вокругъ тазобедреннаго сустава, съ послѣдовательнымъ преобладаніемъ ихъ антагонистовъ, смѣщающихъ бедро кверху или кзади. Хотя люксаціонныя плоскіе тазы, съ этиологической точки зрѣнія, и различествуютъ другъ отъ друга въ раннемъ возрастѣ, но къ тому времени, когда развитіе скелета уже вполнѣ закончено, это различіе настолько сглаживается, что этиологія ихъ, въ практическомъ отношеніи, теряетъ всякое значеніе. Поэтому съ акушерской точки зрѣнія считаю достаточнымъ описать люксаціонный плоскій тазъ, не вдаваясь въ этиологическія подробности.

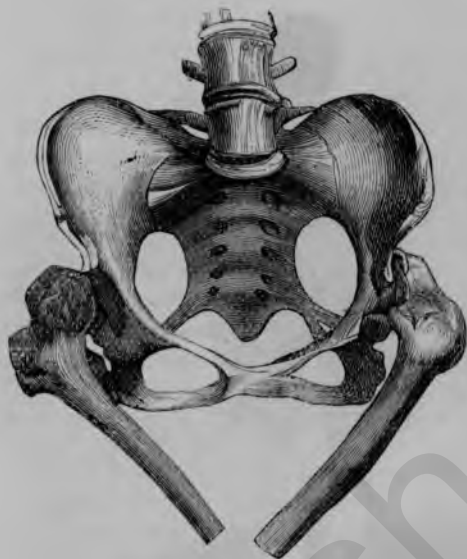
Особенности плоскихъ люксаціонныхъ тазовъ слѣдующія: 1) чрезмерно сильное наклоненіе таза, 2) уменьшеніе высоты главнымъ образомъ малаго таза, 3) укороченіе прямыхъ размѣровъ, 4) увеличеніе поперечныхъ размѣровъ и особенно выхода таза, 5) значительная ширина лонной дуги и 6) тонкость костей таза вообще и особенно передней его половины. Последнее отчасти объясняется тѣмъ, что масса костной ткани лонныхъ и сѣдалищныхъ вѣтвей, вслѣдствіе растяженія таза въ поперечномъ діаметрѣ, распределяется на большое пространство.

Люксаціонный тазъ отличается отъ вышеописанныхъ плоскихъ тазовъ тѣмъ, что сплюсненіе весьма рѣдко достигаетъ такой высокой

<sup>1)</sup> Тазъ, сплюсненный подъ вліяніемъ двусторонняго врожденнаго вывиха бедеръ.

степени, какъ въ простомъ, а тѣмъ болѣе въ рахитическомъ плоскомъ тазѣ. Въ извѣстныхъ по настоящее время люксаціонныхъ тазяхъ *K* колеблется между 9 и 10 стм., въ одномъ случаѣ вовсе не было укороченія ея (11 стм.), поперечный же размѣръ выхода во всѣхъ случаяхъ былъ удлинненъ. Плоскій люксаціонный тазъ хотя и представляетъ нѣкоторое сходство съ плоскимъ рахитическимъ тазомъ, тѣмъ не менѣе въ практическомъ отношеніи онъ гораздо благопріятнѣ послѣдняго: въ описанныхъ до сихъ поръ 8-ми случаяхъ роды протекали благополучно, что объясняется незначительнымъ укороченіемъ *K* и наоборотъ значительнымъ увеличеніемъ поперечныхъ размѣровъ малаго таза.

Фиг. 76.



Фиг. 77.



Ф. 76 представляетъ тазъ съ врожденнымъ вывихомъ тазобедренныхъ сочлененій съ обѣихъ сторонъ. *K*. 10.0, поперечный 11.25, косые 11.25 стм. Прямой выхода 8.75, поперечный 12.75 стм. Ф. 77—тотъ же тазъ сзади. Фиг. 78 видъ женщины спереди и сзади съ врожденнымъ двустороннимъ вывихомъ бедеръ (*Charpentier*).

Механизмъ родовъ при рассматриваемой неправильности таза не отличается въ сущности отъ такового при другихъ видахъ плоскаго таза. Что же касается до могущихъ иногда встрѣтиться затрудненій во время родовъ, то они зависятъ не отъ формы таза и укороченія *K*, а отъ побочныхъ обстоятельствъ, какъ то: отъ неправильнаго положенія плода, матки и отвислости живота и т. п.

Диагностировать плоскій люксаціонный тазъ при жизни не всегда удается. Особенно трудно опредѣлить, имѣемъ ли мы дѣло съ неправильностью мѣстоположенія вертлужныхъ впадинъ или съ двустороннимъ вывихомъ бедеръ. Характерными признаками (ф. 78) при наружномъ изслѣдованіи служатъ: утиная походка, высокое положеніе большихъ вертлуговъ въ вертикальномъ положеніи туловища и возможность смѣщенія бедренныхъ головокъ при горизонтальномъ положеніи на боку.

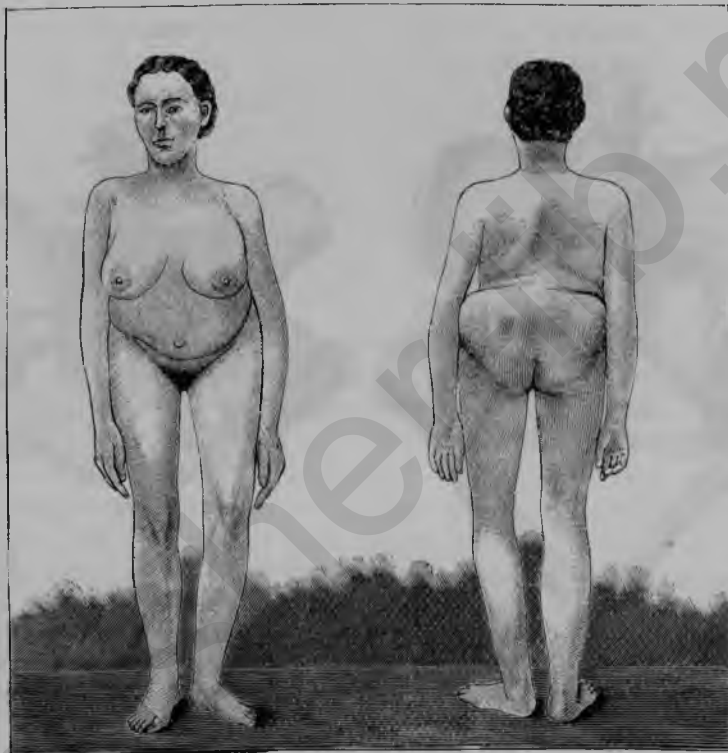


Исторія родовъ женщины съ врожденнымъ двустороннимъ вывихомъ бедеръ и описаніе скелетированнаго таза.

Дарья Прокофьева 30 лѣтъ, дочь чиновника, по ремеслу портниха, поступила 7-го юня 1873 г. въ 9 ч. у. въ Слб. Р. З. съ несомнѣнными признаками наступившихъ родовъ.

Роженица крѣпкаго тѣлосложенія, 135 см. роста. Походка валкая; бедра короткія, большіе вертлуга стоятъ высоко; замѣтный лордозъ верхнихъ поясничныхъ позвонковъ; крестцовая кость сильно подалась впередъ, обѣ ягодицы сильно выдаются къзади и представляются, болѣе нормальнаго, выпуклыми. Наклоненіе таза болѣе нормальнаго; тазъ кажется низкимъ, кости его, а также верхнихъ и нижнихъ конечностей скорѣе тоньше нормальнаго. *D. sp.* 24.5, *D. cr.* 25.5, *Conj. ext.* 18.0. *D. troch.* 27.5. Отъ *Sp. ant. sup.* до полу слѣва 71, справа 70 см. Отъ вертлуга до полу слѣва 67, справа

Фиг. 78.



66 см. Отъ середины лоннаго сочлененія до *Sp. post. sup.* слѣва 21.0, справа 23.0. Правый косой больш. т. 25.3, лѣвый косой 26.0. Животъ отвислый, окружность его черезъ пупокъ и *spatium quadrangulare* 98.0; отъ лобка до пупка 17.0, до мечевиднаго отростка 40.0. Матка продольно-яйцевидной формы, высота дна 34.5; въ лѣвой половинѣ матки прощупывается синика, слѣва, ниже пупка, пальца на два въ сторону отъ него, слышится отчетливо сердцебиеніе плода и болѣе къзади—маточный шумъ; въ нижней трети матки прощупывается головка, стоящая неподвижно во входѣ въ тазъ. Наружные половые органы правильно развиты; длина промежности 3.0.

Рукавъ сочный и рыхлый; влагалищная часть сглажена, *os ext.* открытъ на палець, край его тонкіе и растяжимые. Предлежащихъ водъ мало. Во входѣ таза предлежитъ весьма трудно подвижная головка, швы и роднички не опредѣляются. *Promontorium* нельзя достигнуть даже двумя пальцами; правая половина таза, судя по возгнущности правой *lineae terminalis*, обширнѣе лѣвой.

Беременна въ первый разъ; послѣднихъ регулъ и перваго шевеленія плода не помнитъ; во время беременности была здорова. Первые родовые боли появились 7-го юня



въ 2 ч. у. Воды отошли 9.VI въ 9 ч. у. Съ поступленія до 1 ч. дня 10.VI боли мѣнялись въ характерѣ; несмотря на ванны, дуни и подкожное впрыскиваніе морфія, зѣвъ оставался открытымъ на палець. Въ 1 ч. по ид. 10. VI *os ext.* открытъ свободно на палець, головка стоитъ неподвижно во входѣ, стрѣловидный шовъ въ поперечномъ діаметрѣ, ближе къ мысу, большой родничекъ ниже малаго. Воды истекають грязныя, съ дурнымъ запахомъ. Въ 4 ч. 30' по ид. края зѣва твердые, головка плотно прилегаетъ къ зѣву во время болей. Схватки сильныя, но рѣдкія. На зѣвѣ сдѣлано справа и слѣва по насѣчкѣ, послѣ чего зѣвъ открылся на 2 п. п. Ванна. Въ 7 ч. в. t° 38,5.

Въ 10 ч. у. 11. VI зѣвъ на 4 п.; головка опустилась нѣсколько въ полость таза; малаго родничка достать нельзя; небольшое *caput succedaneum*. Истекающія воды грязны и воиучи. Сердцебіеніе плода отчетливо. Въ 12 ч. 30' дня боли довольно сильныя и частыя; передній край зѣва еще существуетъ; при поднятіи головки истекають грязныя и воиучія воды. Въ 2 ч. 25' приступлено къ наложенію щипцовъ, на поперечной кровати, подъ хлороформомъ; правая ложка введена съ нѣкоторымъ затрудненіемъ. Несмотря на 10 сильныхъ тракцій головка нѣсколько не подалась, а потому щипцы сняты. Назначена теплая ванна въ теченіи часа, послѣ которой боли усилились; въ паузахъ роженица спитъ. Въ 7 ч. в. вторая такая же продолжительная ванна. Пульсъ роженицы 84, t° 38,4, R. 25. Въ 9 ч. в. животъ сильно вздутъ; боли сильныя, черезъ 7'; *caput succedaneum* увеличилось. Въ 11 ч. 30' веч. сердцебіенія плода не слышно, истекающія воды сильно зловонны. Рѣшено перфорировать головку. Захлороформировавъ роженицу, на поперечной кровати, перфораторомъ *Leisnig-Kwisch's*а просверлена передняя теменная кость подвижной еще головкой; по разрушеніи мозга наложенъ краниокласть, причемъ наружная ложка наложена въ правой половинѣ таза. Пятью тракціями извлечена головка причемъ затылокъ подошелъ подъ лонную дугу. Черезъ 10' удаленъ послѣдъ легкимъ надавливаніемъ на дно матки. Прободеніе произведено на границѣ между темными костями. Роды продолжались 4 сут. 22 ч.

Извлеченный вполне доношенный младенецъ вѣсилъ безъ мозга 2820 грм. Головка весьма плотная; окружность ея—ниже мѣста, захваченнаго краниокластомъ—24,5; размѣры ея — не снимая краниокласта — Прям. 12,0; Больш. кос. 13,5; Мал. кос. 10,0; Больш. пош. 9,0. Плечики 12,0, вертлуга 10,5, длина 26+23 см.

Въ послѣ-родовомъ періодѣ съ первого же дня температура утромъ поднялась до 39,0 при R. 74; появился отѣкъ наружныхъ половыхъ частей, гангрена на поверхности разрывовъ входа, вздутіе и чувствительность всего живота. Всеѣ именованныя явленія усилились въ теченіи слѣдующихъ дней до высокой степени и въ началѣ шестыхъ сутокъ родильница умерла при явленіяхъ флегмоны тазовой клетчатки и общаго воспаленія брюшины.

Вскрытіе подтвердило прижизненный діагнозъ. Размѣры таза *in situ*: Conj. vera 11,2, d. transv. 11,9, obliq. dextr. 11,9, obliq. sinistr. 11,4.

Скелетированный со связками тазъ сохраняется въ спиртѣ; со всеми поясничными позвонками, копчикомъ, *lig. ileo-femorale sin.* и частью лѣваго бедра, пропитанный спиртомъ, онъ вѣситъ только 575 грм. Тазъ, ф. 79, малъ и низокъ, наклоненіе его скруче уменьшено; высота таза 13,0 (больш. т. 5,3, мал. т. 7,7). Кости таза по отношенію другъ къ другу пропорціонально развиты, они на видъ тонки и нѣжны, какъ-бы атрофированы.

Пятый поясничный позвонокъ, по формѣ тѣла и поперечныхъ отростковъ совершенно симулируетъ крестцовый позвонокъ; непосредственно подъ его остистымъ отросткомъ помѣщается *Niatus canalis sacralis*. При посредствѣ межпозвоночнаго хряща V-й поясн. позв. сочленяется съ I-мъ крестцовымъ подъ угломъ болѣе тупымъ, нежели уголь, образуемый сочлененіемъ его же съ IV-мъ поясн. позвонкомъ; по этой причинѣ, быть можетъ, и не удалось при жизни, при Conj. ext. 18,0, достигнуть мыса даже двумя пальцами. Поперечные отростки V-го поясн. позв. совмѣстно съ таковыми первого крестцоваго образуютъ добавочную пару *foram. sacralium*.

Чешуи подвздошныхъ костей немного болѣе нормальнаго наклонены къ горизонту; уголь, образуемый ими съ горизонтальными вѣтвями лонныхъ костей, приблизительно = 140°; гребешки и губы ихъ тонки, мало изогнуты и слабо развиты; подвздошныя впадины болѣе нормальнаго плоски, большая часть ихъ поверхности сильно просвѣчиваетъ.

Заднія ости сравнительно мало выдаются надъ поверхностью крестца; ширина подвздошныхъ чешуй 14.0. *D. sp.* 24.0; *D. cr.* 24.0; *D. sp. post.* 10.0; косые диаметры большого таза по 20.0. *Conj. ext.* 15.7.

Фиг. 79.



Крестцовая кость отклонена немного къзади; высота ея безъ копчика 9.0 (съ копчикомъ 10.5), ширина основанія 9.4. Продольная вогнутость ея передней поверхности достигаетъ наибольшей величины по срединѣ 3-го кр. позв.; поперечная вогнутость замѣтно увеличена, соотвѣтственно основанію крестца глубина ея достигаетъ 1.9. Лонная дуга низка (4.6) и узка, вѣтви ея сходятся подъ угломъ  $93-95^{\circ}$ , губы вѣтвей мало выворочены кънаружи. Сѣдалищные бугры пропорціонально толсты, они настолько *вывернуты кънаружи*, что между ними и вертлужными впадинами существуетъ тупой уголъ (около  $140^{\circ}$ ). Правая вертлужная впадина видимо мала; она представляетъ неправильно четырехугольное углубленіе съ почти отвѣсными краями и неровною, слабо просвѣчивающеюся поверхностью. Края большихъ сѣдалищныхъ вырѣзокъ сходятся подъ угломъ около  $90^{\circ}$ . *Linea terminalis* слабо изогнута. Входъ въ тазъ представляется почти совершенно круглымъ.

Размѣры *входа*: *Conj. vera* 11.0, *d. transv.* 11.8, *d. obliqui* 11.7, *D. sacro cotyloideae* 7.9, *Conj. diagonalis* 11.8.

Размѣры *широкой части пол. мал. таза*: *d. rectus* 11.7, *transv.* 11.1, *obliqui* 11.6; размѣры *узкой части пол. мал. таза*: *d. rectus* 9.1, *transv. (Sp. ischii)* 8.9. *Rectus exitus* 7.7; *transv. exitus* 10.2.

#### d) Обще-суженный плоскій тазъ.

Тазы этой немногочисленной группы находятся въ такомъ же отношеніи къ обще-неравнобѣрно-суженнымъ, въ какомъ простые плоскіе тазы къ нормальнымъ.

Въ тазахъ этой группы совмѣщаются все признаки, свойственные какъ обще-неравнобѣрно-суженнымъ, такъ и плоскимъ тазамъ; поэтому

здѣсь мы находимъ значительное укороченіе всѣхъ размѣровъ какъ большаго, такъ и малаго таза. Но такъ какъ плоскій тазъ характеризуется укороченіемъ прямого діаметра входа, то и обще-равномѣрно-суженный плоскій тазъ долженъ отличаться тѣмъ же, т. е. преобладаніемъ укороченія въ прямомъ діаметрѣ сравнительно съ другими размѣрами. Слѣдовательно въ этой группѣ тазовъ не существуетъ равномѣрности укороченія, почему они называются также обще-неравномѣрно-суженными плоскими тазами.

Главною характеристикю обще-суженныхъ плоскихъ тазовъ служитъ: малая величина всего таза, соответствующая вполнѣ обще-равномѣрно-суженному тазу, и измѣненное, главнымъ образомъ во входѣ, какъ при плоскомъ тазѣ, взаимное отношеніе размѣровъ его. Последнее обстоятельство объясняется тѣмъ, что и въ этой группѣ, какъ и въ другихъ видахъ плоскаго таза, крестцовая кость помѣщается глубоко между подвздошными костями, вслѣдствіе чего прямой діаметръ входа укорачивается больше, нежели другіе размѣры, и именно потому, что на укороченіе прямого размѣра входа вліяетъ не только малая величина костей таза, какъ вообще на всѣ остальные діаметры, но и болѣе или менѣе сильное смѣщеніе крестцовой кости вперед.

Въ этиологическомъ отношеніи и здѣсь различаютъ нерахитическую форму отъ рахитической, и такъ какъ рахитъ съ одной стороны ведетъ, путемъ замедленія или остановки роста костей, къ малой величинѣ таза, а съ другой стороны благопріятствуетъ уплотненію его, то само собою разумѣется, что рахитическая форма должна встрѣчаться гораздо чаще и представлять болѣе разнообразія, чѣмъ нерахитическая, которая приближается скорѣе къ обще-равномѣрно-суженнымъ тазамъ, нежели къ плоскимъ.

Если мы выше сказали, что не всегда возможно при жизни съ точностью опредѣлить укороченіе конъюгаты и на основаніи этого отличить плоскій тазъ отъ нормальнаго, то тѣмъ труднѣе различить рассматриваемый тазъ отъ *pelvis justo minor*, тѣмъ болѣе, что при обще-равномѣрно-суженныхъ тазахъ, какъ мы видѣли выше, нерѣдко конъюгата представляется болѣе укороченною, нежели другіе діаметры входа. Въ виду этого діагностицировать на живыхъ нерахитическую форму обще-суженнаго плоскаго таза довольно трудно.

Діагностика возможна лишь въ томъ случаѣ, когда крестцовая кость представляется относительно глубоко внѣдрившеюся между подвздошными костями, діагональная же конъюгата, по отношенію къ наружнымъ размѣрамъ, рѣзко укороченною. Для опредѣленія же *K* достаточно изъ діагональной конъюгаты вычестъ 0.8—1.2 см. ибо мыслъ въ такихъ тазахъ обыкновенно стоитъ низко, а высота лоннаго сочлененія уменьшена.

Гораздо легче діагностицировать рахитическую форму обще-суженнаго плоскаго таза, такъ какъ признаки, свойственные рахитическому плоскому тазу, чаще встрѣчаются по нѣсколько вмѣстѣ, и кромѣ того они болѣе явственны и, какъ болѣе доступные изслѣдованію, не такъ легко ускользаютъ отъ вниманія.

Изъ этого видно, что все вышеизложенное о плоскихъ и общеравномѣрно-суженныхъ тазахъ приложимо, за немногими исключеніями, и къ обще-суженнымъ плоскимъ тазамъ.

Что же касается до механизма родовъ, то онъ предоставляетъ сочетаніе механизма общеравномѣрно-суженнаго и плоскаго тазовъ; поэтому *sub partu* приходится наблюдать неоднократное измѣненіе механизма въ теченіи однихъ и тѣхъ же родовъ со всѣми особенностями и затрудненіями свойственными тому и другому типу прохожденія головки. При этомъ тазъ нерѣдко требуются трудныя акушерскія операціи, сопряженныя съ большою смертностью младенцевъ и съ тяжелыми поврежденіями половыхъ органовъ матери. Конечно, чѣмъ больше выражено уплощеніе таза, тѣмъ болѣе механизмъ родовъ подходитъ къ механизму при плоскомъ тазѣ, т. е. головка продолжительное время остается въ поперечномъ размѣрѣ таза; и наоборотъ, чѣмъ болѣе укорочены поперечныя діаметры, т. е. чѣмъ сравнительно равномѣрнѣе укорочены всѣ діаметры входа, тѣмъ болѣе прохожденіе головки будетъ соответствовать механизму при общеравномѣрно-суженномъ тазѣ, т. е. тѣмъ рѣзче будетъ выражена флексія головки и опущеніе малаго родничка.

Въ обыкновенныхъ случаяхъ въ началѣ родовъ встрѣчаемъ то и другое вмѣстѣ, т. е. одновременно съ значительнымъ пониженіемъ затылка, головка находится въ поперечномъ размѣрѣ входа; но такъ какъ уплощеніе ограничивается большею частію только входомъ, то головка, какъ при простомъ обще-суженномъ плоскомъ тазѣ, будетъ находиться въ поперечномъ діаметрѣ входа до тѣхъ поръ, пока не пройдетъ черезъ него; поэтому при нерахитической формѣ обще-суженнаго плоскаго таза только въ видѣ исключенія приходится наблюдать, что головка, пройдя входъ, остается и въ полости малаго таза въ поперечномъ размѣрѣ; въ такихъ случаяхъ довольно часто малый родничекъ по нѣскольку разъ то отходитъ кверху, иногда настолько, что большой родничекъ становится легко достижимымъ, то понижается вновь и занимаетъ прежнее мѣсто. Пройдя черезъ входъ въ тазъ, головка изъ поперечнаго размѣра переходитъ въ косой, причѣмъ остается въ состояніи сильнаго сгибанія, т. е. механизмъ родовъ совершается какъ при общеравномѣрно-суженномъ тазѣ. При рахитической же формѣ обще-суженнаго плоскаго таза головка, нерѣдко оставаясь весьма долго подвижною надъ входомъ, постоянно мѣняетъ нозицію, и если наконецъ вставится, то все-таки въ поперечномъ діаметрѣ и гораздо чаще въ состояніи сильнаго сгибанія, чѣмъ разгибанія. Продолжительное пребываніе головки въ поперечномъ діаметрѣ полости таза при рахитической формѣ также встрѣчается гораздо чаще нежели при нерахитической; нерѣдко только въ узкой части полости таза, головка поворачивается въ косой размѣръ. Большая или меньшая плотность костей черепа и способность головки конфигурироваться играютъ и здѣсь важную роль, что особенно имѣетъ значеніе при вставленіи головки переднею своею половиною; этимъ же объясняется непостоянство вставленія подлежащей головки при послѣ-

дующихъ родахъ у одной и той же роженицы съ описываемою формою таза.

Тазъ № 7 изъ коллекціи Сиб. Родовсп. Заведенія (безъ исторіи родовъ) общеравнобѣрно-суженный или общесъуженный плоскій рахитическій, ф. 80.

Фиг. 80.



Вѣсъ его съ 2 поясничными позвонками и копчикомъ 445 грм. Величина таза значительно уменьшена, кости малы, не просвѣчиваютъ, толщина ихъ непропорціонально велика и соответствуетъ толщинѣ костей нормальнаго таза. Высота таза 17.0, глубина большаго таза 6.5, малаго 8.7. Чешуи подвздошныхъ костей стоятъ почти вертикально, наклонены подъ угломъ  $75^{\circ}$ , уголъ, образуемый ими съ горизонтальными вѣтвями— $140^{\circ}$ ; подвздошныя впадины малы, достаточно глубоки, какъ-бы смѣщены къзади. *Dist. sp.* 21.0, *D. crist.* 23.0; наружныя косые по 19.0; *Conj. ext.* 14.0. Заднія кости значительно выдаются, разстояніе между ними 11.0 см. Крестцовая кость мала и коротка, значительно наклонена къпереди; мысъ сильно вдается въ просвѣтъ входа въ тазъ; обѣ половины крестца симметричны; мѣста соединенія 4-хъ первыхъ крестц. позв. слегка выдаются въ видѣ поперечныхъ гребешковъ. Ширина крестцовыхъ позвонковъ кънизу довольно рѣзко уменьшается.

## II. Косые тазы.

**Общая характеристика косыхъ тазовъ.** Одною изъ существенныхъ принадлежностей правильнаго женскаго таза считается, между прочимъ, симметричность обѣихъ половинъ его. Строго говоря едва-ли существуютъ тазы, которые были-бы безусловно симметричны; всѣ нормальные тазы представляются слегка асимметричными, т. е. такими, въ которыхъ одна половина таза менѣе развита, нежели другая, а потому и ёмкость обѣихъ половинъ не одинакова. Такая асимметрия обыкновенно рѣзче бываетъ выражена во входѣ; по *Schröder*'у правая *Dist. sacrocotyloidea* немного короче лѣвой, и въ то же время правый косой диаметръ длиннѣе лѣваго. Тѣмъ не менѣе такіе тазы разсматриваются какъ правильные, потому что асимметрия въ такой степени составляетъ лишь частное проявленіе несимметричнаго развитія вообще правой и лѣвой половины туловища; къ тому же она настолько ничтожна, что почти не-

замѣтна для глаза и не вліяетъ на вставленіе подлежащей части во входъ малаго таза.

Въ противоположность такой, можно сказать, фізіологической асимметріи существуетъ патологическая, обусловливаемая *a)* неравномѣрнымъ ростомъ или одностороннимъ недостаточнымъ развитіемъ какой-либо части таза или тѣла подвздошной кости, или горизонтальной вѣтви лонной кости, или которой-либо половины крестцовой кости, преимущественно же ея перваго позвонка; *b)* одностороннимъ переломомъ крыла перваго крестцоваго позвонка, тѣла подвздошной или горизонтальной вѣтви лонной кости; *c)* ненормальнымъ соединеніемъ (хрящевую тканью или путемъ сращенія) одного изъ поперечныхъ отростковъ пятаго поясничнаго позвонка съ правымъ или лѣвымъ крыломъ перваго крестцоваго позвонка; *d)* одностороннимъ вывихомъ тазобедреннаго сустава; *e)* воспаленіемъ одного изъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій или одного изъ тазо-бедренныхъ суставовъ; *f)* врожденнымъ или приобрѣтеннымъ недостаткомъ одной изъ нижнихъ конечностей; *g)* рахитическимъ размягченіемъ позвонковъ, воспаленіемъ ихъ (*malum Potti*) и другими причинами, измѣняющими нормальную кривизну позвоночнаго столба.

Всѣ эти патологическія измѣненія, смотря по степени ихъ, *обусловливаютъ форму таза*, характеризующуюся тѣмъ, что одна половина всѣхъ отдѣловъ его, преимущественно же входа, оказывается суженною, другая же относительно расширенною; такіе тазы представляются какъ-бы вытянутыми въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ.

Соотвѣтственно этому входъ въ малый тазъ представляется въ видѣ неправильнаго отверстія, похожаго на овалъ, узкая часть котораго помѣщается въ одной, а широкая въ другой половинѣ таза. Смотри по тому, какая изъ перечисленныхъ причинъ обусловила эту форму таза, суженіе помѣщается или въ той половинѣ его, гдѣ находится причина, или же въ противоположной, такъ, напр. въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ уменьшена ширина крыльевъ одной половины крестцовой кости, или пострадало одно изъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій, суженіе обыкновенно бываетъ въ той же половинѣ таза, гдѣ находятся эти измѣненія; при неправильностяхъ же одного изъ тазобедренныхъ сочлененій, особенно при бездѣйствии соотвѣтствующей ноги, суженіе бываетъ, наоборотъ, въ противоположной половинѣ таза.

Понятно, что при этомъ взаимное отношеніе частей таза болѣе или менѣе значительно нарушается и не только въ горизонтальной плоскости (смѣщеніе мыса въ сторону суженія, а симфиза въ противоположную сторону), но и въ вертикальной, причемъ подвздошная кость суженной стороны таза смѣщается, по отношенію къ крестцовой кости, къзади и къверху.

Въ виду сказаннаго такіе тазы называются:

1) *по формѣ входа косо-овальными или косыми тазами*, причемъ косо-овальная форма можетъ быть выражена: *a)* во всѣхъ отдѣлахъ таза въ одинаковой степени, *b)* во входѣ болѣе рѣзко, нежели въ полости и въ выходѣ, и наконецъ *c)* тазъ представляется скошеннымъ во входѣ

по одному, а въ выходѣ по другому косому діаметру. Первыя двѣ формы встрѣчаются чаще, чѣмъ послѣдняя.

2) *По мѣсту суженія* они называются *односторонне-суженными*. При этомъ суженіе одной половины таза можетъ достигнуть высокой степени, между тѣмъ какъ другая половина его остается нормальной или (въ большинствѣ случаевъ) оказывается обширною. При такой аномалии, подлежащая часть, равно какъ и остальные крупныя части плода, вставляется и проходитъ только чрезъ обширную половину таза, внѣ оси его (см. внѣ осевое вставленіе головки, стр. 86).

3) Тазы, которые не только косо-овальны и односторонне-суженны, но *обѣ половины* которыхъ кромѣ того *находятся не въ одной горизонтальной и вертикальной плоскости*, т. е. одна половина смѣщена кзади и вверхъ, называются *косыми и косо-поставленными*.

Форма правильнаго женскаго таза обусловливается, какъ извѣстно, съ одной стороны, правильнымъ и равномернымъ развитіемъ какъ всѣхъ частей обѣихъ половинъ таза вообще, такъ и въ особенности равномерною шириною, длиною и высотой тѣлъ первыхъ двухъ крестцовыхъ позвонковъ и ихъ крыльевъ, вслѣдствіе чего обѣ половины крестцовой кости, какъ вполне симметричныя, оказываютъ одинаковое, по силѣ, вліяніе на растяженіе тазоваго кольца. Съ другой стороны, форма правильнаго женскаго таза обусловливается еще равномернымъ распредѣленіемъ тяжести туловища и тождественнымъ, по силѣ, сопротивленіемъ со стороны нижнихъ конечностей въ вертикальныхъ впадинахъ.

Изъ этого слѣдуетъ, что если въ томъ возрастѣ, въ которомъ кости еще не вполне окостенѣли, будетъ нарушено равномерное развитіе соотвѣтствующихъ частей обѣихъ половинъ таза; если развитіе одной половины крестцовой кости, и именно верхнихъ ея крыльевъ, будетъ ненормально, т. е. если крылья этой половины крестца будутъ укорочены, недоразвиты, атрофированы, между тѣмъ какъ крылья другой половины его останутся нормальными, то подъ вліяніемъ такого односторонняго нарушеннаго развитія частей таза, и въ особенности крыльевъ крестцовой кости, тазовое кольцо, во время своего образованія, будетъ съ обѣихъ сторонъ растягиваться неравномерно, вслѣдствіе чего произойдетъ: *a)* смѣщеніе симфиза въ сторону правильно развивающейся половины, *b)* уменьшеніе кривизны передней и увеличеніе ея въ задней части безъимянной линіи пострадавшей стороны и *c)* увеличеніе кривизны всей безъимянной линіи здоровой стороны. Вслѣдствіе всего этого входъ таза, а иногда и вся полость его принимаютъ косо-овальную форму, суженную въ одной изъ боковыхъ половинъ таза. Соотвѣтственно этому и ёмкость малаго таза представляется уменьшевною по направленію одного изъ косыхъ размѣровъ.

Съ нарушеніемъ симметріи измѣняется послѣдовательно также и распредѣленіе тяжести туловища, и именно потому, что давленіе сверху и сопротивленіе снизу передается преимущественно короткому, а не длинному плечу рычага; соотвѣтственно этому образуется искривленіе позвоночника въ сторону недоразвитой части крестца, ф. 81.



Рисунокъ ф. 81 заимствованъ изъ сочиненія *Scanzoni* и представляетъ скелетъ женщины съ рахитическимъ искривленіемъ позвоночнаго столба и вообще всѣхъ костей скелета и съ укороченіемъ праваго крыла 1-го крестцов. позвонка. Въ этомъ случаѣ *Kiwisch* произвелъ кесарское сѣченіе.

Превосходный примѣръ рахитическаго таза, по формѣ косо-овальнаго, встрѣчаемъ у проф. *Θ. К. Гусенбергера* (см. его отчетъ стр. 125, № 91). Тазъ, ф. 82, асимметричный, суженіе лѣвой половины, *lordo-scoliosis* влѣво, въ немъ участвуетъ и мысь. Нижняя часть крестца обращена влѣво. *Linea terminalis* у лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія круто согнута. Лѣвая вертлужная впадина вдавлена внутрь и приподнята вверхъ. К. 2" 6". Послѣ неудачной попытки извлечь младенца щипцами, *В. П. Этлингеръ* принужденъ былъ прибѣгнуть къ перфорациі головки живаго младенца и къ кефалотрипсиі. Мать умерла.

Фиг. 81.



Извѣстно, что крестецъ у здоровыхъ женщинъ служитъ какъ-бы пунктомъ равновѣсія между туловищемъ и нижними конечностями; на немъ сосредоточивается, съ одной стороны, вся тяжесть туловища, съ другой же—а именно со стороны нижнихъ конечностей — противодѣйствіе въ вертлужныхъ впадинахъ; поэтому-то тазъ и принимаетъ дѣятельное участіе во всѣхъ движеніяхъ тѣла. При непринужденномъ стоячемъ положеніи женщины, вертикальная линія, проведенная черезъ центръ тяжести туловища, проходитъ нѣсколько впереди отъ мѣста соединенія послѣдняго поясничнаго позвонка съ первымъ крестцовымъ. Принимая во вниманіе направленіе продольной линіи позвоночника и способъ его соединенія съ крестцомъ, становится очевиднымъ, что тяжесть туловища дѣйствуетъ на крестецъ *сзади напередъ*, причемъ центръ тяжести падаетъ на средину межвертлужнаго размѣра (*Distantia intercotyloidea*) или, говоря другими словами, сила давленія сверху равномѣрно дѣйствуетъ на равноплечій рычагъ, т. е. на обѣ боковыя половины таза; на концахъ того же межвертлужнаго размѣра сосредоточивается также и противодѣйствіе со стороны нижнихъ конечностей при посредствѣ вертлужныхъ впадинъ.

Вслѣдствіе рахитическаго или каріознаго процесса въ позвонкахъ, пареза или контрактуры мышцъ стопы, вывиха бедренной головки, односторонней атрофіи или недоразвитія крестцовой кости, рѣже отъ другихъ причинъ—измѣняется отношеніе между давленіемъ сверху и сопротивленіемъ снизу, почему происходитъ или усиленіе поясничной кривизны *впередъ* — *Lordosis*, или отклоненіе позвоночника *кзади* —



*Kyphosis*, ф. 83, или искривленіе его въ сторону — *Scoliosis*, ф. 84. Совмѣстно съ позвоночникомъ измѣняется форма грудной кѣтки, живота и таза. Сколіотическія искривленія встрѣчаются довольно часто,

Фиг. 82.



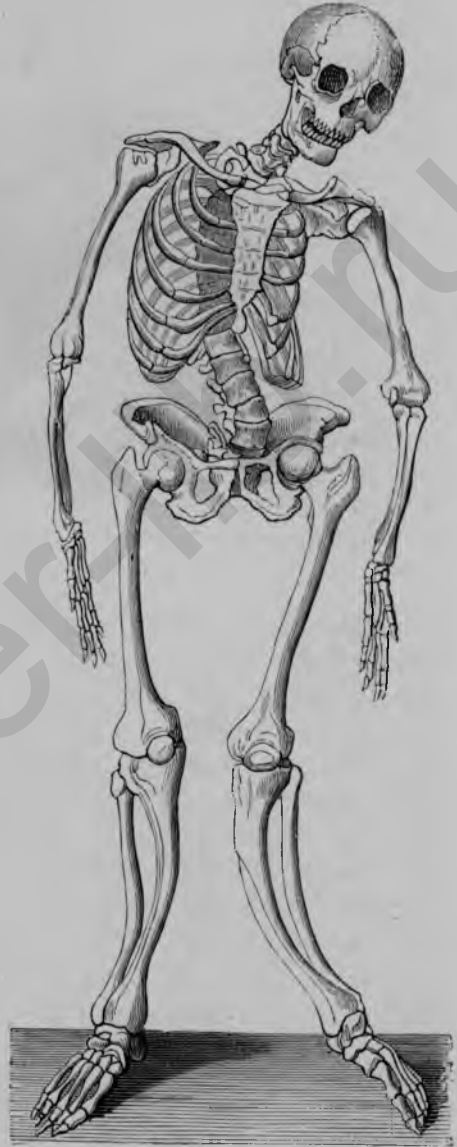
неособенно рѣдки также сочетанія формъ искривленія позвоночнаго столба — *Kypho-scoliosis* и *Lordo-scoliosis*. Единичное значительное искривленіе въ какую-либо одну сторону позвоночника никогда не встрѣчается; обыкновенно въ одно и то же время находимъ два, три искривленія: одно первичное, и затѣмъ слѣдующія поправляющія первое; такъ напр. если первоначальное искривленіе занимаетъ верхнюю часть спины и обращено, скажемъ, вправо, то въ нижней части спины и въ поясничной области образуется компенсирующее искривленіе влѣво; если такое первоначальное искривленіе помѣщается въ верхней части грудныхъ и шейныхъ позвонковъ, то образуются два компенсирующихъ искривленія, одно влѣво, другое же, переходящее и на крестцовые позвонки, опять вправо.

Какъ бы велика ни была въ такихъ случаяхъ компенсація, она сама по себѣ не въ состояніи удержать тѣло въ равновѣсіи т. е. вполне возстановитъ нарушенное первоначальнымъ искривленіемъ равномерное распределеніе тяжести туловища, ибо одна изъ боковыхъ половинъ таза, испытывая болѣе сильное давленіе главнымъ образомъ сверху и отчасти снизу (со стороны вертлужинъ), претерпѣваетъ во всѣхъ своихъ частяхъ извѣстныя измѣненія. Точно также и ненормальное сопротивленіе въ вертлужной впадинѣ, со стороны одной нижней конечности, ведетъ къ измѣненію формы таза; при неравномерномъ распределеніи тяжести туловища, измѣненія, если и не сосредоточиваются исключительно, то все-таки замѣтно преобладаютъ въ задней половинѣ таза, при неодинаковомъ же сопротивленіи въ вертлужныхъ впадинахъ, наоборотъ, они преобладаютъ

въ передней половинѣ его. Понятно, что если къ этимъ двумъ причинамъ, съ послѣдовательными измѣненіями въ положеніи связокъ и мышцъ, присоединится еще первичная или послѣдовательная асимметрія крестцовой

Фиг. 83.

Фиг. 84.



кости, то измѣненія таза достигнуть болѣе высокой степени. Измѣненія эти слѣдующія: наклоненіе вперед и въ сторону и болѣе глубокое, иногда одностороннее, выдреніе крестцовой кости, и поворотъ ея вокругъ продольной оси; смѣщеніе мыса въ сторону, недостаточно развитую; одностороннее сжатіе или укороченіе крыльевъ крестцовой кости; болѣе вертикальное положеніе подвздошной кости и смѣщеніе ея къзади и къверху; измѣненіе формы подвздошной впадины; взаимное сближеніе передней и зад-

ней стѣнки этой же стороны таза, смѣщеніе симфиза въ здоровую сторону и вслѣдствіе всего этого измѣненіе формы большаго и малаго таза. Тутъ могутъ встрѣтиться различныя формы тазовъ, какъ-то: косыя, трехъугольныя, трапецевидныя, восьмиобразныя и т. п. смѣшанныя формы (см. фиг. 67—70). Слабыя и одиночныя искривленія позвоночника, въ особенности если они помѣщаются въ верхней части грудныхъ позвонковъ, весьма мало вліяютъ на форму таза; напротивъ, чѣмъ ниже помѣщается искривленіе позвоночника и чѣмъ больше принимаетъ участіе въ немъ крестцовая кость, тѣмъ болѣе, при прочихъ равныхъ условіяхъ, обезображивается тазъ.

Обезображеніе таза не можетъ развиваться до высокой степени, если искривленіе позвоночнаго столба пріобрѣтается въ томъ періодѣ жизни, когда кости таза вполне окостенѣли и не поражены размягченіемъ. Въ этотъ періодъ жизни, а также и въ старческомъ возрастѣ, косыя формы таза обуславливаются неправильно сросшимися переломами крестцовой, подвздошной и лонныхъ костей.

Такъ какъ уменьшеніе ширины крыльевъ крестцовой кости ведетъ къ неравномѣрному распредѣленію тяжести туловища и къ ненормальному сопротивленію со стороны нижней конечности, и наоборотъ, неравномѣрное давленіе сверху и снизу въ свою очередь ведетъ къ одностороннему уменьшенію крыльевъ крестцовой кости, то обѣ эти причины, дѣйствуя въ одномъ направленіи, взаимно усиливаютъ другъ друга; зависимость одного фактора отъ другаго настолько велика, что за отсутствіемъ анамнеза, невозможно иной разъ догадаться, которая изъ причинъ предшествовала другой.

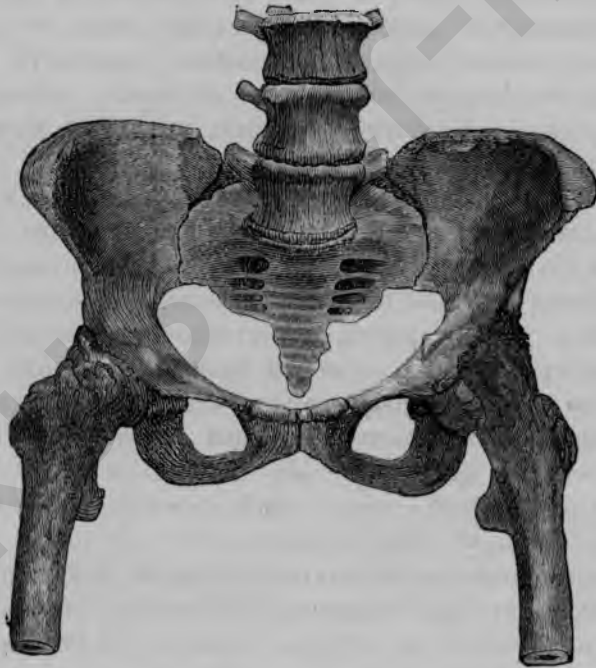
Разнообразія косыхъ тазовъ тѣсно связаны, во 1-хъ, съ тѣмъ, дѣйствуютъ ли вышеуказанныя причины совокупно или одна изъ нихъ преобладаетъ надъ другими; во 2-хъ, врожденныя ли эти причины или пріобрѣтенныя, первичныя онѣ или послѣдовательныя. Во всякомъ случаѣ будетъ ли дефектъ крыла крестца (крестцово-подвздошнаго сочлененія) первичный или вторичный, получается типическая форма косаго таза, съ тою только особенностью, что въ однихъ косо-сѣуженныхъ тазахъ подвздошная кость, соотвѣтствующая дефекту, по отношенію къ крестцовой кости *не представляется смѣщеною къзади и къверху*, въ другихъ же косо-сѣуженныхъ тазахъ такое *смѣщеніе подвздошной кости ясно выражено* и потому тазъ представляется не только косо-сѣуженнымъ, но и скошеннымъ по направленію спереди назадъ и снизу вверхъ. Эта особенность можетъ быть объяснена отчасти тѣмъ, что давленіе тяжести туловища и сопротивленіе со стороны нижнихъ конечностей въ тѣхъ и другихъ случаяхъ начало вліять на форму таза не въ одинъ и тотъ же періодъ развитія, т. е. въ однихъ случаяхъ *послѣ* образованія дефекта, въ другихъ же *раньше*. Въ первомъ случаѣ давленіе сверху и снизу начало вліять на форму таза въ то время, *когда сочлененіе по той или другой причинѣ уже утратило свою подвижность*, когда слѣдовательно не могло произойти смѣщеніе подвздошной кости. Во второмъ же случаѣ до образованія, подъ вліаніемъ искривленія позвоночника, дефекта крест-

цово-подвздошнаго сочлененія, *существовала нормальная подвижность этого сочлененія*; поэтому еще задолго до образования дефекта и косога суженія входа, тазъ постепенно скапчивался спереди назадъ и снизу вверхъ, и лишь впоследствии, будучи уже косо-поставленнымъ, принимаетъ какъ и въ первомъ случаѣ косо-суженную форму.

Болѣ рѣзкія измѣненія въ формѣ таза подѣ влияніемъ односторонняго дефекта крестцовой кости (крестцово-подвздошнаго сочлененія) развиваются только съ того времени, когда начинаютъ оказывать свое вліяніе давленіе туловища и сопротивленіе со стороны нижнихъ конечностей.

Само собою разумѣется, что чѣмъ въ болѣе раннемъ возрастѣ произойдетъ искривленіе позвоночника и одностороннее уменьшеніе ширины крыльевъ крестца, тѣмъ болѣе рѣзко будетъ выражено одностороннее суженіе и косая форма таза. Въ тѣхъ же случаяхъ, въ которыхъ асиметрія таза слабо выражена, она рѣдко составляетъ единственную неправильность; обыкновенно же ее сопутствуютъ другія измѣненія, въ сравненіи съ которыми слабо выраженная асиметрія играетъ лишь второстепенную роль, какъ напр. въ описанномъ выше тазѣ (фиг. 75) и въ слѣдующемъ фиг. 85.

Фиг. 85



Тазъ, ф. 85, обще-неравномѣрно-суженный плоскій рахитическій остистый и въ то же время слегка асимметричный.

Поясничные позвонки нормально искривлены, крестцовая кость повернута нѣсколько влѣво и наклонена болѣе нормальнаго вперед; тѣла верхнихъ трехъ крестцовыхъ позвонковъ рѣзко выдаются впередъ, вслѣдствіе чего передняя поверхность крестца въ верхней части представляется выпуклою, а не вогнутою; лѣвое крыло 1-го крест. позвонка нѣсколько короче праваго; передняя часть лѣвой безъимянной линіи прямѣе

правой, задняя же часть напротив круче. Въ области *synostosis pubo-iliaca sinistra* находится небольшая ость (высота ея 0.4, ширина у основанія 0.5). Лонное сочлененіе смѣщено вправо приблизительно на 0.75. Размѣры таза: отъ мыса а) до симфиза (К) 7.25; б) до *tuberc. pubicum* справа 7.6, слѣва 7.2; в) до *synostosis ileo-pubica* справа 7.0, слѣва 6.4; правый косой 11.2; лѣвый косой 11.5; поперечный входа 12.4. Емкость лѣвой половины входа замѣтно меньше нежели правой, форма входа косо-овальная, вытянутая по лѣвому косому размѣру.

Кромѣ этого таза въ коллекціи Спб. Род. Зав. находится еще нѣсколько тоже рахитическихъ тазовъ съ нормально искривленными поясничными позвонками и съ довольно замѣтною косо-овальною формою входа, которая въ однихъ объясняется уменьшеніемъ ширины тѣла и прилегающей къ нему части чешуи подвздошной кости, въ другихъ же — разницею въ длинѣ горизонтальныхъ вѣтвей.

*Косые тазы*, въ особенности съ болѣе высокими степенями суженія, встрѣчаются довольно рѣдко и притомъ какъ у женщинъ высокаго, такъ средняго и малаго роста.

Они раздѣляются на:

- I. Анкилотическіе косо суженные (тазы *Naegele*).
- II. Коксалмическіе косо-суженные.
- III. Сколиозо-рахитическіе косо-суженные.
- IV. Кифо-сколиозо-рахитическіе косо-суженные и
- V. Тазы съ одностороннимъ вывихомъ бедра.

#### а). Анкилотическіе косо-суженные тазы—*NAEGELE*.

Причина, обуславливающая развитіе косыхъ тазовъ, принадлежащихъ къ этой группѣ, заключается въ *анкилозъ крестцово-подвздошнаго сочлененія*.

Анкилозъ этотъ можетъ быть первичный или вторичный, пріобрѣтенный или врожденный, т. е. получившій свое начало еще во время утробной жизни. Причина, почему этиология анкилоза не могла быть до сихъ поръ достаточно разъяснена и почему столь различны мнѣнія авторовъ относительно происхожденія его, объясняется тѣмъ, что разбираемые тазы встрѣчаются вообще рѣдко. Сторонники мнѣнія *Fr. Naegele*, впервые описавшаго подобную неправильность женскаго таза <sup>1)</sup>, за первоначальную и главную причину асимметріи таза принимаютъ одностороннія измѣненія крестцовой кости, одностороннее же усиленное давленіе сверху и снизу — за послѣдовательное явленіе. Другіе, слѣдуя *Litzmann*'у, утверждаютъ совершенно обратное. Первые, руководясь изслѣдованіями *Hohl*'я, показавшаго возможность недоразвитія или даже совершеннаго отсутствія ядра окостенѣнія крыльцевъ крестца, допускаютъ существованіе слабо развитаго ядра окостенѣнія одновременно со слабымъ

<sup>1)</sup> Объ этой аномаліи таза *F. C. Naegele* впервые заявилъ 24.XI. 1832 г. въ заступаніи общества естествоиспытателей и врачей въ Гейдельбергѣ и напечаталъ въ 1834 г. въ *Heidelberg. Annale* Bd. X, p. 419 подъ заглавіемъ: „Ueber eine besondere Gattung fehlerhaft gebildeter Becken“. Въ 1839 г. онъ напечаталъ объ томъ же по, болѣе подробно въ брошюрѣ: „Das schraegverengte Becken etc.“ Mainz 1839.

развитіємъ подвздошной кости или крестцово-подвздошнаго сочлененія. Вторые, основываясь на изслѣдованіи *Luschki*'и, доказавшаго образование крестцово-подвздошнаго сочлененія ранѣе появленія ядра окостенѣнія, отвергаютъ возможность самаго окостенѣнія этого сочлененія, какъ врожденнаго порока развитія, подкрѣпляя свое мнѣніе еще тѣмъ, что процессъ анкилозирования, какъ извѣстно, никогда не переходитъ черезъ здоровое сочлененіе, имѣющее свою полость, покрытую синовиальною оболочкою. каковымъ дѣйствительно, по изслѣдованіямъ *Luschki*'и, и представляется сочлененіе крестцовой кости съ подвздошною.

Допуская возможность существованія врожденнаго и приобретеннаго анкилоза этого сочлененія, мы признаемъ въ то же время, въ томъ и въ другомъ случаѣ, согласно съ большинствомъ авторовъ, воспаленіе крестцово-подвздошнаго сочлененія за всего болѣе вѣроятную и пока единственную причину анкилоза, такъ какъ только воспаленіе, будетъ ли оно слипчивое или гнойное, ведетъ къ разрушенію и къ анкилозу самого сустава и къ замедленію или къ полной остановкѣ развитія суставныхъ отростковъ.

Подъ вліяніемъ воспаленія происходитъ уменьшеніе или атрофія крыла 1-го крестц. позвонка во всѣхъ направленіяхъ, о чемъ можно судить по остающемуся, хотя и не всегда замѣтному слѣду окостенѣнія въ видѣ валика; за образовавшеюся такимъ образомъ асимметріею крестцовой кости происходитъ, какъ послѣдовательное явленіе, нарушеніе равномернаго распредѣленія тяжести туловища и т. д.

Доискаться ближайшей причины воспаленія крестцово-подвздошнаго сочлененія въ большинствѣ случаевъ не удастся. Извѣстно только, что воспаленіе вообще легко присоединяется къ каріозному процессу и встрѣчается всего чаще у золотушныхъ и рахитическихъ дѣтей. Чѣмъ раньше у подобныхъ субъектовъ появится воспаленіе крестцово-подвздошнаго сочлененія и чѣмъ продолжительнѣе оно, тѣмъ больше замедляется развитіе прилежащихъ костей, тѣмъ рѣзче атрофія одной половины крестцовой кости и тѣмъ большей степени достигаетъ ея асимметрія.

Одною изъ главныхъ причинъ, благопріятствующихъ въ дѣтствѣ развитію воспаленія крестцово-подвздошнаго сочлененія какъ послѣдовательнаго явленія, служитъ механической инсультъ неравномерно распредѣленнаго и односторонне усиленнаго давленія вслѣдствіе первичнаго сколіотическаго искривленія позвоночнаго столба. Чѣмъ ниже помѣщается сколіозъ, чѣмъ болѣе сама крестцовая кость принимаетъ участія въ немъ, чѣмъ больше одностороннее давленіе, и чѣмъ сильнѣе механической инсультъ, въ особенности, если въ то же время существуетъ и не нормальное сопротивленіе со стороны соответствующей нижней конечности, тѣмъ скорѣе возможно появленіе того или другого вида воспаленія крестцово-подвздошнаго сочлененія съ исходомъ въ окостенѣніе или безъ него, и тѣмъ сильнѣе нарушается симметрія крестцовой кости. Возможно, что не во всѣхъ относящихся сюда случаяхъ произойдетъ анкилозъ крестцово-подвздошнаго сочлененія, но тамъ, гдѣ при подобныхъ условіяхъ анкилозъ существуетъ, онъ по отношенію къ сколіо-

тическому искривленію позвоночника составляет лишь вторичное явление, как слѣдствіе механическаго инсульта.

Воспаленіе крестцово-подвздошнаго сочлененія, развившееся въ раннемъ дѣтствѣ, иногда заканчивается не полнымъ анкилозомъ, вслѣдствіе чего подвижность его не совершенно прекращается, а только значительно ограничивается; поэтому въ подобныхъ случаяхъ, какъ показалъ *Spiegelberg*, возможно еще нѣкоторое смѣщеніе подвздошной кости кверху и кзади и именно въ томъ лишь случаѣ, если въ началѣ адгезивной формы воспаленія или въ теченіи всего процесса ребенокъ продолжаетъ ходить. При первичномъ, въ выше сказанномъ смыслѣ, анкилозѣ смѣщенія подвздошной кости не бываетъ вовсе.

Вмѣсто перечисленія характеристическихъ признаковъ анкилотического косо-суженнаго таза, привожу описаніе имѣющагося въ коллекціи Слб. Род. Зав. экземпляра такого таза.

Фиг. 86.



Анкилотическій косо-суженный тазъ (безъ исторіи), фиг. 86.

Тазъ относительно высокъ. Вѣсъ его съ двумя поясничными позвонками 670 грм. Поясничные позвонки повернуты и искривлены нѣсколько влѣво. Кости таза вообще массивны, но подвздошныя впадины (особенно правая) край верхней передней вырѣзки *ossis iliei* справа и слѣва, а также и дно вертлужныхъ впадинъ сильно просвѣчиваются. Крестцовая кость состоитъ изъ шести (?) позвонковъ съ пятью парами крестцовыхъ отверстій, изъ которыхъ *всѣ лѣвыя отверстия замѣтно меньше правыхъ* и сдвинуты съ боковъ, въ особенности два первые; *болѣе всѣхъ сдвинуто въ поперечномъ діаметрѣ первое лѣвое крестцовое отверстие. Лѣвыя крылья крестцовыхъ позвонковъ въ ширину и въ высоту развиты замѣтно слабѣе правыхъ, величина которыхъ почти нормальна. Весьма короткое и низкое лѣвое крыло первого крестцового позвонка анкилозировано съ лѣвою подвздошною костью.* Мѣсто анкилоза рѣзко обозначено разницею въ цвѣтѣ прилежа-



цихъ костей и неправильно зигзагообразною, слегка возвышенною въ видѣ валика, линією, прослѣдить которую на всемъ протяженіи анкилоза не удается. Высоко стоящій мысъ смѣшенъ влѣво. Мало вогнутая въ продольномъ и въ поперечномъ діаметрѣхъ передняя поверхность крестцовой кости обращена немного влѣво. Тѣла крестцовыхъ позвонковъ нормальной величины; 4, 5 и предполагаемый 6 крестц. позвонки, большею всего кончики, отклонены вправо, соответственно чему лѣвый край крестцовой кости представляеть замѣтную выпуклость. Остистые отростки крестц. позв. образуютъ линію, обращенную выпуклостью слегка влѣво, причемъ остистый отростокъ втораго крестц. позв. отстоитъ отъ лѣвой верхней задней оси на 1.9 и отъ правой на 3.1.

Лѣвая подвздошная кость на 1.5—1.7 менѣе широка, нежели правая, наклонена къ горизонту менѣе, нежели въ нормальномъ тазу, но больше правой подвздошной кости, положеніе которой почти вертикальное; кромѣ того, лѣвая подвздошная кость смѣщена немного назадъ и вверхъ, такъ что гребешокъ ея стоитъ выше праваго и задней оси болѣе выдаются надъ поверхностью крестца, нежели справа. Передняя половина лѣваго гребешка загнута значительно круче, нежели справа, почему лѣвая подвздошная впадина представляется болѣе глубокою, нежели правая, и обращена совершенно вправо и кнутри; правая же впадина, болѣе плоская, открыта влѣво вперед.

Лѣвая лонная кость вообще массивнѣе правой, особенно нисходящая и горизонтальная вѣтви ея; послѣдняя сходитъ съ правою горизонтальною вѣтвью подъ угломъ приблизительно въ 110°; лѣвая горизонтальная вѣтвь помѣщается выше правой и представляется совершенно прямою, почему и кажется болѣе длиною, нежели нѣсколько вогнутая внутри праваго горизонтальной вѣтви. Лѣвая половина лоннаго сочлененія помѣщается выше правой, симфизъ смѣшенъ вправо и находится прямо противъ правыхъ верхнихъ крестцовыхъ отверстій; вертикальная плоскость, проведенная черезъ середину мыса и раздѣляющая малый тазъ на двѣ неравныя части, пересѣкаетъ: а) лѣвую лонную горизонтальную вѣтвь нѣсколько кнаружи отъ ея середины, б) лѣвую сѣдалищную кость на мѣстѣ отхожденія восходящей вѣтви и в) верхнія правыя крестцовыя отверстія. Высота симфиза 3.2, толщина 1.5. Высокая и узкая лонная дуга открыта въ лѣвую, суженную сторону; лѣвая губа ея вывернута кнаружи менѣе и на болѣе короткомъ протяженіи, нежели правая.

Сѣдалищныя кости одинаковой величины, сближены между собою; лѣвая смѣщена назадъ и кнутри, бугоръ ея обращенъ наружною поверхностью немного болѣе вперед и помѣщается выше праваго. Разстояніе верхушки колчика а) отъ сѣдалищнаго бугра справа 6.2, слѣва 4.3; б) отъ *Sp. ischii* справа 5.5, слѣва 4.5. *Dist. spin. ischii* 7.8. Лѣвая большая сѣдалищная вырѣзка въ ширину на 2.0 меньше правой. Лѣвая вертлужная впадина помѣщается немного выше правой и обращена замѣтно больше ея вперед.

Задняя треть лѣвой беззигманной линіи круто загнута, переднія же овь трети ея вытянуты въ прямую линію; наоборотъ, правая *linea innominata* въ задней половинѣ изогнута менѣе, въ передней же болѣе нормального; вследствие этого входъ въ малый тазъ представляется косо-овальнымъ, вытянутымъ по лѣвому косому діаметру, причемъ узкая часть овала помѣщается въ лѣвой, анкилозированной, половинѣ таза. Косо-овальная форма удерживается во всемъ маломъ тазѣ, почти въ одинаковой степени и по направленію того же косаго діаметра.

Размѣры таза. Высота таза справа 19.8, слѣва 19.5; *D. spin.* 21.75, *D. cristar.* 24.75; отъ задней правой оси а) до передней лѣвой 17.5, б) до *tuberc. pubic. sin.* 16.75; отъ задней лѣвой оси а) до передней правой 21.25, б) до *tuberc. pubic. dextr.* 20.25; разстояніе заднихъ остей 9.4. *Conj. ext.* 18.0, *Conj. diag.* 11.6, *K*—10.9; поперечный входа 10.7; правый косой 9.0, лѣвый косой 13.3 (разница 4.3). Отъ середины мыса а) до крестцово-подвздошнаго сочлененія справа 6.4, слѣва 4.1 (?); б) до *synostosis puboiliaca* справа 10.6, слѣва 5.2; в) до середины *lineae pectineae* справа 11.3, слѣва 7.6; д) до *tuberc. pubic.* справа 11.8, слѣва 8.5; е) до верхняго края симфиза справа 11.2, слѣва 10.5; ф) до *spina ischii* справа 12.0, слѣва 9.3; г) до *tuberc. ischii* справа 15.6, слѣва 13.3. Отъ *sp. il. ant. sup.* до симфиза справа 12.5, слѣва 14.3. Отъ остистаго отростка 5-го пояснич. позв. а) до *sp. ant. sup.* справа 17.2, слѣва 13.8; б) до *tuberc. ischii* справа 19.0, слѣва 17.0. Отъ лѣваго сѣдалищнаго бугра а) до *sp. ant. sup. dextra* 21.2,



б) до праваго гребешка 22.8; с) до *sp. post. s. d.* 15.3. Отъ праваго сѣдалищнаго бугра а) до *sp. ant. sup. sin.* 23.0; б) до лѣваго гребешка 25.7; с) до *sp. post. s. sin.* 20.0. Отъ правой *sp. ischii* а) до внутренняго края лѣваго сѣдалищнаго бугра 7.9; б) до праваго сѣд. бугра 4.4. Отъ лѣвой *sp. ischii* а) до внутренняго края праваго сѣдалищнаго бугра 9.4, б) до лѣваго сѣдалищнаго бугра 4.8. Отъ симфиза а) до *sp. ischii* справа 8.9, слѣва 9.6; б) до *tuber ischii* справа 9.9, слѣва 10.7. Высота передне-боковой стѣнки малаго таза справа 9.0, слѣва 9.8. Прямой выхода 9.2, поперечный 11 см.

Описанный тазъ представляетъ нѣкоторыя уклоненія во взаимномъ отношеніи частей отъ описанныхъ другими авторами анкилотическихъ тазовъ.

Во 1-хъ, *крестцовая кость въ анкилотическихъ косо-суженныхъ тазахъ обыкновенно бываетъ повернута переднею поверхностью въ сторону анкилоза*; въ нашемъ же тазѣ поворотъ крестца влѣво, судя по передней поверхности послѣдняго, едва замѣтенъ.

Во 2-хъ, *подвздошная кость анкилозированной стороны бываетъ расположена обыкновенно болѣе вертикально, нежели на здоровой сторонѣ*; въ нашемъ же тазѣ, наоборотъ правая подвздошная кость расположена болѣе вертикально, нежели лѣвая, хотя и эта послѣдняя наклонена менѣе нормальнаго.

Въ 3-хъ, лѣвая подвздошная кость смѣщена, хотя относительно мало, къзади и къверху, что говоритъ въ пользу того, что давленіе сверху и сопротивленіе снизу начало вліять на форму таза еще до полного анкилозирования крестцово-подвздошнаго сочлененія, т. е. въ то время, когда существовала еще нѣкоторая подвижность его; поэтому нашъ тазъ, кромѣ косо-овальной формы, представляется еще скошеннымъ снизу вверхъ и спереди назадъ, отъ здоровой къ анкилозированной сторонѣ, т. е. косопоставленнымъ.

Фиг. 87.



Тазъ, *Naegele* фиг. 87, съ анкилозомъ лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія.

Лѣвая суженная половина настолько мала, что не представляетъ достаточной вмѣстимости для вставленія подлежащей части даже недоношеннаго младенца; подлежащая часть могла вступить въ правую половину входа малаго таза (внѣ оси его), ограниченную слѣва линією, проведенною отъ перваго праваго крестцоваго отверстія къ *synostosis pubo-iliaca sinistra*.

Обращаемъ вниманіе на незначительную вообще атрофію костей анкилозированной стороны и на форму лонной дуги, весьма характерную для анкилотического таза.

Фиг. 88.



Фиг. 89.



Фиг. 88 представляет косо-суженный тазъ *Гунсбергера* спереди, а фиг. 89 тотъ же тазъ сзади. Въ немъ  $K=3'' 2''$ , наружная конъюгата  $=6''$ ; роды окончились нормально послѣ неудавшагося наложенія щипцовъ, которые невозможно было сомкнуть.

#### б) Коксалгическіе косо-овальные тазы.

Форма этихъ тазовъ обусловливается односторонними патологическими измѣненіями тазобедреннаго сочлененія, чаще всего анкилозомъ его вслѣдствіе коксита. Коксалгическіе косо-овальные тазы представляютъ весьма много особенностей въ деталяхъ расположенія и во взаимномъ отношеніи частей таза, чѣмъ и объясняется разнообразіе ихъ по виду, хотя всѣ они удерживаютъ типъ косыхъ тазовъ. Особенности эти зависятъ: *a)* отъ возраста, въ которомъ произошелъ анкилозъ; *b)* отъ того, въ какой степени измѣнилась подвижность тазобедреннаго сочлененія; *c)* отъ существованія въ то же время односторонняго, приобрѣтеннаго, вывиха бедра той же стороны; *d)* отъ продолжительности болѣзни, отъ степени и причины укороченія конечности; *e)* отъ состоянія мышцъ больной половины таза и нижней конечности; *f)* отъ формы позвоночнаго столба и крестцовой кости; *g)* отъ наклоненія таза; *h)* отъ положенія субъекта во время болѣзни; *i)* отъ того, существовалъ-ли одновременно съ воспаленіемъ тазобедреннаго сочлененія рахитическій процессъ, или нѣтъ, и отъ другихъ менѣе важныхъ причинъ. Всѣ эти причины, какъ взятая порознь, такъ и въ совокупности, болѣе или менѣе вліяютъ на особенности коксалгическихъ тазовъ; *главная же причина разновидностей таза зависитъ отъ степени нарушенія дѣятельности нижней конечности, т. е. отъ того была-ли она въ полномъ бездѣйствіи, или же движенія ея были только до нѣкоторой степени ограничены.*

Принимая во вниманіе эту главную причину, можно, несмотря на все непостоянство и разнообразіе въ расположеніи и во взаимномъ отношеніи отдѣльныхъ частей таза, различать двѣ рѣзко отличающіяся

другъ отъ друга формы коксалгическихъ тазовъ. Одна, чаще встрѣчающаяся, характеризуется тѣмъ, что патологическія измѣненія тазобедреннаго сочлененія находятся въ *одной*, а суженіе таза въ *другой* его половинѣ; другая же болѣе рѣдкая форма характеризуется тѣмъ, что *анкилозъ и суженіе находятся въ одной и той же половинѣ*. Эта разница относительно мѣста суженія при коксалгическихъ тазахъ зависитъ исключительно отъ того, была-ли больная нижняя конечность употребляема при ходьбѣ или нѣтъ.

Къ *первой формѣ* относятся случаи, въ которыхъ больная нижняя конечность абсолютно не могла быть употребляема при ходьбѣ, или же употребленіе ея было крайне ограничено. Въ такихъ случаяхъ измѣняется положеніе туловища, образуется сколіотическое искривленіе поясничной части позвоночника въ сторону, противоположную больной конечности; вслѣдствіе этого центръ тяжести перемѣщается въ ту же сторону, почему большая часть тяжести туловища передается здоровой половинѣ таза и здоровой нижней конечности; ближайшимъ послѣдствіемъ такого усиленнаго давленія сверху и снизу будетъ сближеніе въ здоровой половинѣ передней и задней стѣнки таза, а слѣдовательно и уменьшеніе ёмкости. Но такъ какъ больная нижняя конечность въ такихъ случаяхъ обыкновенно замѣняется костылемъ, упирающимся въ подмышечную впадину, то хотя сколіозъ позвоночника и не достигаетъ значительной степени, тѣмъ не менѣе здоровая половина таза подвергается болѣе сильному давленію, которое, впрочемъ, только въ рѣдкихъ случаяхъ, и то въ раннемъ возрастѣ, можетъ быть настолько сильно, чтобы вызвать извѣстныя патологическія измѣненія въ крестцово-подвздошномъ сочлененіи и замѣтное укороченіе верхнихъ крыльевъ соотвѣтствующей половины крестцовой кости, такъ какъ, въ такомъ случаѣ, сопротивленіе со стороны здоровой ноги передается вертлужной впадинѣ въ усиленной степени и въ формѣ толчковъ, то измѣненія въ передней части таза бывають болѣе рѣзко выражены, нежели въ анкилотическихъ тазахъ.

Ко *второй формѣ* принадлежатъ случаи, въ которыхъ укороченная нижняя конечность ненормально дѣйствовала при ходьбѣ, напр. съ подставною деревяшкою. Въ такихъ случаяхъ при ходьбѣ все туловище съ нѣкоторымъ насиліемъ и быстротою переваливается въ сторону укороченной ноги; такое болѣе сильное толчкообразное сопротивленіе въ вертлужной впадинѣ этой стороны, особенно при сколіотическомъ искривленіи позвоночника въ здоровую сторону, легко производитъ вдавленіе передней стѣнки, а слѣдовательно суженіе больной половины таза (ф. 90).

Кромѣ того суженіе входа въ сторонѣ, пораженной кокситомъ, встрѣчается еще въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ больные, обреченные на лежаніе въ постели до самой смерти, не могли пользоваться здоровую нижнюю конечностью.

Коксалгическій тазъ Рокитанскаго, фиг. 90. Полный анкилозъ праваго тазобедреннаго сочлененія съ атрофіею этой же половины. К. 2" 10", поперечн. 5" 1", прав. кос. 3" 7", лѣвой кос. 5". Прямой выхода 3" 6", поперечный 3" 9". Разстояніе кончика

отъ сѣд. бугра справа 2", слѣва 3". Отъ сѣд. бугра до *sp. ant. sup.* справа 5" 6"', слѣва 6" 6"'. На рисунокѣ видно, что входъ скошенъ по лѣвому, а выходъ по правому косоу диаметру.

Фиг. 90.



Въ виду того, что при укороченной, но годной еще къ употребленію нижней конечности, съ одной стороны, значительно усиленное сопротивленіе причиняетъ болѣе рѣзкія измѣненія въ формѣ таза, нежели при полномъ бездѣйствии ноги, и что, съ другой стороны, сколіозъ позвоночника достигаетъ болѣе значительной степени, чѣмъ въ предъидущей формѣ коксалгическихъ тазовъ, — при второй формѣ должны встрѣчаться чаще не только болѣе высокія степени суженія, но и случаи съ односторонними измѣненіями крестцово-подвздошнаго сочлененія и верхнихъ крыльевъ крестцовой кости.

Подходящимъ примѣромъ этого можетъ служить случай, описанный впервые въ 1870 г. *Schatz*'емъ какъ примѣръ заживленія приобрѣтеннаго во время первыхъ родовъ, при поперечно-суженномъ тазѣ вслѣдствіе коксита, полного разрыва матки, и затѣмъ вторично описанный въ 1884 г. *Mennel*'емъ какъ случай рѣдкаго сочетанія нѣсколькихъ причинъ, обусловившихъ неправильность въ сущности нерахитическаго таза. Эти причины были слѣдующія: а) окостенѣніе праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія, б) кокситъ съ исходомъ въ анкилозъ праваго тазобедреннаго сустава и с) хроническій періоститъ главнымъ образомъ только внутренней поверхности правой безъимянной кости.

„Женщина, изъ трупа которой взяты тазъ (фиг. 91), до 14 лѣтъ была здорова. На 15-мъ году, по неизвѣстной причинѣ, появилась сильная боль въ правомъ тазобедренномъ сочлененіи; по прошествіи 8 дней, проведенныхъ въ постели, вслѣдъ за истеченіемъ гноя изъ нарыва, вскрывагося кнаружи и кзади отъ праваго большаго вертлуга, боль въ сочлененіи значительно уменьшилась, что позволило больной встать. Черезъ 2 недѣли появился гнойный періоститъ лѣваго предплечья, продолжавшійся цѣлый годъ. Шесть мѣсяцевъ спустя послѣ закрытія нарыва вблизи вертлуга, образовался затечный

нарывъ по серединѣ праваго бедра, гноившійся полъ-года. Прележавъ цѣлый годъ въ постели, больная съ трудомъ начала вновь ходить, причемъ произошелъ вывихъ правой надколенной чашки въ сторону наружнаго мыщелка. Съ 16 до 21 года больная исполняла тяжелую работу; въ теченіи этого времени затечный нарывъ вскрывался три раза, что принуждало больную оставаться нѣкоторое время въ госпиталѣ. Съ 22 года она болѣе не хворала, хотя боль въ тазобедренномъ сочлененіи все-таки еще существовала. На 24-мъ году она вышла замужъ и на 25-мъ году (въ 1868 г.) родила 1-й разъ.

„Роды были срочные, продолжались болѣе двухъ сутокъ. Въ началѣ родовъ предлежали ягодицы, затѣмъ на 2-й день, при полномъ зѣвѣ, въ полость таза опустилось лѣвое колѣно и правая стопа; медленное прорѣзываніе туловища потребовало извлеченія; трудное освобожденіе ручекъ, причемъ произошелъ переломъ плечевой кости. Такъ какъ головка не могла пройти черезъ входъ, то врачъ, наблюдавшій за родами, сдѣлалъ декантацию и затѣмъ повернулъ головку надъ входомъ личикомъ внизъ; въ такомъ положеніи головки сдѣлано прободеніе ея черезъ глазницу и затѣмъ извлеченіе ея положеннымъ кефалотрибомъ. По выхожденіи плаценты оказался полный разрывъ матки слѣва, произведенный, по всей вѣроятности, во время извлеченія головки выступавшими краями остатковъ шейныхъ позвонковъ.

Въ послѣродовомъ періодѣ за родильницею наблюдалъ *Dr. Schatz* <sup>1)</sup>. „Вскорѣ послѣ родовъ появились признаки остраго травматическаго перитонита; недѣлю спустя вытекла изъ рукава внезапно масса гноя; черезъ 4 недѣли больная находилась уже внѣ опасности, еще черезъ 6 недѣль она могла уже встать. Спустя четыре недѣли послѣ родовъ матка прощупывалась вправо надъ входомъ, влѣво же отъ нея помѣщалась опухоль въ дѣтскую головку; изъ рукава выдѣлялось еще много гноя. Такъ какъ въ положеніи больной на спинѣ невозможно было произвести внутреннее изслѣдованіе по причинѣ неподвижности въ тазо-бедренномъ сочлененіи праваго бедра, аддукцированнаго подъ острымъ угломъ, то оно произведено въ лѣвомъ боковомъ положеніи и при этомъ найденъ разрывъ нижней  $\frac{1}{3}$  рукава, затянувшійся рубцомъ. Влагалищная часть шейки покрыта всюду слизистою оболочкою, глубокихъ рубцовъ на ней нигдѣ не найдено, въ зѣвѣ находился гной; при надавливаніи снаружи на опухоль, помѣщавшуюся слѣва отъ матки, изъ зѣва вытекала свѣжая струя гноя. Такое истеченіе гноя прекратилось лишь на 4-мъ мѣсяцѣ послѣ родовъ.

„Стоять на выпрямленныхъ обѣихъ ногахъ больная не можетъ, все туловище ея балансируетъ на правомъ колѣнѣ, при этомъ позвоночникъ настолько сильно изгибается влѣво, что послѣднее правое ребро упирается въ *crista il. dextra*; если больная стоитъ на правой ногѣ, то ростъ ея уменьшается болѣе, чѣмъ на дюймъ; при стояніи же на лѣвой ногѣ, правая нога свѣшивается нѣсколько кнутри отъ продольной линіи, не достигающая пола на 3 см.; походка тяжелая и неуклюжая, причемъ больная придаетъ стопѣ положеніе какъ при *Pes equinus*. Съ помощью наружнаго и внутренняго изслѣдованія таза *Schatz*'у удалось опредѣлить значительное сплюсненіе всей правой половины таза, вдавленною внутрь переднею половиною правой стѣнки таза.

„Въ 1870-мъ г. она родила во второй и въ 72-мъ г. въ третій разъ; оба раза были вызваны преждевременные роды, оконченные поворотомъ и извлеченіемъ. Оба младенца родились мертвыми. Въ 74-мъ году 4-ые роды возбуждены искусственно въ концѣ 9-го луннаго мѣсяца беременности. Извлеченный въ ягодичномъ положеніи младенецъ, длиною 49 см., умеръ черезъ  $\frac{1}{2}$  часа (экссудативный плевритъ и сжатіе легкихъ). Въ 75-мъ году 5-ые роды, искусственно возбужденные въ началѣ 10-го мѣсяца. Искусственный поворотъ младенца наружными приѣмами изъ затылочнаго въ ягодичное положеніе; въ теченіи дня произошелъ произвольный поворотъ младенца сперва въ затылочное и затѣмъ незадолго до полнаго открытія матки опять въ ягодичное положеніе. Извлеченъ хорошо развитый младенецъ, нѣсколько болѣе, нежели четвертый; онъ умеръ черезъ 3 дня (трещина свода черепа и кровоизліяніе подъ темянную кость). Въ 77-мъ году 6-ые роды, тоже искусственно возбужденные въ началѣ 10-го мѣсяца. Внутренній поворотъ на ножку. Трудное освобожденіе головки. Почти совершенно зрѣлая дѣвочка (длина 51.0)

<sup>1)</sup> Въ настоящее время профессоръ въ Роштокъ.

жива до сихъ поръ. Въ 80-мъ году 7-ые роды. При внутреннемъ изслѣдованіи надъ правую безымянную линію найдена опухоль, величиною въ яблоко, принятая за анкилозировавшую головку бедра. Роды возбуждены искусственно въ концѣ 9-го мѣсяца. Поворотъ и извлеченіе. Родившаяся въ глубокой асфиксіи дѣвочка оживлена черезъ  $\frac{1}{4}$  часа, но въ тотъ же день умерла (*Haematoma capitis et Haemorrhagia cerebri*). Вѣсъ ея 2800 грм., длина 45 см. Послѣродовой періодъ, какъ и всѣ предыдущіе, протекъ правильно; за исключеніемъ коллапса тотчасъ послѣ родовъ и однократнаго повышенія  $t^{\circ}$  до  $40^{\circ}$  осложненій никакихъ не было. Въ 1881-мъ году 8-ые искусственные преждевременные роды въ половинѣ 9-го мѣсяца. Плодъ весьма подвиженъ надъ входомъ; въ началѣ ягодичное, затѣмъ поперечное положеніе. Поворотъ на обѣ ножки и извлеченіе. Родившаяся въ легкой асфиксіи дѣвочка, хотя и была векорѣ оживлена, тѣмъ не менѣе умерла черезъ 12 часовъ (ателектазъ легкихъ и гематома на правой теменной кости). Повышенная уже во время родовъ температура поднялась на 2-й д. post part. до  $40,5$ . На 12-й день послѣ родовъ родильница умерла при нѣмическихъ явленіяхъ.

„При вскрытіи, кромѣ явленій, подтвердившихъ прижизненный діагнозъ, найдена еще неподвижность праваго тазобедреннаго сочлененія; въ области его находились втянутые рубцы; сочлененіе окружено мозолисто утолщеною тканью, въ которой находились гнойники, сообщающіеся съ сочлененіемъ. Тазовые органы соединены съ правою стѣнкою таза мозолисто утолщеною соединительною тканью. На передней стѣнкѣ рукава, непосредственно ниже края шейки матки, находится гнойникъ, окруженный мозолистою соединительною тканью, вмѣщающій палецъ и сообщающійся фистулѣзнымъ ходомъ съ мочевымъ пузыремъ.

„*Описаніе скелетированнаго таза.* Правое крестцово-подвздошное сочлененіе вполне анкилозировано; верхняя часть праваго крыла крестцовой кости значительно атрофирована и обращена болѣе впередъ и внутрь; нижняя же часть ея, по величинѣ нормальная, обращена болѣе къзади. Область анкилоза густо усеяна острыми остеофитами. Правая подвздошная кость смѣщена вверхъ и къзади; она гораздо толще, выше и прямѣе лѣвой, внутренняя ея поверхность, а также и правая *lin. terminalis* до симфиза, покрыта, неправильной формы, зубчатными остеофитами, между которыми находятся ложкообразныя углубленія, влѣдствіе чего поверхность эта представляется скорѣе выпуклою, нежели вогнутою. Между *sp. il. anteriores* (sup. et inf.) находятся также остеофиты, переходящіе отчасти на переднюю  $\frac{1}{3}$  наружной поверхности правой подвздошной кости, гдѣ они достигаютъ наибольшей величины. Область праваго тазобедреннаго сочлененія гораздо массивнѣе лѣвой; тѣла подвздошной и сѣдалищной костей значительно утолщены насчетъ увеличенія костной массы. Вокругъ правой вертлужной впадины тянется новообразованная, неправильной формы, костная масса, выполняющая вертлужную вырѣзку и покрывающая отчасти шейку бедра, со стороны которой на встрѣчу имъ тянется такая же костная масса; влѣдствіе этого кажется, будто головка бедра глубже обыкновеннаго вдавлена въ вертлужную впадину. Правое бедро находится въ положеніи аддукціи и ротацин; остальные детали видны на прилагаемой фиг. 91.

„Размѣры таза: Sp. 23.0, Cr. 27.5, Troch. 29.5, Conj. ext. 19.0. Отъ позвоночнаго столба (?) до sp. post. sup. справа 3.0, слѣва 4.5. *Размѣры входа:* К 9.3, поперечн. 11.5, *правый косой* 12.8, лѣвый косой 11.0. Dist. sacro-coty. справа 5.5, слѣва 8.8; *широкой части:* прямой 11.0, поперечный 10.0; *правый косой* 11.5, лѣвый косой 13.5; *узкой части:* прямой 11.7, поперечный 8.6; *выхода:* прямой 10.5, поперечный 10.0. Высота таза справа 17.5, слѣва 19.9“.

Мы не приводимъ здѣсь сдѣланнаго *Schatz'*емъ при жизни женщины схематическаго рисунка, въ виду большаго сходства его съ фиг. 91, вырѣзанной съ фотографическаго снимка; скажемъ только, что этотъ рисунокъ *Schatz'*а показываетъ, насколько точное понятіе о ёмкости таза можно составить себѣ помощью тщательнаго изслѣдованія. На рисунокѣ *Schatz'*а правая половина таза представлена вдавленною, внутрь болѣе, нежели на фиг. 91, но если на этой фигурѣ къ правой половинѣ входа присоединить ту массу каллезной ткани, о которой упоминаетъ *Mennel* и которая при жизни выполняла правую половину таза, или если на рисунокѣ *Schatz'*а отбросить часть на эту каллезную ткань, то сходство его съ фиг. 91, будетъ почти полное.

Происхождение этого неправильнаго таза довольно ясно; *Mennel* допускаетъ, что анкилозъ праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія существовалъ еще до развитія воспаленія тазобедреннаго сочлененія той же стороны; намъ же кажется болѣе вѣроятнымъ, что прежде всего развился кокситъ, а затѣмъ послѣдовательно и подъ вліяніемъ его

Фиг 91.



произошло воспаленіе и анкилозъ праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія, что легко можно допустить, принимая во вниманіе такой разлитой періоститъ; въ пользу нашего предположенія говорить: а) смѣщеніе правой половины таза кверху и кзади, возможное, на что мы указывали выше (см. анкилотическій косо-сѣуженный тазъ), только при подвижности крестцово-подвздошнаго сочлененія, анкилозъ котораго и въ данномъ случаѣ не могъ быть распознанъ при жизни, и б) укороченіе правой нижней конечности послѣ развитія коксита.

Что касается положенія и взаимнаго отношенія частей, то коксалгическіе тазы, кромѣ односторонняго сѣуженія, представляютъ за многими исключеніями, хотя и не тождественныя, но всѣ тѣ же измѣненія, на которыя было указано выше при описаніи анкилотическихъ косо-сѣуженныхъ тазовъ; только здѣсь эти измѣненія далеко не такъ постоянны и не находятся въ такой тѣсной связи съ тою или другою формою коксалгическихъ тазовъ или съ сѣуженіемъ той или другой половины таза. Изъ болѣе важныхъ измѣненій, свойственныхъ коксалгическимъ косымъ тазамъ, укажемъ на слѣдующія:

1) Общая, обыкновенно весьма рѣзко выраженная и несвойственная анкилотическимъ косо-сѣуженнымъ тазамъ *атрофія всего таза* и въ особенности *анкилозированной половины* его.

Извѣстно, что хрящъ, выстилающій вертлужную впадину и помѣщающійся между тѣлами костей, составляющихъ безъимянную кость, служитъ источникомъ для образованія послѣдней; поэтому во всѣхъ случаяхъ пораженія тазобедреннаго сочлененія (вертлужной впадины) наблюдается атрофія безъимянной кости на сторонѣ коксита.



2) Въ коксалгическихъ тазахъ измѣненія преобладаютъ въ передней части больной половины таза, между тѣмъ какъ въ анкилотическихъ косо-суженныхъ тазахъ обѣ части пострадавшей половины таза принимаютъ почти одинаковое участіе въ измѣненіи формы входа.

3) Коксалгическіе тазы представляются какъ бы *торжвированными*, т. е. повернутыми около поперечной оси, причемъ *больная половина ихъ бываетъ обыкновенно больше здоровой наклонена кпереди*. Вслѣдствіе такой разницы въ наклоненіи обѣихъ половинъ таза, *больная и здоровая стороны входа не находятся въ одной и той же плоскости*. По той же причинѣ *измѣняется отношеніе входа къ выходу, т. е. входъ бываетъ скошенъ по одному, а выходъ по другому косою діаметру*. Въ тазахъ *Naegele* не существуетъ ни такой рѣзкой разницы въ наклоненіи обѣихъ половинъ таза, ни подобнаго отношенія входа къ выходу.

4) Во входѣ обыкновенно *бываетъ сужена здоровая, а не больная половина, какъ въ анкилотическихъ косо-суженныхъ тазахъ*.

5) Сѣдалищные бугры располагаются обыкновенно слѣдующимъ образомъ: сѣдалищный бугоръ здоровой половины таза смѣщается кверху и кнутри, по направленію къ крестцовой кости; на больной же сторонѣ онъ смѣщается кпереди и выворачивается болѣе или менѣе кнаружи и кверху. Совершенно обратно располагаются сѣдалищные бугры при полномъ бездѣйствіи больной нижней конечности или при продолжительномъ сидѣніи преимущественно на анкилозированной сторонѣ, причемъ сѣдалищный бугоръ этой стороны отдавливается и отчасти даже загибается кнутри и кверху, на здоровой же сторонѣ оттягивается кнаружи и загибается кверху.

Послѣдствіемъ такого обратнаго расположенія сѣдалищныхъ бугровъ является измѣненное отношеніе между входомъ и выходомъ таза, т. е. *входъ таза въ такихъ случаяхъ скошенъ по направленію одного, выходъ же по направленію другого косою діаметра* (см. ф. 90, 92 и 93). Такого отношенія входа къ выходу не бываетъ въ анкилотическихъ косо-суженныхъ тазахъ.

6) Лонная дуга обыкновенно бываетъ *низкая и широкая* и потому не представляетъ такого сильнаго препятствія для врѣзыванія предлежащей части, какое встрѣчаетъ послѣдняя со стороны узкой и высокой лонной дуги въ анкилотическихъ косо-суженныхъ тазахъ.

7) *Linea terminalis* никогда не бываетъ въ суженной сторонѣ таза такъ круто загнута (подъ болѣе или менѣе острымъ угломъ), какъ въ тазахъ *Naegele*, вслѣдствіе чего входъ въ малый тазъ бываетъ, во 1-хъ, обширнѣе и, во 2-хъ, болѣе правильной овальной формы, нежели въ анкилотическихъ косо-суженныхъ тазахъ, что дало поводъ нѣкоторымъ авторамъ называть коксалгическіе тазы косо-овальными, въ отличіе отъ косо-суженныхъ или анкилотическихъ косыхъ тазовъ; въ 3-хъ, благодаря такой формѣ входа, вставленіе предлежащей части или вовсе не встрѣчаетъ препятствія, или, если и встрѣчаетъ, то весьма малое; поэтому при коксалгическихъ тазахъ не приходится наблюдать внѣ-осевого вставленія головки, какъ то бываетъ при тазахъ *Naegele*.



Изъ всего сказаннаго о коксалгическихъ тазахъ видно, что они представляютъ только ограниченное сходство съ анкилотическими косо-суженными тазами, съ которыми они обыкновенно и описывались подъ одною рубрикою косыхъ тазовъ. Указанныя выше особенности, свойственныя исключительно коксалгическимъ тазамъ, достаточно оправдываютъ, въ клиническомъ и въ анатомо-патологическомъ отношеніи, выдѣленіе ихъ въ отдѣльную группу, какъ это было мною сдѣлано уже въ первомъ изданіи этого руководства (1865 г.).

Привожу описаніе двухъ коксалгическихъ тазовъ, имѣющихся въ коллекціи Спб. Род. Зав., съ исторіями родовъ.

I. Тазъ родильницы № 322 1873 г.

Перворождающая. Лѣвосторонній лордо-сколиозъ. Анкилозъ и вывихъ праваго тазо-бедреннаго сочлененія. *Pes equinus dexter*. Анкилозъ лѣваго колѣна. Сильное наклоненіе таза. Срочные роды. Преждевременное излитіе водъ. Судорожныя боли. Кровавое расширеніе маточнаго зѣва. Поворотъ на ножку. Смерть плода во время труднаго извлеченія головки (въ заднемъ видѣ). Наложеніе кефалотриба на послѣдующую головку. Смерть родильницы на 13-й д. *post partum*.

II. Г—ва, 27 л., беременная въ 1-й разъ, поступила въ Сбп. Род. Зав. 11-го марта 1873 года, въ 9 ч. 30' у., черезъ 12 ч. отъ начала родовыхъ болей, съ зѣвомъ, открытымъ на палець. II косое положеніе, передній видъ.

Роженца малаго роста и слабого тѣлосложенія. Съ 3-го года жизни страдаетъ воспаленіемъ праваго тазо-бедреннаго сочлененія. Правое бедро вывихнуто къзади, анкилозировано въ положеніи флексіи и аддукціи; задней поверхности верхней  $\frac{1}{3}$  праваго бедра находится свищевой ходъ, изъ котораго выдѣляется жидкій гной. Правая нога укорочена и значительно атрофирована; правая стопа въ положеніи *Pes equinus*. Лѣвое колѣно анкилозировано. Позвоночный столбъ замѣтно изогнутъ; поясничный лордозъ весьма рѣзко выраженъ, слабѣе выраженъ сколиозъ влѣво. Задняя поверхность крестцовой кости, при вертикальномъ положеніи роженцы, обращена почти совершенно къверху, а симфизъ прямо внизъ; наклоненіе таза весьма значительное. Правая подвздошная кость ниже и менѣе широка, нежели лѣвая; правый сѣдалищный бугоръ тоньше лѣваго, расположенъ нѣсколько ближе къ кончику. Размѣры таза: Тр. 29, Сг. 26, Sp. 22 *Conj. ext.* 21.5, *Conj. diagon.* 11.5.

11-го марта въ 11 ч. у. истекли воды, зѣвъ открытъ на  $1\frac{1}{2}$  п., родовыя боли сильныя; предлежащая головка подвижна, помѣщается надъ правою половиною входа, давленіемъ снаружи ее можно перевести въ лѣвую половину входа, но она тотчасъ же отходитъ обратно въ правую половину. Въ 8 ч. в. *status quo*; боли сильныя съ короткими промежутками. Въ 11 ч. в. матка судорожно обхватываетъ плодъ; схватки безъ перемежекъ; зѣвъ на 2 п., края его толсты и натянуты. Сдѣлана одна настычка спереди и двѣ по бокамъ зѣва, нѣсколько къзади; зѣвъ на 3 п.п. Въ 2 ч. у. 12. III *status quo*, поэтому, захлороформировавъ роженцу до полнаго наркоза, приступили къ повороту на ножку.

При положеніи роженцы на лѣвомъ боку, введена, постепенно, въ полость матки правая рука, причемъ, несмотря на полный наркозъ, матка все время, почти безъ перемежекъ, судорожно сжимала руку, что мѣшало отыскванію ножекъ, такъ что прошло  $\frac{1}{4}$  ч., пока удалось захватить и низвести лѣвую ножку, затѣмъ поворотъ произведенъ безъ большаго затрудненія. Извлеченіе туловища и освобожденіе ручекъ совершилось довольно легко, *спинка упорно оставалась обращенною къзади и въправо*; затрудненіе представило извлеченіе головки, которая подбородкомъ зацѣпилась за лѣвую горизонтальную вѣтвь, что въ связи съ сильными сокращеніями матки препятствовало низведенію головки въ полость таза; наконецъ сильными тракціями за плечики, при одновременномъ сильномъ поднятіи туловища ребенка прямо къверху, удалось низвести затылокъ настолько, что онъ показался въ выходѣ таза, откуда головка *легко и скоро извлечена* кефалотрибомъ

Guyon'a, наложеннымъ только для того, чтобы испытать его дѣйствіе, такъ какъ было бы достаточно щипцовъ; инструментъ держался очень плотно и хорошо. Послѣдъ вышелъ черезъ 10'. Роды продолжались 31 ч. 40'. Извлеченъ мертвый мальчикъ, вѣсившій 3450 грм.; длина его 48.0, окружность головки 36.0. Температура sub partu была повышена. Въ послѣдовомъ періодѣ съ перваго же дня появились зловонныя очищенія, Endometritis coli traumatica., флегмона тазовой клѣтчатки и общій перитонитъ, при явленіяхъ котораго наступила смерть на 13-й день.

Скелетированный съ поясничными позвонками тазъ, фиг. 92, тяжелъ. Поясничные

Фиг. 92.



позвонки довольно рѣзко искривлены кпереди и въ то же время повернуты и искривлены немного влѣво, въ особенности 4 первыхъ поясничныхъ позвонка. Кости таза неравнобѣрной толщины, вообще массивны, лѣвая подвздошная впадина просвѣчивается; атрофія всей правой безъименной, въ особенности же сѣдалищной кости.

Передняя поверхность крестцовой кости значительно вогнута какъ въ продольномъ, такъ и въ поперечномъ направленіи; задняя поверхность ея болѣе нормальнаго выпукла; мысъ стоитъ высоко. Высота крестца 9.1, ширина основанія 10.4. Наружная половина верхней поверхности праваго крыла 1-го кр. позв. вытянута въ видѣ отростка кверху, между тѣмъ какъ та же часть лѣваго крыла слегка выпукла, расположена почти горизонтально и какъ бы оттянута къзади, вслѣдствіе чего край ушковидной поверхности праваго крыла расположенъ значительно болѣе вертикально, нежели согнутый подъ угломъ соотвѣствующій край лѣваго крыла; кромѣ того, край правой ушковидной поверхности по серединѣ довольно сильно вогнутъ и вмѣщается въ себѣ выступъ правой подвздошной кости; слѣва же этотъ край только слегка вогнутъ. Крылья 1-го кр. позвонка одинаковой длины; высота праваго крыла 3.6, лѣваго 2.3, зато толщина праваго 3.4, а лѣваго 4.3; промежутокъ между остистыми отростками и гребешкомъ подвздошной кости справа приблизительно на 0.5—0.7 глубже и нѣсколько болѣе узокъ, нежели слѣва. Правая подвздошная кость на 1.2 менѣе широка и на 1.5 ниже лѣвой; расположена она болѣе вертикально, нежели лѣвая; передній край ея на 0.5 короче, нежели слѣва; верхне-передняя вырѣзка короче и менѣе вогнута, нежели лѣвая; задняя губа гребешка справа толще нежели слѣва; правая верхняя

задняя ость тоньше лѣвой; правая подвздошная впадина болѣе широка, но менѣе глубока, нежели лѣвая, не просвѣчиваетъ и обращена влѣво и впередъ, между тѣмъ какъ болѣе глубокая лѣвая подвздошная впадина обращена прямо вправо; правый гребешокъ спереди менѣе круто загнуть, нежели лѣвый.

Правая лонная кость тоньше и меньше лѣвой; менѣе всего атрофирована нисходящая вѣтвь ея; тѣло правой лонной кости вывернуто немного кнаружи, такъ что внутренняя поверхность ея обращена не только кнутри, но и къверху, вслѣдствіе чего укороченная (около 1.0) горизонтальная вѣтвь представляется нѣсколько торквированною; правый tuberc. pub. недостаточно ясно выраженъ. Лонное сочлененіе смѣщено немного вправо, высота его 3.6 (справа меньше, нежели слѣва), толщина его справа и слѣва 1.3. Относительно низкая и широкая лонная дуга открыта немного вправо; губы ея вообще мало вывернуты кнаружи, правая меньше лѣвой.

Правая сѣдалищная кость значительно болѣе атрофирована, нежели подвздошная и лонная кости этой стороны; она тоньше и меньше лѣвой; болѣе всего атрофированъ ея мало вывернутый кнаружи сѣдалищный бугоръ, находящійся въ болѣе близкомъ разстояніи отъ верхушки крестца, нежели массивный и болѣе нормальный загнутый кнаружи лѣвый сѣдалищный бугоръ; точно также и правая sp. ischii находится ближе лѣвой къ верхушкѣ крестца. Двѣ параллельныя линіи, проведенныя въ поперечномъ направленіи черезъ сѣдалищные бугры, отстоятъ другъ отъ друга на 0.9. Правая большая сѣдалищная вырѣзка меньше лѣвой; правое foramen obturat. неправильной формы, значительно меньше лѣваго. Правое бедро вывихнуто къзади и анкилозировано подъ острымъ угломъ съ правою вертлужною впадиною, которая меньше лѣвой и помѣщается ниже ея.

Входъ въ малый тазъ неправильно овальнаго очертанія, вытянуть по направленію справа спереди влѣво и къзади; *меньше закругленная, болѣе узкая часть овала помѣщается въ задней части лѣвой (здоровой) половины входа; въ выходъ же таза суженіе помѣщается обратно—въ задней части правой половины выхода; следовательно, входъ въ тазъ скошенъ по лѣвому, а выходъ по правому косоу размѣру.*

Размѣры таза. Высота таза справа 17.0, слѣва 19.3; высота передне-боковой стѣнки (отъ сѣдалищнаго бугра до synostosis pubo-iliaca) справа 7.9, слѣва 9.3. Dist. spin. 21.3, crist. 24.0; отъ задней правой ости а) до передней лѣвой 19.5, б) до tuberc. pub. sin. 15.9; отъ задней лѣвой а) до передней правой 20.0, б) до tuberc. pub. dextr. 16.5. Разстояніе заднихъ остей 11.2; между остистымъ отросткомъ V-го поясн. позв. и заднею губою гребешка справа 4.2, слѣва 5.1. Conj. ext. 20.2, Conj. diag. 11.4, К 10.2. Попер. входа 13.0; правый косою 12.1, лѣвый косою 13.0. Отъ середины мыса а) до крестцово-подвздошнаго сочлененія справа 5.7, слѣва 5.3; б) до synostosis pubo-iliaca справа 9.0; слѣва 7.9; в) до середины lin. pectin. справа 10.1, слѣва 9.4; д) до sp. ischii справа 9.1, слѣва 10.0; е) до tuber ischii справа 13.2, слѣва 13.5. Отъ остистаго отростка V поясн. позв. а) до sp. ant. sup. слѣва 15.3, справа 14.7; б) до tuber ischii слѣва 16.0, справа 14.1. Разстояніе sp. il. ant. отъ симфиза справа 11.4, слѣва 13.5. Отъ лѣваго сѣд. бугра а) до sp. ant. sup. dextra 21.5, б) до праваго гребешка 24.3; в) до sp. post. dextra 16.5. Отъ праваго сѣдал. бугра а) до sp. ant. sup. sin. 22.2; б) до лѣваго гребешка 24.8; в) до sp. post. sin. 15.0. Отъ правой sp. ischii а) до внутренняго края лѣваго сѣдалищнаго бугра 11.2; б) до праваго сѣдал. бугра 4.3; отъ лѣвой sp. ischii а) до внутренняго края праваго сѣдалищнаго бугра 10.4, до лѣваго сѣдал. бугра 3.9; отъ верхушки крестца а) до сѣдалищнаго бугра справа 7.3, слѣва 8.1; б) до spina ischii справа 4.5, слѣва 5.3; отъ симфиза а) до sp. ischii справа 9.2, слѣва 9.6; б) до tuber ischii справа 9.5, слѣва 10.1. Разстояніе между sp. ischii 9.0; прямой выхода 9.4, поперечный выхода 11.3. Ширина праваго foramen isch. maj. 3.9, лѣваго 4.4. Размѣры праваго foramen. obturat.: а) задній край 3.6, б) нижній 3.3, в) верхній 2.9; лѣваго foramen obturat.—а) 4.7, б) 3.5, в) 3.8. Всѣхъ таза съ пятью позвонками и частью бедеръ 810 грм.

## II. Тазъ родильницы № 259 1873 г.

Второрождающая. Незначительный сколіозъ поясничныхъ позвонковъ влѣво. Неполный анкилозъ праваго тазо-бедреннаго сустава. Частыя

и сильныя родовыя боли. Отѣкъ передней губы маточнаго зѣва. Произвольное окончаніе родовъ. *Metrorrhagia gravis* въ 5-мъ срокѣ. *Expressio placentae*. Продолжительность родовъ 21 ч. 20'. Смерть на 3 д. *Endometritis et Peritonitis*.

Татьяна Алексѣева, 27 л., беременная во 2-й разъ, поступила въ Род. Зав. 24-го февраля 1873 г. въ 4 ч. 30' у., черезъ 3 часа отъ начала родовыхъ болей, съ зѣвомъ, открытымъ на 2 п. п. Роженица средняго роста, хорошаго тѣлосложенія; по ея словамъ въ дѣтствѣ она долго страдала золотухой; въ концѣ 3-го года появилось воспаление праваго тазо-бедреннаго сустава; сколько времени она пробыла въ постели, не знаетъ, но съ того времени, вслѣдствіе укороченія правой ноги, она начала хромать. Въ послѣднее время беременности ноги сильно отекали и неоднократно появлялся поносъ со рвотой. Первые роды, 3 г. т. н., длились долго и окончены, по словамъ роженицы, щипцами. На наружной поверхности праваго бедра, вблизи *troch. major*, находится давнишній втянутый рубецъ, подвижный надъ подлежащими тканями. Правая нога и правая ягодица значительно атрофированы. Правая нога укорочена. Отъ *troch. maj.* а) до *condyl. ext.* слѣва 38.0, справа 37.0, б) до *malleolus ext.* слѣва 76.5, справа 75.0. Правое бедро аддуцировано и флектировано; правая голень вывернута кнаружи и кзади и согнута въ колѣнѣ подъ угломъ около 105°; сгибаніе и разгибаніе колѣна очень ограниченное; еще больше ограничена подвижность въ правомъ тазобедренномъ суставѣ. Правая стопа въ положеніи *pes equinus*; она меньше лѣвой. Кости таза вообще тонки; высота таза справа видимо меньше, нежели слѣва; правый гребешокъ болѣе вытянутъ, нежели лѣвый, загнутый въ передней половинѣ круто внутрь. Правый сѣдалищный бугоръ рѣзко выдается, отъ тоньше лѣваго и загнутъ нѣсколько кнутри. Отъ передней правой до задней лѣвой ости 20.5; отъ передней лѣвой до задней правой ости 20.0; отъ передней правой до задней правой 12.5; отъ передней лѣвой до задней лѣвой 15.5. *D. troch.* 29.25, *cristar.* 25.0, *spinar.* 22.0. *Conj. ext.* 17.5. Поясничные позвонки слегка искривлены влѣво. Размѣры живота: окружн. 94.0, отъ лобка а) до пупка 22.0 б) до мечевиднаго отростка 41.5. Матка правильной формы, нормально подвижна, высота ея дна 39.0. I затылочное положеніе. На большихъ дѣтородныхъ губахъ варикозные узлы. Зѣвъ открытъ на 2 п., плодный пузырь плохо наливается, головка подвижна надъ входомъ *Promontorium* не достигается, правая половина таза представляется меньше лѣвой.

Въ 9 ч. 50' у. при зѣвѣ на 3 п. истекли воды. Въ 11 ч. дня почти полное открытіе матки, головка надъ входомъ, стрѣловидный шовъ въ правомъ косомъ размѣрѣ; вслѣдствіе родовой опухоли прощупать родничковъ не удалось. Боли частыя и сильныя. Съ 12 ч. хлороформированіе съ промежутками. Въ 2 ч. 30' п. пд. головка *in statu quo*, головная опухоль увеличилась, края зѣва матки отекаютъ, особенно передняя губа. Душъ въ 30° R. и хлороформированіе во время болей не до полнаго наркоза. Въ 4 ч. 30' характеръ болей не измѣнился; головка опустилась въ широкую часть таза, стрѣловидный шовъ между прямымъ и правымъ косымъ. Къ 8 ч. вечера головка опустилась въ узкую часть полости таза. Хлороформированіе прекращено. Въ 10 ч. 15' в. головка прорѣзалась въ правомъ косомъ размѣрѣ. Въ 5-мъ періодѣ обильное маточное кровотеченіе, послѣдъ удаленъ по способу *Credé*. Родившаяся дѣв. вѣсна 3800 грм., длина ея 27.5+24.75; окружн. головки по прямому діаметру, вмѣстѣ съ *caput succedaneum* 37.0. Слѣдовъ давленія на головкѣ не найдено. *Caput succedaneum* помѣщалось на правой темянной и на верхней части затылочной кости. Черезъ 8 ч. *post part.* температура родильницы поднялась до 40°, при R. 108, и P. 24. Въ началѣ третьихъ сутокъ родильница умерла при явленіяхъ *Endometritid. et Peritonitid. diffusae*.

При вскрытіи, кромѣ измѣненій, соответствовавшихъ прижизненному діагнозу, найдена еще значительная атрофія праваго *musc. ileo-psoas*, имѣвшаго сухожильный видъ, и кромѣ того значительное утолщеніе и напряженіе праваго *lig. ileo-femoralis*.

Скелетированный (съ 4 поясничными позвонками и съ частью бедеръ) тазъ, фиг. 93, очень легковѣсенъ. Всѣ кости таза, въ особенности его правой половины значительно атрофированы. Поясничные позвонки повернуты немного влѣво.

Крестцовая кость наклонена болѣе нормальнаго кпереди, передняя ея поверхности повернута нѣсколько вправо, весьма мало вогнута въ поперечномъ размѣрѣ, и то только

у основанія, въ продольномъ же діаметрѣ она совершенно пряма; задняя ее поверхность мало выпукла. Тѣло 2-го кр. позв. смѣщено немного вправо и шире тѣла 1-го и 3-го кр. позвонковъ; тѣла 4 и 5 кр. позв. относительно широки, но сдавлены сверху внизъ; тѣла 3-го и 4-го и въ особенности 5-го кр. позв., совмѣстно съ копчикомъ отклонены влѣво и загнуты въ видѣ крючка кпереди.

Фиг. 93.



*Promontorium* стоитъ высоко, смѣщенъ немного влѣво. На задней части верхней поверхности крыльевъ 1-го кр. позв. находится съ каждой стороны по одному отростку, направленному кверху и кнаружи. Левыя крылья 1-го и 2-го кр. позвонковъ на 0.4 каждое короче правыхъ крыльевъ. Высота крестца 9.4, ширина его основанія 10.4.

Чешуя правой подвздошной кости на 0.5 менѣе широка и приблизительно на 1.0 менѣе высока, нежели лѣвая; она не только расположена болѣе вертикально, нежели лѣвая чешуя, наклоненная менѣе нормального, но кромѣ того наклонена еще немного кнутри; передній край ея на 0.6 длиннѣе, нежели слѣва; правая верхняя вырѣзка вогнута менѣе лѣвой. Правый гребешокъ менѣе загнутъ кнутри, нежели лѣвый, болѣе нормального S-образно искривленный. Чешуи подвздошныхъ костей настолько тонки, что подвздошныя впадины почти сплошь просвѣчиваютъ; правая подвздошная впадина обращена влѣво кнутри и нѣсколько внизъ; лѣвая же болѣе глубокая впадина какъ бы смѣщена кзади и обращена вправо и нѣсколько впередъ; задняя часть лѣвой чешуи болѣе выдается надъ заднею поверхностью крестцовой кости, нежели справа, почему промежутокъ между остистыми отростками кр. позвонковъ и заднею частью чешуй слѣва болѣе глубокъ, нежели справа. Разстояніе заднихъ остей 10.4.

Вся правая половина передней стѣнки малаго таза наклонена и повернута около продольной оси такъ, что внутренняя поверхность сѣдалищной и лонной костей обращена не только внутрь, но отчасти влѣво и кверху, наружная же поверхность ихъ обращена вправо кнаружи и внизъ. Такимъ образомъ правая безъимянная кость представляется болѣе наклоненною кпереди, нежели лѣвая, смѣщенная кзади и вверхъ, слѣдовательно, наклоненіе обѣихъ половинокъ таза неодинаковое, правая половина наклонена болѣе, чѣмъ лѣвая. Кромѣ того, верхняя и нижняя половины правой безъимянной кости согнуты сверху и снизу по направленію кнутри — къ полости малаго таза, причѣмъ уголъ сгиба соответствуетъ углу, образуемому чешуею правой подвздошной кости и горизонтальною вѣтвью лонной кости.

Правая лонная кость нѣсколько тоньше, короче и помѣщается ниже лѣвой; внутренняя поверхность тѣла правой лонной кости представляетъ довольно большую и глубокую поперечно-овальную впадину съ неровнымъ шероховатымъ дномъ; правая горизонтальная вѣтвь довольно сильно заострена; правый *tuberc. pubic.* весьма слабо развитъ. Лонное сочлененіе смѣщено нѣсколько вправо; *обѣ половины его находятся въ разныхъ плоскостяхъ*; верхній край симфиза представляетъ по срединѣ уступъ, такъ что правая половина симфиза помѣщается на 1.2 ниже лѣвой, причемъ верхній край симфиза смѣщенъ впереди, нижній же къзади; положеніе лѣвой половины симфиза почти нормальное. Высота правой половины лоннаго сочлененія на 0.3 короче высоты лѣвой половины его; толщина симфиза 0,8. Относительно низкая, но довольно широкая лонная дуга открыта вправо; тонкія вѣтви ея находятся въ разныхъ плоскостяхъ; правая вѣтвь сдвинута къзади, такъ что лонная дуга имѣетъ видъ несовершенно вытянутой спирали; губы лонной дуги слабо развиты и почти вовсе не вывернуты кнаружи, лѣвая губа нѣсколько болѣе вывернута, нежели правая.

Правая сѣдалищная кость тоньше лѣвой, ея сѣдалищный бугоръ смѣщенъ далеко къзади. Правая вертлужная впадина немного меньше лѣвой. Правое *foram. obturat.* помѣщается не вертикально, какъ лѣвое, но косо сверху спереди отъ симфиза внизъ къ сѣдалищному бугру; форма его овальная, верхняя половина широкая, а нижняя узкая. Правое *foramen isch. maj.* значительно короче и уже лѣваго.

Входъ въ малый тазъ представляется почти поперечно-овальнымъ, *слегка скошеннымъ по лѣвому косому размѣру*; лѣвая безымянная линія гораздо круче загнута, нежели правая. *Выходъ таза напротивъ значительно скошенъ по правому косому размѣру* и представляетъ неравнобедренный трехъугольникъ, самая короткая сторона котораго обращена вправо и взадъ и соответствуетъ промежутку между правымъ сѣдалищнымъ бугромъ и верхушкою копчика, верхушка же трехъугольника обращена влѣво и впередъ. Отъ праваго сѣдалищнаго бугра до верхушки копчика 6.2, отъ верхушки копчика до лѣваго сѣдалищнаго бугра 9.7, отъ лѣваго до праваго сѣдалищнаго бугра 10.3.

Размѣры таза. *Высота* таза справа 14.5, слѣва 16.8. *Dist. spinar.* 20.0, *crisar.* 20.5. Отъ задней правой ости а) до передней лѣвой 19.0, б) до *tub. pub. sin.* 16.0. Отъ задней лѣвой ости а) до передней правой 18.3, б) до *tub. pub. dextr.* 16.2; *Conj. ext.* 14.8, *diagon.* 9.3, *K.* 7.7; *d. tr.* 14.4, *obliq. d.* 12.6, *obliq. sin.* 13.7. Отъ середины мыса а) до крестц. подвзд. сочл. справа 6.8, слѣва 5.5; б) до *syn. p. il.* справа 9.2, слѣва 7.1; в) до середины *lin. pectin.* справа 8.6, слѣва 7.8; д) до *tub. pub.* справа 8.8, слѣва 7.9; е) до верхн. края симфиза справа 8.4, слѣва 7.6; ф) до *sp. ischii* справа 8.6, слѣва 8.9; г) до *tub. ischii* справа 10.4, слѣва 12.0. Отъ остистаго отростка V поясн. позв. а) до *sp. il. ant. sup.* справа и слѣва по 14.0; б) до *tub. ischii* справа 13.5, слѣва 17.0. Отъ *sp. il. ant. sup.* до верхняго конца симфиза справа 10.2, слѣва 13.6. Отъ лѣваго сѣдалищ. бугра а) до *sp. ant. sup. d.* 19.5, б) до праваго гребешка 21.0, в) до *sp. il. post. dextra* 18.0. Отъ праваго сѣдалищ. бугра а) до *sp. il. ant. sup. sin.* 20.75, б) до лѣваго гребешка 21.5, в) до *sp. il. post. sup. sin.* 14.5. Отъ правой *sp. ischii* а) до внутренняго края лѣваго сѣдалищ. бугра 9.9, б) до праваго сѣдалищ. бугра 3.6. Отъ лѣвой *sp. ischii* а) до внутренняго края лѣваго сѣдалищ. бугра 5.2, б) до праваго сѣдалищ. бугра 10.1. Отъ верхушки копчика а) до сѣдалищ. бугра справа 6.9; слѣва 9.7, б) до *sp. ischii* справа 5.8, слѣва 6.9. Отъ верхняго конца симфиза а) до правой и лѣвой *sp. ischii* по 10.5, б) до *tub. ischii* справа 9.7, слѣва 9.5. *Dist. sp. ischii* 10.9; прямой выхода 11.2, поперечный выхода 10.3. Вѣсъ таза съ поясничными позвонками и частью бедеръ 450 грм.

Оба описанные коксалгическіе таза представляются скошенными во входѣ по лѣвому, а въ выходѣ по правому косому диаметру; во второмъ тазѣ (ф. 93) это отношеніе входа къ выходу болѣе рѣзко выражено. Обращаю вниманіе на рѣзкую атрофію всей пострадавшей половины таза, въ особенности ея передней стѣнки; подобная атрофія не встрѣчается ни въ одномъ изъ другихъ видовъ косыхъ тазовъ. Второй тазъ вообще значительно больше атрофированъ, нежели первый; кромѣ того, въ немъ рѣзко выражена разница въ наклоненіи правой и лѣвой половины таза.

с) Сколиозо-рахитическіе косо-сѣуженныя тазы.

**Характеристика сколіотическихъ косо-сѣуженныхъ тазовъ** <sup>1)</sup>. Тазы этого вида представляются наклоненными въ одну изъ сторонъ, гораздо чаще въ лѣвую, нежели въ правую; кромѣ того они косо-поставлены, т. е. сѣуженная искривленная половина таза смѣщена вверхъ и стоитъ выше, почему и наклоненіе ея меньше, нежели другой половины таза. Сколіозъ поясничныхъ позвонковъ распространяется и на крестцовую кость, верхушка которой въ такомъ случаѣ обыкновенно бываетъ отклонена взадъ и въ сторону, противоположную искривленію.

*Promontorium* бываетъ смѣщенъ въ сторону сколіоза, куда также наклонена и крестцовая кость, повернутая немного впередъ и влѣво; при этомъ половина ея, соотвѣтствующая сколіозу, представляется (хотя и не всегда), укороченною насчетъ сжатія съ этой стороны крыла 1-го крестцоваго позвонка; противоположное крыло того же позвонка бываетъ наоборотъ вытянуто въ длину. Вслѣдствіе такого положенія крестцовой кости *ligamenta vagapost. ossis sacri, ileo-lumbalia et ileo-sacralia*, оказываютъ, какъ и въ другихъ косыхъ тазахъ, неодинаковое вліяніе на подвздошныя кости; въ искривленной половинѣ эти связки оттягиваютъ заднюю часть подвздошной кости немного взади и внизъ, вслѣдствіе чего болѣе вертикально расположенная чешуя подвздошной кости закругляется и уменьшается въ ширину; впадина ея становится болѣе глубокою и обращенною кнутри, а гребешокъ сильнѣе S-образно изогнутъ; со стороны же непораженной половины таза, связки по причинѣ смѣщенія ихъ вмѣстѣ съ позвонками въ противоположную сторону, тянутъ подвздошную кость за собою, почему она представляется болѣе вытянутою, болѣе отклоненною кнаружи и болѣе широкою и низкою; впадина же ея—обращенною впередъ и въ сторону искривленія. Вертлужная впадина, на сторонѣ сколіоза, обыкновенно приподнята и немного вдавлена внутрь. Сѣдалищный бугоръ какъ бы сплющенъ и чаще бываетъ смѣщенъ вверхъ и загнутъ кпереди и кнаружи; безъимянная линія, недалеко отъ крестцово-подвздошнаго сочлененія, представляетъ крутой изгибъ, передняя же половина ея или вытянута въ прямую линію или слегка S-образно изогнута въ области *synost. pubo-iliaca*. Лонное сочлененіе смѣщено въ сторону, противоположную сколіозу. Лонная дуга обыкновенно довольно широка, но иногда не бываетъ такою высокою, какъ въ анкилотическихъ тазахъ. Плоскость входа въ малый тазъ представляется скошенной и сѣуженною въ сторонѣ сколіоза, выходъ же таза наоборотъ расширенъ въ сторонѣ сколіоза и сѣуженъ въ противоположной сторонѣ <sup>2)</sup>. Хотя въ сколиозо-рахитическомъ

<sup>1)</sup> Излагаемое ниже относится къ лѣво-стороннему сколіозу, т. е. къ сколіозу, обращенному *выпуклостью* влѣво; при право-стороннемъ сколіозѣ тѣже измѣненія помѣщаются въ правой половинѣ таза (Leopold).

<sup>2)</sup> По формѣ лонной дуги и по отношенію входа къ выходу сколиозо-рахитическіе тазы представляютъ сходство съ коксалгическими.



тических тазахъ прямой размѣръ входа и выхода значительно укорочены, тѣмъ не менѣе прямой выхода, въ противоположность къ слѣдующей группѣ косыхъ рахитическихъ тазовъ, остается все-таки длиннѣе конъюгаты.

Такъ какъ сколіозъ хотя и не исключительно, тѣмъ не менѣе всего чаще развивается на рахитической почвѣ, то, кромѣ указанныхъ признаковъ, сколіотическимъ тазамаъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, присущи еще признаки, свойственные рахитическимъ тазамаъ.

При описаніи анкилотического и коксалгического тазовъ было указано, что и при этихъ двухъ формахъ поясничные позвонки въ большей или меньшей степени бывають искривлены въ сторону дефекта, но въ нихъ сколіозъ никогда не достигаетъ высокой степени. Въ сколіозо-рахитическихъ тазахъ наоборотъ сколіозъ бываетъ рѣзко выраженъ и составляетъ первичное измѣненіе, одностороннее же укороченіе крыльевъ крестцовой кости по отношенію къ сколіозу составляетъ гораздо чаще вторичное явленіе. Это отношеніе между сколіозомъ и асимметріею крестца не измѣняется и въ тѣхъ далеко не рѣдкихъ случаяхъ, въ которыхъ сколіозъ поясничныхъ позвонковъ развился подъ вліяніемъ односторонняго усиленнаго давленія въ вертлужной впадинѣ со стороны укороченной нижней конечности; только въ такихъ случаяхъ сколіозъ составляетъ тоже вторичное явленіе, асимметрія же крестца — явленіе третичное, какъ результатъ взаимнаго дѣйствія сколіотического искривленія позвоночника и укороченія нижней конечности.

Развился ли сколіозъ на рахитической почвѣ или на нерахитической, былъ ли онъ вторичнымъ или первичнымъ явленіемъ, степень односторонняго суженія находится въ зависимости отъ того, насколько крестцовая кость сама по себѣ принимаетъ участіе въ сколіозѣ. Участіе это выражается или только тѣмъ, что крестцовая кость наклоняется впередъ и въ сторону сколіоза, или же тѣмъ, что одновременно съ этимъ искривляются и позвонки ея. Какъ бы великъ самъ по себѣ ни былъ сколіозъ, но при существованіи его въ верхнихъ грудныхъ позвонкахъ крестцовая кость принимаетъ самое малое участіе въ искривленіи, наибольшее же участіе ея проявляется при равенствѣ дугъ первоначальнаго и исправляющаго сколіоза (см. ф. 94 *b*, *c* и *f*).

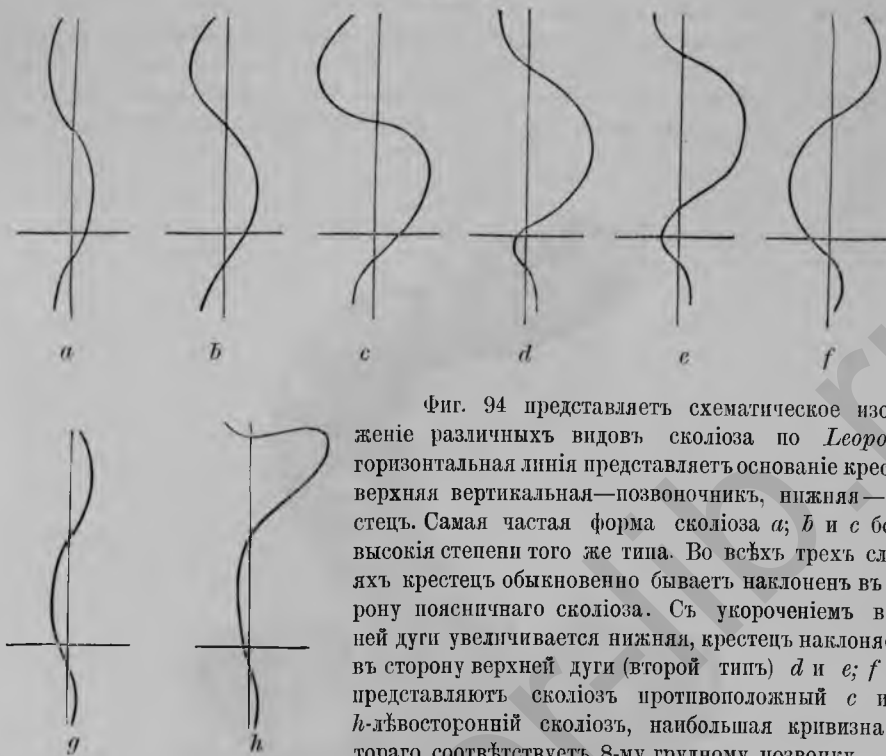
Гораздо чаще встрѣчается та форма сколіотического искривленія позвоночнаго столба, при которой верхніе грудные позвонки образуютъ дугу, обращенную вынуклостью вправо (ф. 94 *a*), нижніе же грудные совмѣстно съ поясничными, или же поясничные вмѣстѣ съ крестцовыми образуютъ компенсирующую дугу, обращенную выпуклостью влѣво.

Несравненно рѣже встрѣчается другая совершенно обратная форма сколіотического искривленія позвоночника (ф. 94 *f*). Между тѣмъ и другимъ видомъ искривленій существуетъ много переходныхъ формъ: ф. 94. *b*. *c*. *d*. *e*. *g*. *h*.

(См. ф. 81 стр. 132, ф. 82 стр. 133 и ф. 84 стр. 134).



Фиг. 94.



Фиг. 94 представляет схематическое изображение различных видов сколиоза по *Leopold'u*; горизонтальная линия представляет основание крестца, верхняя вертикальная—позвоночник, нижняя—крестец. Самая частая форма сколиоза *a*; *b* и *c* болѣе высокія степени того же типа. Во всѣхъ трехъ случаяхъ крестецъ обыкновенно бываетъ наклоненъ въ сторону поясничнаго сколиоза. Съ укороченіемъ верхней дуги увеличивается нижняя, крестецъ наклоняется въ сторону верхней дуги (второй типъ) *d* и *e*; *f* и *g* представляютъ сколиозъ противоположный *c* и *a*; *h*—лѣвосторонній сколиозъ, наибольшая кривизна котораго соотвѣтствуетъ 8-му грудному позвонку.

Привожу описаніе имѣющагося въ коллекціи Спб. Род. Зав. одного въ высокой степени сколиозо-рахитическаго-косо-сѣуженнаго таза, ф. 95.

*Primiraga*. *Pneumonia chronica*. Сколиозъ грудныхъ позвонковъ вправо и поясничныхъ влѣво; обще-неравномѣрно-сѣуженный косою тазъ. Укороченіе лѣвой ноги. Преждевременное излитіе водъ. Рѣдкія и слабыя боли въ I періодѣ, частыя и болѣзненные въ II и III періодахъ. II ножное положеніе. Извлеченіе туловища и головки мертваго плода. Продолжительность родовъ 45 ч. 50'. Смерть родильницы на 16 д. *post part*.

Прасковья Протопопова 30 л., беременная въ 1 разъ, малаго роста, слабago тѣлосложенія, поступила въ Род. Зав. 14 октября въ 10 ч. 45' у., 32 ч. спустя отъ начала родовыхъ болей и черезъ 2½ ч. по излитіи водъ. Значительное сколиотическое искривленіе позвоночника отъ 1-го до 5-го груднаго вправо, отъ 5-го по 12-е влѣво и съ 1-го поясничнаго позвонка опять вправо; наклоненіе крестца мало замѣтно. *Dist. tr.* 27.0 *zpinar.* 21.5, *cristar.* 23.0, лѣвый косою 19.0, правый косою 18.25. Лѣвая нога немного укорочена. Боли рѣдкія и слабыя. Дно матки отклонено вправо, въ лѣвой сторонѣ ея прощупывается твердая круглая часть; сердцебиеніе плода ясно слышно справа выше пупка. Зѣвъ открытъ на 1 п.; высоко, надъ входомъ, предлежатъ ягодницы, а ниже ихъ помѣщается лѣвая ножка. Въ 10 ч. 30' в. зѣвъ на 3½ п. Боли частыя и весьма болѣзненные; т° 38, Р. 90. Сердцебиенія плода не слышно. Сильная чувствительность всего живота при малѣйшемъ дотрогиваніи. Въ 11 ч. матка вполне открыта, предлежащая часть опустилась къ выходу и въ 11 ч. 5' начала врѣзываться; въ 11 ч. 35' извлечена мертвая дѣвочка. Послѣдъ вышелъ черезъ 15'. При извлеченіи плода произошелъ разрывъ промежности, зашитый потомъ металлическими швами. Мертворожденная дѣвочка вѣсила 3100 грм., длина ея 27+23.5, окружн. головки 31.2, прям. 11.0, больш. косою 11.5, мал. косою 10.0, больш. поперечн. 9.0, плечики 10.5, *troch.* 9.0.

Въ послѣродовомъ періодѣ температура продолжала повышаться: появились Col-

pitis traumat. gangraenosa, Endometritis, Metrophlebitis и на 16-й день родильница умерла при эмических явлениях.

Скелетированный таз со всеми поясничными и восемью нижними грудными позвонками *вѣситъ только 430 грм.* По величинѣ онъ относится къ малымъ общеправомѣрно-суженымъ тамамъ; *правая половина таза наклонена впереди больше, нежели лѣвая*; кости таза вообще тонки, слѣва тоньше, нежели справа, за исключеніемъ сѣда-

Фиг. 95.



лицнаго бугра; лѣвая подвздошная и лѣвая вертлужная впадины просвѣчиваютъ. Слѣды рахита вообще слабо выражены; мѣстами вдоль гребешковъ и лонныхъ вѣтвей находятся слабо выраженные слѣды болѣе поздняго окостенѣнія хряща.

Имѣющіеся при тазѣ *поясничные и грудные* (ф. 95 и 96<sup>1)</sup> *позвонки спирально изогнуты и образуютъ двѣ дуги, одну верхнюю—первоначальную,—обращенную выпуклостью вправо, и другую нижнюю—компенсирующую,—обращенную выпуклостью влѣво*; вершина верхней дуги помѣщается между 4 и 5 грудными позвонками, вершину же второй дуги занимаетъ верхній край I поясн. позвонка. Тѣла 5, 6 и отчасти 7 грудн. позвонковъ наклонены и обращены переднею поверхностью вправо и внизъ; тѣла 8, 9, въ особенности 10, отчасти и 11 грудн. позв. обращены прямо впереди, причемъ лѣвая поверхность ихъ обращена почти прямо вверхъ, а правая прямо внизъ, такъ что поперечный діаметръ ихъ находится не въ горизонтальной, а въ вертикальной плоскости. Остистые отростки съ 5 по 10 грудн. позв. обращены влѣво и внизъ, но не соответствуютъ серединѣ тѣлъ этихъ позвонковъ. Тѣла отчасти 11-го, затѣмъ 12-го грудн. и I-го поясничн. позв. обращены влѣво и впереди; лѣвая поверхность 11-го и 12-го грудн. позв. обращена вверхъ и влѣво, а I-го поясн. позв. прямо влѣво; правая треть этихъ трехъ позвонковъ сильно сжата, почему высота тѣла справа на 1.0—1.2 меньше, нежели слѣва; правая поверх-

<sup>1)</sup> Ф. 96 тотъ же тазъ сзади.

ность ихъ представляется въ видѣ узкаго и довольно глубокаго желоба. Остистый отростокъ 11-го груди. позв. обращенъ прямо къзади. Тѣла II—V поясничныхъ позвонковъ обращены, въ увеличивающейся степени, вправо и впередъ; несмотря, однако, на это *остистые отростки ихъ, также какъ I-го поясн. и 12-го груди. позвонковъ, обращены не къзади и влево, а къзади и вправо*, суставные отростки ихъ слѣва нѣсколько вытянуты, а потому и болѣе длинны, нежели справа.

*Крестцовая кость* относительно мало наклонена впередъ; ея передняя, поверхность мало вогнута, въ особености въ продольномъ диаметрѣ; первый кр. позв. обращенъ немного вверхъ и вправо, хотя и меньше, нежели поясничные позвонки; остальная же часть крестца чуть-чуть повернута не вправо, а влево. Судя по передней поверхности,

Фиг. 96.



нельзя сказать, чтобы крестцовая кость была наклонена въ ту или другую сторону задняя же, мало выпуклая, поверхность представляетъ замѣтное наклоненіе крестцовой кости основаніемъ вправо, причемъ верхушка крестца отклонена влево и слегка загнута впередъ; продольная линия тѣла и остистыхъ отростковъ крестцовой кости весьма слабо изогнута вправо. Promontorium едвали смѣщенъ въ ту или другую сторону. Такимъ образомъ крестцовая кость, образуя третій небольшой изгибъ опять-таки вправо, относительно мало участвуетъ въ искривленіи всего позвоночнаго столба.

*Весь первый крестцовый позвонокъ, въ особености верхній край его тѣла, направленъ въскось, справа и сверху-влево и внизъ*, такъ что правое крыло его стоитъ замѣтно выше лѣваго; кромѣ того, правое крыло на 0.6 короче лѣваго, но зато высота и толщина его больше; задняя часть верхней поверхности его выпукла вверхъ и обращена впередъ, та же поверхность лѣваго крыла какъ бы смѣщена прямо къзади и обращена прямо вверхъ. По серединѣ верхняго края ушковидной поверхности праваго крыла находится выступъ, вдающійся въ соответствующую часть подвздошной кости такимъ образомъ, что между ними образуется короткій сквозной каналъ, оканчивающійся съзади

болѣе узкимъ отверстіемъ въ промежуткѣ между заднею губою подвздошной кости и крестцомъ.

Тѣла и крылья остальныхъ крестцовыхъ позвонковъ расположены параллельно другъ съ другомъ; правыя и лѣвыя крылья ихъ не представляютъ существенной разницы; мѣста соединенія тѣлъ крестцовыхъ позвонковъ имѣютъ видъ поперечныхъ валиковъ. Высота крестцовой кости 10.4, ширина ея основанія 9.5.

*Чешуя лѣвой подвздошной кости наклонена нѣсколько болѣе нормально къ горизонту, она менѣе широка и велика, нежели почти совершенно вертикально расположенная правая чешуя.* Лѣвая подвздошная впадина какъ бы смѣщена къзади, дно ея просвѣчиваетъ; она глубже правой и обращена вправо кпереди и вверхъ, напротивъ, болѣе плоская правая подвздошная впадина обращена, хотя и въ меньшей степени, только влево, но не вверхъ. Болѣе тонкая, нежели справа, задняя треть лѣвой чешуи какъ бы вытянута къзади, но не кнутри; она менѣе круто и дугообразно загнута книзу и менѣе S-образно изогнута, нежели правая, толстая задняя треть когорой, сходясь съ среднею третью почти подъ прямымъ угломъ, менѣе выдается надъ заднею поверхностью крестца, нежели лѣвая чешуя, почему промежутокъ между верхушкою остистаго отростка V поясн. позв. и заднею третью той и другой чешуи слѣва болѣе глубока и узокъ, нежели справа, несмотря на то, что этотъ остистый отростокъ отклоненъ немного вправо. Лѣвая верхняя задняя остъ помѣщается нѣсколько выше правой; разстояніе между задними остями 10.4.

*Лѣвая лонная кость* немного тоньше правой. *Лѣвая горизонтальная вѣтвь, почти совершенно прямая*, мало вогнута снаружи и то въ области симфиза; на верхней поверхности ея существуетъ низкій острый гребешокъ, оканчивающійся небольшою остью въ области слегка вдавленного внутрь и приподнятаго кверху лѣваго *synostosis pubo-iliaca*. Лѣвая половина лоннаго сочлененія стоитъ нѣсколько выше правой. Правая горизонтальная вѣтвь нормально вогнута. Лонное сочлененіе смѣщено немного вправо, высота его 3.0. Лонная дуга низкая, внизу довольно широкая, вѣтви ея весьма мало вывернуты кнаружи, въ особенности справа.

*Лѣвый сѣдалищный бугоръ*, нѣсколько болѣе толстый, нежели правый, смѣщенъ немного кпереди и отвороченъ кверху. Лѣвое *foram. obturat.* немного меньше праваго. Лѣвая болѣе глубокая вертлужная впадина вдавлена кнутри и обращена болѣе кпереди, нежели меньшая по величинѣ. Лѣвая *incis. isch. maj.* болѣе узка и менѣе высока, нежели правая.

*Лѣвая беззямная линия*, на разстояніи 1.7 отъ лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія, представляетъ крутой изгибъ; отсюда она направляется кнутри и за синостозомъ загибается слегка кнаружи, у внутренняго же конца лѣвой горизонтальной вѣтви опять загибается кнутри. Правая беззямная линия не представляетъ правильной дуги; на разстояніи 3.3 отъ праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія, она довольно круто загнута кнутри, хотя и менѣе, нежели лѣвая; переднія же двѣ трети ея почти нормально вогнуты.

*Входъ въ малый тазъ вытянутъ по лѣвому косому діаметру, лѣвая половина его сужена.* Выходъ же таза вытянутъ по правому косому діаметру.

Размѣры таза. Высота таза справа 14.7, слѣва 14.5. *Dist. spinar.* 21.9. *cristar.* 22.1. Отъ задней правой ости а) до передней лѣвой 18.8, б) до *tuberc. pub. sin.* 14.3; отъ задней лѣвой а) до передней правой 18.8, б) до *tuberc. pub. dextra* 15.2. *Conj. ext* 12.0, *diagon.* 9.7, *K* 8.4. *Diam. transv.* 12.3, правый косою 9.7, лѣвый косою 11.3 (разница 1.6). Отъ середины мыса а) до крестцово-подвздошнаго сочлененія справа 5.0, слѣва 5.5; б) до *synost. pubo-iliaca* справа 7.8, слѣва 5.9; в) до середины *lin. pectin.* справа 8.4, слѣва 6.9; д) до *tuberc. pub.* справа 9.1, слѣва 8.2; е) до верхняго края симфиза справа 8.8, слѣва 8.4; ф) до *sp. ischii* справа 10.2, слѣва 9.8; г) до *tuber ischii* справа 13.2, слѣва 12.8. Отъ *sp. il. ant. sup.* а) до симфиза справа 11.1, слѣва 14.2; б) до *proces. spin. vert. lumb.* V справа 14.9, слѣва 13.5. Отъ лѣваго сѣдалищн. бугра а) до *sp. ant. sup. dextra* 20.4, б) до *crista dextra* 21.8; в) до *sp. post. sup. dextra.* 17.0; д) до *proc. spin. vert. lumb.* V 15.5. Отъ праваго сѣдал. бугра а) до *sp. ant. sup. sin.* 21.8; б) до *crista sin.* 22.1; в) до *sp. post. sup. sin.* 15.1; д) до *proc. spin. vert. lumb.* V 15.3. Отъ правой *sp. ischii*

а) до внутр. края лѣваго сѣдал. бугра 11.9; б) до праваго сѣдал. бугра 3.2. Отъ лѣвой *sp. ischii* а) до внутр. края праваго сѣдал. бугра 11.0; б) до лѣваго сѣдал. бугра 3.3. Отъ верхушки крестца а) до сѣдал. бугра справа 8.7, слѣва 9.8; б) до *sp. ischii* справа 7.1, слѣва 7.2. Отъ верхняго края симфиза а) до *sp. ischii* справа 9.3, слѣва 9.5; б) до *tuber ischii* справа 9.5, слѣва 9.8. *D. sp. ischii* 10.8, прям. выхода 10.6, попер. 10.4.

*Эпикризь.* Въ описанномъ тазу входъ представляетъ двойное измѣненіе: во 1-хъ а) значительное укороченіе (на 2.1) конъюгаты, б) относительно небольшое укороченіе (на 1.2) поперечнаго діаметра и с) рѣзкій загибъ заднихъ третей правой и лѣвой безымянной линіи,—признаки, характерныя для плоскаго обще-неравномѣрно-суженнаго таза, и во 2-хъ одностороннее суженіе и косо-овальную форму, развившуюся подъ вліяніемъ сколіотическаго искривленія всего позвоночника. Несомнѣнно, что не будь сколіоза, тазъ представился бы только малымъ по величинѣ и сплюснутымъ спереди назадъ; несомнѣнно также и то, что сплюсненіе его предшествовало сколіозу, развившемуся нѣсколько позже, но еще въ то время, когда смѣщеніе отдѣльныхъ частей таза было возможно. Отчасти этимъ сочетаніемъ, отчасти же состояніемъ костей таза, т.-е. крестца и подвздошныхъ чешуй (рахитъ), происхожденіемъ сколіоза и другими причинами, ускользящими обыкновенно отъ анамнеза, объясняются нѣкоторыя отклоненія, представляемыя описаннымъ тазомъ, отъ указаннаго выше взаимнаго отношенія и расположенія частей. Вліяніе сопротивленія лѣвой нижней конечности выразилось приподнятіемъ вверхъ и вдавленіемъ внутрь верхней стѣнки лѣвой вертлужной впадины.

Считаю полезнымъ привести здѣсь краткую исторію таза *Th. Гусенбергера* (см. его отчетъ за 1867—77 г., стр. 219), ф. 97<sup>1)</sup>.

Фиг. 97.



Сколіозо-рахитической косо-овальной тазъ съ суженіемъ правой стороны. *Conj. vera* 6.7. Прободеніе и кефалотрипсія головки недоношеннаго мертваго плода. Продолжительность родовъ 30 ч. 25'. Смерть матери на 12 д. *post part.* При вскрытіи найдено воспаленіе брюшины и сильная *Pudrorrhachis in columnis* крестцовой кости.

„Крестьянка 25 л., перворождающая, поступила въ Московское Родовспомогательное Заведеніе, спустя 22 ч. отъ начала родовыхъ болей. Правая нога тоньше и короче лѣвой, повернута немного внутрь. Хромаетъ. Правосторонній сколіозъ спины съ компенсаціею влѣво поясничной части позвоночника. Правый гребешокъ немного выше лѣваго. *Crista sacralis* придвинута къ правой *sp. il. post. sup.*; *Dist. troch.* 26.0, *sp.* 22.0 *cr.* 27.0, *Conj. ext.* 16.5; значительное наклоненіе таза. Сердцебѣнія и движенія младенца нѣтъ. Мышь смѣщена вправо, промежутокъ между нимъ и *tuberc. ileo-pect. dextr.* не болѣе 2.0. Нижній конецъ крестцовой кости сильно загнутъ впередъ, копчикъ неподвиженъ. Поперечный выхода едва 9.0. Лонная дуга уменьшена; сѣдалищныя кости сближены. Мягкая

<sup>1)</sup> Ф. 97 представляетъ тазъ *Гусенбергера* спереди; ф. 98 тотъ же тазъ сзади.

сильно флектированная головка помѣщается экстремедианно въ лѣвой болѣе широкой сторонѣ входа въ тазъ, затылкомъ назадъ, въ лѣвомъ косомъ диаметрѣ; суженная, почти запертая правая сторона входа пуста. Несмотря на постоянныя сильныя схватки, головка не опускается, поэтому сдѣлано прободеніе ея у завѣдомо мертваго плода и затѣмъ въ виду безуспѣшности хорошихъ схватокъ—кефалотрипсія. Извлеченъ мацерированный 8 мѣсячный мальчикъ, вѣсившій безъ мозга 1900 грм. *Placenta* выведена черезъ 20' по *Crede*. На 9 д. *post. part.* у матери появился потрясающій знобъ и на 12 день она умерла при явленіяхъ гнилокровія.

„При изслѣдованіи вырѣзаннаго таза не найдено синостоза праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія; періостальныя отложенія, а также надкостница на *tuberositas ossis ilei dextri*, а равно на вѣшной и внутренней поверхности крестца, отдѣляются съ большимъ трудомъ; на всей лѣвой и на внутренней поверхности правой подвздошной кости эти части напротивъ отдѣляются легко. На передней поверхности крестц. кости слѣва замѣчена выдающаяся отчасти въ полость таза мѣшкообразная опухоль съ широкимъ основаніемъ, выходящая изъ слившихся въ одно большое отверстіе 2-го и 3-го *foram. sacral. ant.*; при проколѣ опухоли вытекло около 3V соломенно-желтой серозной жидкости. Весь въ высшей степени эктазированный крестцовый каналъ былъ выполненъ этимъ мѣшкомъ, оказавшимся при ближайшемъ изслѣдованіи покрытымъ твердою спинно-мозговою оболочкою. Мѣшокъ этотъ былъ прикрѣпленъ къ позвоночному столбу и содержалъ, кромѣ выпущенной жидкости, еще дряблую и размяченную *caudam equinam*, нити которой были значительно раздвинуты и отчасти плавали въ полости мѣшка, отчасти были покрыты волокнами мягкой оболочки и прикрѣплены къ стѣнкамъ мѣшка. Въ данномъ случаѣ несомнѣнно существовалъ *Hydrorrhachis*; противъ

Фиг. 98.



кистовидной опухоли и въ пользу *Hydrorrhachis* говоритъ присутствіе въ опухоли нервныхъ стволовъ. Главнымъ этиологическимъ моментомъ развитія косо-овальнаго таза служилъ врожденный рахитъ, который вызвалъ недостаточное образованіе костей и въ особенности укороченіе праваго верхняго крыла крестц. кости, а также помѣшалъ дальнейшему нормальному развитію и росту костей. Вслѣдствіе сколіотическаго искривленія позвоночника, по всей вѣроятности уже въ первые годы жизни, образовалось косвенное искривленіе еще мягкихъ костей таза, причемъ главную роль играли, во 1-хъ, одностороннее давленіе тяжести туловища и, во 2-хъ, усиленное натяженіе со стороны соответствующихъ мышцъ и связокъ. Развитие *Hydrorrhachis* объясняется слѣдующимъ образомъ. Врожденный рахитъ обусловилъ недостаточное образованіе и сліянiе точекъ окостенѣнія крестц. позвонковъ, послѣ чего послѣдовательно образовалось патологическое скопленіе цереброспинальной жидкости въ мѣшкѣ твердой мозговой оболочки, которое, съ своей стороны, увеличило существовавшую неправильность крестцовой кости“.

*Добавленіе къ этиологійи косыхъ тазовъ.*

Объ этиологійи косыхъ тазовъ было уже сказано раньше, здѣсь же не могу не сообщить исторію родовъ и не описать скелетированный тазъ, представляющій большой интересъ въ этиологическомъ отношеніи, тѣмъ болѣе, что другого подобнаго таза мы не нашли въ литературѣ косыхъ тазовъ.

Рахитическій косо-овальный тазъ, изъ коллекціи Сбп. Род. Зав.; первоначальный стадій соскальзыванія пятого поясничнаго позвонка, сколіозъ IV и III поясн. позвонковъ влѣво; укороченіе правой ноги. Primipara. Лицевое положеніе, неудачная попытка исправленія его. Сильныя родовыя боли. Endometritis sub partu. Трудный поворотъ на ножку двойнымъ ручнымъ приемомъ. Трудное освобожденіе головки по способу M-me Lachapelle. Смерть плода. Продолжительность родовъ 24 ч. 47'. Смерть родильницы на 10-й д. post part.

Капитолина Васильева 27 л., беременная въ первый разъ, поступила въ Сиб. Род. Зав. 6-го сентября 1873 г. за № 1181, въ 8 ч. у., черезъ 12 часовъ отъ начала родовыхъ болей. При наружномъ изслѣдованіи скелета найдено незначительное искривленіе поясничныхъ позвонковъ влѣво. Правая нога слегка атрофирована; она немного короче лѣвой, хотя абсолютная длина нижнихъ конечностей одинакова, нижняя поверхность правой стопы стоитъ приблизительно на 4.0 выше лѣвой; положеніе правой стопы правильное, роженница виолнѣ ступаетъ на нее; правое колѣно согнуто подъ весьма тупымъ угломъ; выпрямленіе его невозможно, хотя сгибаніе вовсе не затруднено; подвижность праваго тазо-бедреннаго сустава не нарушена, правое бедро почти вовсе не аддуктировано, но только слегка флектировано. Размѣры таза: *Dist. troch.* 30.0, *Sp.* 23.0, *Crist.* 25.0, *Conj. ext.* 18.0, правый косою 23.25, лѣвый косою 19.5, *Conj. diagon.* 10.25, *Conj. vera* 8.25. Правая половина таза стоитъ выше лѣвой. Спинка плода обращена влѣво, сердцебіеніе его тѣмъ не менѣе слышится справа; мелкія части справа. Зѣвъ открытъ на 3 пальца, плодный пузырь сильно напряженъ, вслѣдствіе чего точное опредѣленіе подлежащей части не удастся; констатировано, однако, предлежаніе головки.

Въ 3 ч. по ид. при зѣвѣ на 4 пальца истекли воды. Въ поперечномъ диаметрѣ входа предлежитъ личико, обращенное лбомъ влѣво и подбородкомъ вправо; правая щека слегка отѣчна; подлежащая часть немного подвижна. Сердцебіеніе плода весьма ясно слышно ниже лупка. Т. 38.0. Р. 70. R. 20. Въ 5 ч. по ид. сдѣлана попытка исправленія лицеваго положенія, которая, однако, не удалась. Къ 8 ч. в. матка совершенно раскрылась; боли сильныя; значительное утомленіе роженницы; положеніе подлежащей части не измѣнилось. Въ виду этого роженница захлороформирована и приступлено, на поперечной кровати, къ повороту на ножку. Введеніе лѣвой руки не представляло особенныхъ затрудненій, рука прошла довольно легко около подвижнаго еще подбородка; захвачена и низведена въ рукавъ правая ножка; поворотъ однако не удался и совершился только при потягиваніи низведенной ножки, при посредствѣ наложенной на оную петли, и одновременномъ отодвиганіи вверхъ головки введенною въ рукавъ правую руку. Поворотъ продолжался 15'. Извлеченіе плода до плечиковъ не было трудно, но освобожденіе ручекъ нѣсколько замедлилось, первою освобождена правая ручка изъ-подъ симфиза; головка вступила во входъ въ тѣломъ косомъ диаметрѣ, подбородкомъ влѣво и взадъ. Освобожденіе головки было чрезвычайно трудное, перевести ее въ правый косою диаметръ не удавалось; сдѣлавъ флексію головки, введенными въ ротъ младенца двумя пальцами, удалось наконецъ вывести головку въ прямой диаметрѣ выхода. Послѣдъ вышелъ черезъ двѣ минуты.

Роды продолжались 24 ч. 47'. Операция поворота и извлеченія продолжалась 45'. Извлеченъ мертвый доношенный мал., вѣсившій 3700 грм.; длина его 25+24 см. Размѣры головки: окр. 36.0, прям. 12.0, бол. кос. 13.5, мал. кос. 10.0, бол. поп. 9.0, плечики 12.0, troch. 9.0; Температура родильницы тотчасъ послѣ родовъ 39.8, Р. 80, R. 20. На 10-й д. post part. она умерла. Diagnosis: Colpitis traumat. Endo-parametritis et Metrophlebitis. Peritonitis. Pneumonia metastatica.

При вскрытіи, кромѣ измѣненій, соотвѣтствовавшихъ прижизненному діагнозу,



найдено еще уплотнѣніе клѣтчаткі въ области праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія и нижнихъ поясничныхъ позвонковъ.

Скелетированный тазъ, ф. 99, вмѣстѣ съ тремя послѣдними поясничными позвонками и частью бедеръ вѣситъ 830 грм. Косо-овальная форма входа весьма рѣзко вы-

Фиг. 99.



ражена; правая половина его сжата. Поясничные позвонки (IV и III) слегка искривлены влѣво и помѣщаются противъ правой половины, сжѣщенной влѣво, лоннаго сочлененія. *Относительно широкое тѣло V-го поясничнаго позвонка повернуто на 2.6 вправо*<sup>1)</sup>; передняя поверхность его наклонена внизъ и обращена вправо къ переднему краю правой подвздошной кости, такъ что лѣвая его половина направлена болѣе кпереди, чѣмъ влѣво; верхній край его почти на 1.0 выдается надъ нижнимъ его краемъ resp. надъ переднюю поверхность тѣла перваго крестцоваго позвонка, симулируя тѣмъ истинный мысъ, котораго въ действительности нѣтъ; верхній край тѣла V поясн. позв. направляется справа сверху влѣво и внизъ; высота тѣла его на 1.0 меньше высоты тѣлъ IV и III поясн. позвонковъ (1.8—2.8); лѣвая дужка его совершенно отсутствуетъ, на мѣстѣ ея существуетъ промежутокъ между 1-мъ крестцовымъ и IV поясничнымъ позвонками, выполненный межпозвоночнымъ хрящемъ этихъ позвонковъ; лѣвый поперечный, а также лѣвый суставной отростки и немного сдвинутая вправо, совмѣстно съ остистымъ отросткомъ, вся задняя часть дужки значительно тоньше правой дужки, праваго поперечнаго и суставнаго отростковъ и соответствующихъ частей IV и III поясничныхъ позвонковъ. Обѣ половины задней части дужки позвонка вытянуты, лѣвая болѣе правой. Кроме того, лѣвая половина задней дужки представляется тонкою и узкою, а правая болѣе толстою и широкою. Остистый отростокъ V поясн. позв. отклоненъ отъ задней продольной линіи влѣво на 0.8. Отъ середины верхняго края тѣла V поясн. позвонка а) до верхушки поперечнаго отростка его справа 5.5, слѣва 6.5; б) до суставныхъ отростковъ справа 5.6, слѣва 6.7. *Соединеніе тѣла V поясн. съ тѣломъ 1-го крестцов. позвонка вполне синостозировано, — межпозвоночно хряща нѣтъ; кроме того, V по-*

<sup>1)</sup> Отъ передней продольной линіи, проведенной черезъ середину передней поверхности крестцовой кости.



ясничный позвонок не соединяется съ крестцовой костью подъ тупымъ угломъ, но составляетъ непосредственное продолженіе продольной волнотности передней поверхности крестца; настоящий мысь вполне отсутствуетъ, его замѣняетъ находящійся на 1.0 ближе къ симфизу ложный мысь, образуемый выдающимся верхнимъ краемъ V поясн. позвонка, который при посредствѣ толстаго межпозвоночнаго хряща соединяется подъ тупымъ угломъ, съ тѣломъ IV поясн. позвонка.

Четвертый поясн. позвонокъ обращенъ нѣсколько вправо, его нижній край весьма замѣтно направляется справа и сверху влѣво и внизъ; направленіе верхняго его края тоже косо и въ ту же сторону, но только въ меньшей степени; высота тѣла его справа на 0.2 меньше, нежели слѣва. Третій поясн. позвонокъ обращенъ почти совершенно кпереди, помѣщается тоже косо, но еще въ меньшей степени, нежели IV поясн. позв.; тѣло его справа сжато, высота тѣла справа на 0.5 меньше, нежели слѣва; кромѣ того, правая боковая поверхность его сильнѣе вогнута, нежели лѣвая.

Кости таза вообще довольно массивны; задняя часть лѣвой подвздошной вадлимъ просвѣчивается.

*Крестцовая кость, ф. 100, нѣсколько больше нормальнаго наклонена кпереди и въ то*

Фиг. 100.



же время повернута передней поверхностью вправо, соответственно чему и мысь смѣшенъ вправо; ея передняя поверхность весьма мало волнута въ продольномъ и поперечномъ направленіи; верхняя половина ея обращена вправо кнаружи, а нижняя прямо кпереди; кромѣ того, правая половина вверху смотритъ темного внизъ, а верхняя часть лѣвой половины, наоборотъ, направлена нѣсколько вверхъ. Мѣста соединенія первыхъ трехъ крестцовыхъ позвонковъ выдаются въ видѣ поперечныхъ гребешковъ. Продольная ось крестцовой кости съ продольною линіею IV и III поясн. позв. образуетъ уголъ (около  $80^\circ$ ), открытый влѣво. Верхушка крестца съ кончикомъ крестцовообразно загнута кпереди и отклонена нѣсколько влѣво. Высота крестцовой кости (безъ

копчика) 8.8; отъ ложнаго мыса до верхушки крестца 10.5; ширина основанія крестцовой кости 9.3.

Первый крестцовый позвонокъ представляетъ наибольшія измѣненія. Положеніе его косое, слѣва сверху, вправо и внизъ, т. е. обратное V-му поясн. позв., *тѣло его какъ бы сдвинуто нѣсколько вправо и внизъ, сверху оно вдавлено по срединѣ; въ этомъ вдавленіи помѣщается лѣвая половина V поясн. позв.* Такимъ образомъ верхній край перваго крестц. позвонка огибаетъ слѣва въ видѣ дуги, направленной къзади, въ сторону и вверхъ, V поясн. позв. и достигаетъ межпозвоночнаго хряща V и IV поясн. позвонковъ, справа же онъ вытянутъ кнаружи и къзади соответственно нижнему краю V поясн. позв. Нижний край 1-го кр. позв. представляетъ прямую линію, направляющуюся вкось слѣва сверху вправо и внизъ. Правая половина соединенія его со 2-мъ кр. позв. толще, нежели лѣвая, и имѣетъ видъ валика. *Высота тѣла его справа 1.9, по срединѣ 1.5, слѣва 2.8.* Лѣвое крыло 1-го кр. позв. по величинѣ скорѣе нѣсколько больше нормальнаго, оно вытянуто въ длину (=4.7) и весьма мало вогнуто; правое же болѣе толстое крыло значительно укорочено (=1.8), оттянуто къзади, какъ бы сплюснуто съ боковъ и крючко-образно загнуто къверху, такъ что верхняя поверхность крыла образуетъ открытый къверху, довольно глубокой и узкой жолобъ, направляющійся спереди назадъ. Ширина 1-го кр. позв. отъ середины тѣла до крестцово-подвздошнаго сочлененія справа 3.1, слѣва 6.8; отъ основанія праваго крыла до праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія 1.8; отъ основанія лѣваго крыла до лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія 4.7; *слѣдовательно, правое крыло на 2.9 короче лѣваго. Первое правое крестцовое отверстие сжато съ боковъ, восьми-образнаго очертанія.* Край лѣвой ушковидной поверхности, гесп. крестц.-подвзд. сочлененія, представляется нормальнымъ, справа же этотъ край зигзаго-образно изогнутъ, причемъ выступы крыла кр. кости вдаются въ вогнутости подвздошной кости.

Положеніе 2-го кр. позвонка тоже косое и въ томъ же направленіи, какъ и 1-го кр. позв., но только выражено оно менѣе рѣзко; передняя поверхность его, хотя и менѣе, обращена тоже вправо. Высота тѣла справа 2.3, по срединѣ 2.7, слѣва 2.6. Положеніе 3-го крестц. позв. почти нормально, наклоненіе его вправо весьма слабо выражено, передняя поверхность обращена болѣе къпереди, нежели вправо, направленіе верхняго края менѣе косое, нежели въ первыхъ двухъ крестц. позвонкахъ; нижній край направляется горизонтально; высота вездѣ почти одинакова. Передняя поверхность 4-го крестц. позвонка представляется ровною, какъ бы изъѣденною. Первые три крестцовыя отверстия помѣщаются справа ниже, нежели слѣва; они меньше и круглѣе, нежели лѣвыя, вытянутыя поперечно-овально.

*Правая подвздошная кость наклонена болѣе, нежели лѣвая* (справа 70, слѣва 77°), задняя ея часть рѣзко загнута и оттянута книзу, передняя же половина загнута круче нормальнаго къпереди и кънутри. Задняя треть лѣвой подвздошной кости толще правой и смѣщена къзади и кънутри, такъ что sp. il. post. sin. находится въ уровнѣ наружнаго края 1-го лѣваго задне-крестцоваго отверстия; кромѣ того, она менѣе выдается надъ заднюю поверхность крестца, нежели правая, почему промежутокъ между остистыми отростками (верхн.) крестцовыхъ позвонковъ и заднею губою гребенка слѣва менѣе глубока и менѣе широка, нежели справа. Разстояніе между задними остями 7.8 (5.9). Передняя половина лѣвой подвздошной кости представляется почти нормально изогнутою. Правая подвздошная кость немного тоньше и менѣе широка, нежели лѣвая, но зато болѣе ея вытянута къверху (ширина правой 13.4, лѣвой 15.4; высота правой 10.5, лѣвой 9.8). *Правая подвздошная впадина обращена влево и кънутри; она болѣе глубока, но меньше широка, нежели лѣвая подвздошная впадина, обращенная впередъ и вправо; дно правой подвздошной впадины смѣщено къзади.* Почти по срединѣ правой подвзд. впадины, нѣсколько болѣе къзади, находится слѣдъ отъ бывшаго, по всей вѣроятности, субперіостальнаго нарыва, въ видѣ рѣзко ограниченной площадки овальной формы съ шероховатыми краями и неровною поверхностью.

Правая горизонтальная вѣтвь лонной кости нѣсколько массивнѣе и длиннѣе лѣвой, внутренняя поверхность ея слабо вогнута; гребешокъ ея довольно ясно выраженъ. Лѣвая, довольно массивная, горизонтальная вѣтвь нѣсколько повернута по длинѣ кнаружи. *Лонное сочлененіе смѣщено влево и помѣщается почти прямо противъ лѣвыхъ*

крестцовыхъ отверстій; правая половина его помѣщается немного выше лѣвой. *Достаточно широкая и болѣе нормальнаго высокая лонная дуга открыта вправо; губы ея весьма мало выворочены кнаружи, въ особенности помѣщающаяся нѣсколько къзади правая губа, край которой обращенъ книзу.*

Правая сѣдалищная кость немного тоньше лѣвой; ея бугоръ отчасти загнутъ кнаружи, смѣщенъ къзади и кнутри и находится не въ одной горизонтальной плоскости съ лѣвымъ, болѣе толстымъ, сѣдалищнымъ бугромъ. Правая *incis. isch. maj.* на 0.6 менѣе широка, нежели лѣвая. Правая вертлужная впадина помѣщается немного выше лѣвой и обращена болѣе ея вперед.

*Задняя треть правой безымянной линии довольно круто загнута, остальные же две трети ея представляютъ слегка выгнутую линию; лѣвая безымянная линия представляетъ правильную, но болѣе, нежели въ нормальномъ тазу, изогнутую дугу. Входъ въ малый тазъ косо-овальной формы, скошенъ по правому косому диаметру; узкая часть овала помѣщается въ правой — дефектной половинѣ таза. Косоовальная форма удерживается въ томъ же диаметрѣ и въ остальныхъ отдѣлахъ таза, но въ нихъ она значительно менѣе рѣзко выражена.*

Размѣры таза. Высота таза справа 18.8, слѣва 17.5. *D. spinar.* 22.0, *crisar.* 26.0. Отъ задней правой ости а) до передней лѣвой 21.0; б) до *tuberc. pub. sin.* 18.0; отъ задней лѣвой ости а) до передней правой 17.5; б) до *tuberc. pub. dexter* 14.75; *Conj. ext.* 15.2, *Conj. diagonal.* anat. 10.8, *obstetr.* 11.2; *Conj. vera anat.* 9.2, *obstetr.* 8.9, *d. transv.* 12.4, *d. obliq. dexter* 12.6, *d. obliq. sinister* 10.7 (разница 1.9). Отъ середины ложнаго мыса а) до крестцово-подвздошнаго сочлененія справа 2.5, слѣва 8.2; б) до *synostosis pubo-iliaca* справа 4.6, слѣва 10.4; в) до середины *lin. pectin.* справа 6.5, слѣва 11.0; д) до *tuberc. pubicum* справа 8.8, слѣва 10.9; е) до верхняго края симфиза справа 9.4, слѣва 10.2; ф) до *sp. ischii* справа 7.9, слѣва 11.1; г) до *tuber ischii* справа 11.5, слѣва 14.5 (тѣ же размѣры отъ анатомическаго мыса: 3.0/6.6; 6.0/10.1; 7.2/10.5; 9.2/10.3; 9.5/10.2; 7.0/9.6; 10.9/13.0). Разстояніе *sp. il. ant. sup.* отъ середины верхняго края симфиза справа 12.6, слѣва 12.2. Отъ остистаго отростка V поясн. позвонка а) до *sp. ant. sup.* справа 14.5, слѣва 17.9; б) до *tuber ischii* справа 16.4, слѣва 17.9. Отъ праваго сѣдалищнаго бугра а) до *sp. ant. sin.* 21.9; б) до лѣваго гребешка 24.2; в) до *sp. post. sup. sin.* 14.9. Отъ лѣваго сѣд. бугра а) до *sp. il. ant. sup. dextra* 22.2; б) до праваго гребешка 25.2; в) до *sp. post. sup. dextra* 17.7. Отъ правой *spina ischii* а) до внутренняго края лѣв. сѣд. бугра 10.6; б) до прав. сѣд. бугра 4.6. Отъ лѣвой *sp. ischii* а) до внутренняго края праваго сѣд. бугра 9.9; б) до лѣваго сѣд. бугра 4.9. Отъ кончика а) до сѣдалищнаго бугра справа 6.8, слѣва 8.3; б) до *sp. ischii* справа 5.0, слѣва 6.3. Отъ нижняго края симфиза а) до *sp. ischii* справа 9.6, слѣва 8.9; б) до *tuber ischii* справа 8.2, слѣва 8.0. Между *sp. ischii* 9.0. Прямой узкой части 12.3, поперечный выхода 9.3.

*Эпикризь.* Въ практическомъ отношеніи описанный тазъ представляетъ двоякій интересъ, во 1-хъ, по этиологін своей, во 2-хъ, по положенію поясничнаго сколіоза и одно-сторонняго суженія таза.

Разрушеніе нижней половины тѣла пятаго поясничнаго позвонка, существующій синностозъ его съ 1-мъ крестц. позвонкомъ и совершенное отсутствіе лѣвой его дужки несомнѣнно указываютъ на бывшее въ дѣтскомъ возрастѣ воспаленіе пятаго поясничнаго позвонка; въ пользу этого говоритъ также и найденное при вскрытіи уплотненіе клетчатки въэтой области. Неодное и къ тому-же одно-стороннее разрушеніе V поясн. позв. послужило толчкомъ, во 1-хъ, къ образованію косаго таза и къ искривленію позвоночника и, во 2-хъ, къ остановкѣ или замедленію роста въ данномъ случаѣ крестцовой кости, такъ какъ извѣстно, что то или другое всегда происходитъ на пѣкоторомъ пространствѣ въ окружности, въ костяхъ, прилегающихъ къ фокусу воспаления, что и объясняетъ отчасти рѣзкое укороченіе праваго крыла перваго крестц. позвонка.

По мѣрѣ разрушенія тѣла V поясн. позвонка и въ особенности его лѣвой дужки, пятый поясн. позвонокъ, подъ влияніемъ давленія тяжести туловища, измѣнилъ свое положеніе, и такъ какъ передняя половина тѣла его оставалась болѣе толстою, нежели задняя, то фиксируемый съзади только съ одной стороны, именно правыми суставными отростками, V поясн. позвонокъ не могъ смѣститься влѣво и совершилъ поворотъ приблизи-

тельно на  $\frac{1}{4}$  круга вправо; одновременно съ этимъ движеніемъ V-го поясн. позв. произошло смѣщеніе и остальныхъ поясничныхъ позвонковъ влѣво. Такимъ путемъ произошло перемѣщеніе центра тяжести туловища вправо и вслѣдствіе этого преобладаніе давленія сверху на правую половину таза, геср. крестцовой кости, и искривленіе какъ поясничныхъ, такъ и крестцовыхъ позвонковъ. Съ перемѣщеніемъ же центра тяжести измѣнилось и направленіе давленія туловища сверху, вслѣдствіе чего тѣло V поясн. позвонка, кромѣ поворота вправо, смѣстилось еще впередъ и внизъ настолько, что верхній край его на 1.0 выступаетъ надъ переднюю поверхностью крестцовой кости, которая по этой же причинѣ приняла болѣе нормальное наклонное впередъ положеніе, а ея верхніе позвонки, фиксируемые окостенѣвшимъ мысомъ, должны были въ то же время повернуться вправо. Всему этому немало способствовало усиленное сопротивленіе со стороны укороченной правой нижней конечности.

Преобладаніе давленія сверху на правую половину таза проявилось прежде всего въ наклоненіи верхней половины крестцовой кости вправо и внизъ, вслѣдствіе чего произошла крутой загибъ задней трети правой подвздошной кости книзу и суженіе правой *incisura isch. major*. Далѣе подъ вліяніемъ той же причины произошло еще большее укороченіе уже и безъ того короткаго праваго крыла перваго крестц. позвонка. Такъ какъ во всемъ тазу находятся несомнѣнные признаки бывшаго рахита, выраженные достаточно ясно и въ крестцовой кости, то безъ сомнѣнія, правое крыло 1-го крестц. позвонка находилось при вдвойнѣ неблагоприятныхъ условіяхъ развитія и роста, сравнительно съ лѣвымъ, почему послѣднее, подъ вліяніемъ усиленнаго давленія на правую половину крестцовой кости, только вытянулось въ длину, правое же крыло представляется наоборотъ не только укороченнымъ, но и какъ-бы раздавленнымъ или сжатымъ справа и слѣва; въ пользу этого говорятъ: утолщеніе его въ передне-заднемъ диаметрѣ, крючкообразный загибъ его наружнаго конца кверху и впередъ и зигзаго-образный край правой ушковидной поверхности. На основаніи этихъ признаковъ мы признаемъ асимметрію основанія крестцовой кости за вторичное явленіе, послѣдовавшее за первичнымъ одностороннимъ соскальзываніемъ V поясн. позвонка. Къ числу вторичныхъ явленій въ данномъ случаѣ мы причисляемъ вообще ненормальное положеніе крестцовой кости и сколиотическое искривленіе поясничныхъ позвонковъ.

Преобладаніе давленія справа выразилось, кромѣ того, въ неравномѣрномъ сжатіи, въ формѣ и положеніи тѣлъ верхнихъ крестцовыхъ позвонковъ. Дальнѣйшее развитіе косо-овальной формы таза и смѣщеніе симфиза въ лѣвую сторону совершалось аналогично съ анкилотическими косо-суженными тазами *Naegele*, съ которыми описанный тазъ, какъ и слѣдовало ожидать, представляетъ большое сходство, несмотря на то, что въ нашемъ тазу асимметрія крестца составляетъ не первичное явленіе, какъ въ большинствѣ тазовъ *Naegele*, а вторичное, послѣдовательное. Разница между ними заключается главнымъ образомъ въ томъ, что лонная дуга описаннаго таза не представляется такою высокою и узкою, какъ въ тазахъ *Naegele*: объясняется это сравнительно слабымъ вліяніемъ укороченной правой ноги, выразившимся только тѣмъ, что правая подвздошная кость нѣсколько вытянулась кверху, сѣдалищная же кость весьма мало смѣстилась кнаружи. Отсутствіе смѣщенія правой подвздошной кости къзади, по отношенію къ крестцу, объясняется отчасти самимъ способомъ соединенія ея съ правымъ крыломъ крестцовой кости, отчасти же сравнительно малымъ укороченіемъ правой нижней конечности и позднимъ вліяніемъ усиленнаго сопротивленія снизу, въ пользу чего говорить какъ незначительность измѣненій передней правой половины таза, такъ и уменьшеніе косо-овальности по направленію къ выходу малаго таза.

Въ практическомъ отношеніи описанный тазъ можетъ служить хорошимъ примѣромъ вліянія глубокаго пояснично-крестцоваго сколіоза на форму таза и на положеніе суженной половины его, по отношенію къ поясничному сколіозу. Кромѣ того, этотъ тазъ указываетъ, насколько тщательно должно производиться наружное изслѣдованіе таза, дабы не впасть въ грубую ошибку. Руководясь въ данномъ случаѣ существованіемъ незначительнаго искривленія поясничныхъ позвонковъ влѣво, можно было-бы, при поверхностномъ изслѣдованіи, просмотрѣть наклоненіе крестцовой кости вправо и на основаніи этого предположить суженіе, и притомъ небольшое, лѣвой половины таза; это

тѣмъ болѣе было возможно, что остистые отростки крестцовыхъ позвонковъ вообще весьма слабо выражены; тѣмъ труднѣе слѣдовательно было на живомъ субъектѣ, по направленію соединяющей ихъ линіи, судить о наклоненіи крестцовой кости вправо.

#### d) кифо-сколіозо-рахитическіе косо-сѣуженные тазы.

Тазы этой группы встрѣчаются вообще рѣже другихъ косо-сѣуженныхъ тазовъ. Форма ихъ обуславливается одновременнымъ искривленіемъ всего позвоночнаго столба кзади (кифозъ) и въ сторону (сколіозъ). Для большей ясности считаемъ необходимымъ упомянуть здѣсь вкратцѣ только о существенныхъ измѣненіяхъ, претерпѣваемыхъ рахитическимъ тазомъ подъ вліяніемъ кифотическихъ искривленій позвоночнаго столба, не осложненныхъ сколіозомъ; болѣе подробно эти измѣненія будутъ изложены ниже въ соотвѣстной главѣ.

Вслѣдствіе искривленія позвоночника кзади весьма рѣзко измѣняются характерныя для обычныхъ формъ рахитическихъ тазовъ наклоненіе таза и отношеніе между входомъ и выходомъ его. Между тѣмъ какъ въ громадномъ большинствѣ рахитическихъ тазовъ наклоненіе таза увеличено и входъ представляется въ прямомъ діаметрѣ абсолютно сѣуженнымъ, а выходъ, въ томъ же діаметрѣ, относительно увеличеннымъ, — *въ кифо-рахитическихъ тазакъ наоборотъ наклоненіе таза бываетъ уменьшено, входъ представляется относительно увеличеннымъ въ прямомъ діаметрѣ, а выходъ въ томъ же діаметрѣ абсолютно сѣуженнымъ*, хотя верхушка крестца можетъ и не быть загнутаю крючкообразно кпереди.

Такое обратное отношеніе между входомъ и выходомъ объясняется тѣмъ, что крестцовая кость, слѣдуя за движеніемъ отклоненнаго кзади позвоночника, не только вытягивается болѣе или менѣе въ длину, но и наклоняется своимъ основаніемъ кзади, соотвѣтственно чему верхушка крестцовой кости отклоняется кпереди.

Если къ кифозу позвоночнаго столба присоединяется еще сколіотическое искривленіе его, то входъ сохраняетъ до извѣстной степени свою основную форму, вытянутую по прямому діаметру, и кромѣ того пріобрѣтаетъ на томъ же основаніи, какъ и въ сколіозо-рахитическихъ тазакъ, еще и косо-овальную форму.

Взаимное отношеніе и расположеніе частей таза въ этой группѣ не во всѣхъ случаяхъ однообразно, что объясняется главнымъ образомъ участіемъ въ искривленіи самой крестцовой кости, положеніемъ кифо-сколіоза, преобладаніемъ, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, той или другой формы искривленія, а также укороченіемъ одной какой либо нижней конечности; при этомъ крестцовая кость, будетъ ли она симметрична или нѣтъ, можетъ быть повернута и въ то же время наклонена въ одну и ту же сторону, или же наклонена въ одну и въ то же время повернута въ другую сторону.

Что касается наклоненія всего таза, то въ общемъ оно или немного меньше или больше нормальнаго; въ частности же одна половина

оказывается нѣсколько болѣе другой наклоненною вперед. Чѣмъ ниже положеніе кифо-сколіоза, тѣмъ больше участія въ искривленіи принимаетъ крестцовая кость; при неособенно сильномъ кифо-сколіозѣ нижнихъ грудныхъ позвонковъ, поясничные позвонки обыкновенно бывають лордосколіотически искривлены въ противоположную сторону; при болѣе высокихъ степеняхъ кифо-сколіоза этихъ же позвонковъ *lordosis lumbalis* совершенно отсутствуетъ, вслѣдствіе чего *K* можетъ быть даже длиннѣе нормальной; входъ пріобрѣтаетъ асимметричную прямо-овальную форму, а выходъ таза бываетъ суженъ не только въ прямомъ, но и въ поперечномъ діаметрѣ; послѣднее объясняется сближеніемъ сѣдалищныхъ костей подъ вліяніемъ давленія со стороны вертлужныхъ впадинъ и отклоненіемъ верхушки крестца вперед.

Въ общемъ тазъ становится асимметричнымъ, воронкообразно-суженимымъ по направленію къ выходу. Однако же такое воронкообразное суженіе не всегда бываетъ рѣзко выражено.

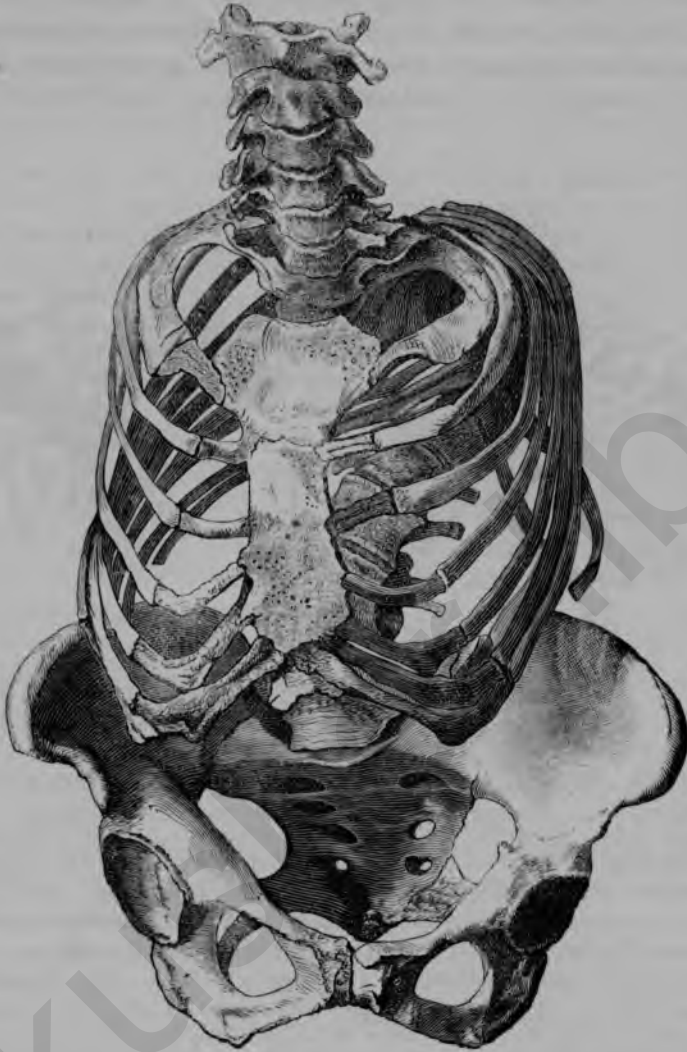
Костоѣда позвонковъ есть одна изъ довольно частыхъ причинъ кифо-сколіоза. Изъ предъидущаго видно, насколько таза этой формы сохраняютъ типъ рахитическаго таза: чѣмъ раньше произошелъ кифо-сколіозъ, тѣмъ слабѣе выражены характерные признаки рахитической формы таза; въ остальномъ, какъ мы сейчасъ увидимъ, кифо-сколіозо-рахитическіе таза представляютъ нѣкоторое сходство со сколіозо-рахитическими.

Отличительные признаки<sup>1)</sup> кифо-сколіозо-рахитическихъ тазовъ слѣдующіе: Большой тазъ спереди широко открытъ; та половина таза, которая соотвѣтствуетъ усиленному давленію (чаще правая), наклонена вперед меньше, нежели другая. Нѣсколько болѣе нормальнаго вытянутая въ длину крестцовая кость наклонена и повернута чаще вправо и притомъ такъ, что правая ея половина обращена болѣе вперед и внизъ, а лѣвая болѣе кнаружи и вверхъ; вогнутость ея во всякомъ случаѣ уменьшена; верхушка крестца съ копчикомъ не только направлена въ противоположную сторону, но въ то же время или отклонена, или крючкообразно загнута вперед. Мысъ смѣщенъ вправо. Правая подвздошная кость, смѣщенная до известной степени къзади, стоитъ болѣе вертикально и выше лѣвой; передняя половина ея гребешка весьма слабо *S*-образно изогнута, задняя же круто пригнута книзу; правая подвздошная впадина болѣе плоская, нежели лѣвая. Правый *synostosis pubo-iliaca* толще и выше лѣваго и находится ближе къ мысу, нежели лѣвый. Лонное сочлененіе смѣщено влево. Низкая лонная дуга широко открыта вправо. Правая безымянная линія въ задней трети круто загнута, передняя же двѣ трети ея вытянуты почти въ прямую линію. Правый сѣдалищный бугоръ стоитъ выше и вывернутъ немного болѣе кнаружи, нежели лѣвый; въ нѣкоторыхъ же случаяхъ, въ особенности при укороченіи соотвѣтствующей нижней конечности, сѣдалищный бугоръ можетъ быть, какъ въ коксалгическихъ тазахъ, смѣщенъ далеко внутрь. Пра-

<sup>1)</sup> Фиг. 101 и 102, къ которымъ относится изложенное, заимствованы изъ сочиненія *Leopolda* (см. литературу); фиг. 102 представляетъ профиль того же таза.

вая вертлужная впадина стоитъ выше лѣвой и обращена нѣсколько болѣе ея кпереди.

Фиг. 101.



На задней поверхности таза, несмотря на относительно малую ширину крестцовой кости, рѣзко бросается въ глаза а) значительное разстояніе между задними верхними остями и б) сравнительно малое выступаніе ихъ надъ заднею поверхностью крестцовой кости; то и другое говоритъ въ пользу того, что крестцовая кость не только отклонилась, но и смѣстилась основаніемъ своимъ къзади. Кромѣ того остистые отростки крестцовыхъ позвонковъ, не образуя изгиба, переходятъ въ остистые же отростки поясничныхъ; при болѣе же сильныхъ степеняхъ кифо-сколіоза поясничные и крестцовые остистые отростки располагаются почти по прямой линіи и отклоняются отъ середины тѣлъ соответствующихъ позвонковъ влѣво, вслѣдствіе чего промежутокъ между ни-



ми и задними верхними остями справа бывает больше, но меньше глубокой, нежели слева.

Привожу сообщенный *Gust. Braun*'омъ въ *Wiener. Med. Wochft.* 1857 г. №№ 24 и 26, случай, въ которомъ *Carl Braun* при срочныхъ родахъ у перворождающей произвелъ кесарское сѣченіе по причинѣ значительнаго суженія косаго и косо-поставленнаго таза, фиг. 103.

Фиг. 102.



Фиг. 103.



Случай этотъ интересенъ въ томъ отношеніи, что между V поясничнымъ и I крестцовымъ позвонками существуетъ только дуга съ двумя боковыми и остистымъ отросткомъ, но безъ соотвѣтствующаго тѣла, добавочнаго поясничнаго позвонка. Вставленіе такого неполнѣ развитаго добавочнаго позвонка названо *C. Braun*'омъ *Spondylorambolie* отъ = Παρεμβολή-ή.

„Наклоненіе таза, определенное клизометромъ *Cluge* = 51°. Поясничные позвонки настолько сильно лордо-сколиотически искривлены влѣво, что мысь находится въ весьма близкомъ разстояніи отъ *tuberc. pubo-iliac. sinistram*. V поясничный позвонокъ почти совершенно выполняетъ *D. sacro-cotyloid. sinistram*, а IV поясн. позвон. отстоитъ отъ *tuberc. pubo-iliac.* всего на 1 поп. пал. Грудные позвонки кифо-сколиотически искривлены вправо, верхушка горба соотвѣтствуетъ шестому грудному позвонку. Отъ отвѣса, опущеннаго отъ *glabella* а) грудные позвонки въ области 6-го ребра отклонены вправо на 2½ дюйма, б) второй поясн. позв. на 1½", в) лѣвый подвздошный гребешокъ на 3½" и д) правый подвздошный гребешокъ на 6". Симметричная крестцовая кость повернута влѣво и согнута въ области 2—3 позвонка подъ угломъ 25—30°. Лѣвый гребешокъ на 1" стоитъ выше праваго. Правая подвздошная кость вытянута въ поперечникѣ она плоская, обращена впередъ и стоитъ болѣе вертикально, нежели лѣвая подвздошная кость, смѣщенная на 1" болѣе правой къзади. Лѣвый *tuberc. ileo-pubicum* на 1" выше праваго. Лонная дуга узкая, неправильной формы. Лонное сочлененіе слегка клювовидно заострено; оно, какъ и крестцово-подвздошныя сочлененія, выполнено хрящемъ. Правая безъмянная линія почти совершенно прямая, лѣвая же, въ области *tuberc. ileo-pubicum* сильно вдавлена кнутри и потому S-образно изогнута. Треугольная асимметричная форма входа въ малый тазъ обусловливается, съ одной стороны, тѣмъ, что IV и въ



особенности V поясн. позвонки вдаются во входъ, почти выполняя его, съ другой стороны—вдавленіемъ кнутри лѣвой безъимянной линіи.

Изъ анамнеза извѣстно, что женщина, изъ трупа которой вырѣзанъ этотъ тазъ, родилась второю изъ двойней, съ произвольною ампутаціею праваго предплечія. До 15 л. была совершенно здорова, но съ этого возраста у нея появились тянущія боли въ ногахъ, почему она нѣкоторое время не могла ходить; эти боли въ ногахъ сопровождались шумомъ въ ушахъ, приливами къ головѣ, отдышкою и сердцебіеніемъ. На 21-мъ году съ появленіемъ мѣсячныхъ, всѣ эти припадки уменьшились. Занималась она раскрашиваніемъ лѣвою рукою картинокъ; о времени появленія горба ничего не извѣстно“.

*G. Braun* полагаетъ, что въ данномъ случаѣ вслѣдствіе вставленія дужки добавочнаго поясничнаго позвонка существовалъ *Lordosis lumbalis congen.*, который съ теченіемъ времени усилился и, совмѣстно съ употребленіемъ одной лѣвой руки, обусловилъ косую форму таза. Кифо-сколиозъ по его мнѣнію не находится въ какой либо тѣсной связи съ асимметріею и не составляетъ ни причины, ни результата вставленія добавочной дужки, а признается имъ за нѣчто случайное. Принимая во вниманіе сказанное выше относительно искривленія позвоночника и вліянія его на тазъ, мы не можемъ согласиться съ мнѣніемъ *G. Braun*'а относительно этиологіи асимметріи. Мы допускаемъ въ данномъ случаѣ врожденный лордозъ поясничныхъ позвонковъ, который въ свою очередь могъ, по нашему мнѣнію, вызвать только компенсирующій кифозъ грудныхъ позвонковъ; сколиозъ же поясничныхъ позвонковъ влѣво и грудныхъ вправо объясняется отчасти употребленіемъ одной лѣвой руки, отчасти же бывшимъ болѣзненнымъ размягченіемъ костей таза, о чемъ можно судить по искривленію подвздошныхъ костей, загибу крестцовой кости и по клювовидному лонному сочлененію, хотя *G. Braun* утверждаетъ, что на скелетѣ не существуетъ слѣдовъ рахита или остеомалаци.

#### е) Косые тазы съ одностороннимъ вывихомъ бедра.

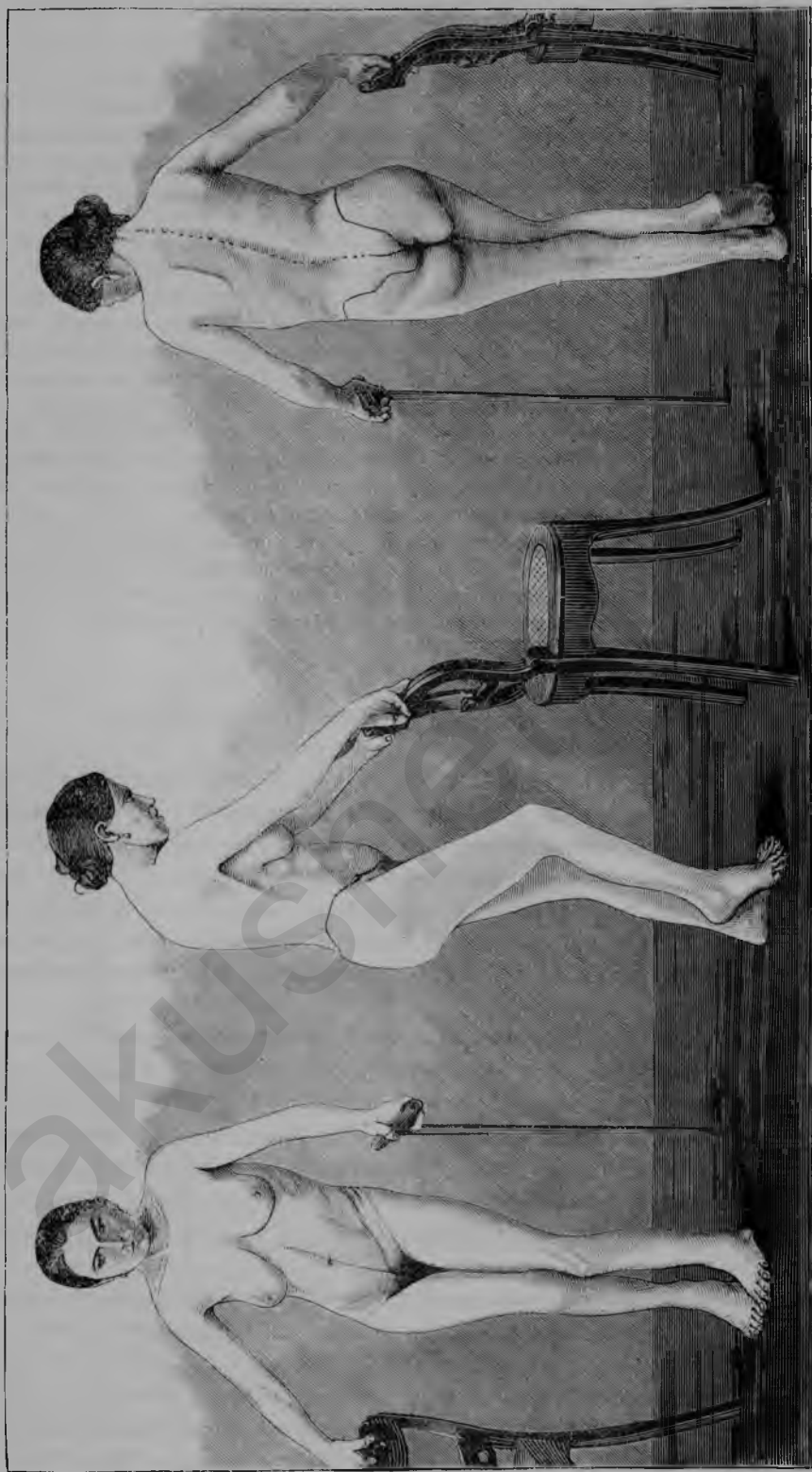
Форма, какъ этихъ тазовъ такъ и въ случаяхъ ампутаціи или врожденной атрофіи одной изъ нижнихъ конечностей, представляетъ большое сходство съ коксальгическими тазами какъ по положенію отдѣльных частей таза, такъ и по непостоянству и разнообразію формъ, что обуславливается во 1-хъ тѣмъ, врожденный ли вывихъ или пріобрѣтенный, во 2-хъ тѣмъ, произошелъ ли онъ въ раннемъ или въ болѣе позднемъ возрастѣ, и въ 3-хъ, была ли вывихнутая нижняя конечность въ употребленіи или нѣтъ.

Съуженіе при одностороннемъ вывихѣ не достигаетъ никогда высокой степени и помѣщается то въ сторонѣ, соотвѣтствующей вывихнутой нижней конечности, то въ противоположной (см. ф. 104, 105, 106 и 107).

**Распознаваніе косыхъ тазовъ.** Въ практическомъ отношеніи распознаваніе вообще косаго таза гораздо важнѣе, нежели опредѣленіе того или другого вида его; поэтому мы считаемъ умѣстнымъ изложить здѣсь только тѣ данныя, на основаніи которыхъ при жизни можно распознать косой тазъ.

Распознаваніе косаго таза само по себѣ не представляетъ большихъ затрудненій, но, имѣя въ виду, весьма неблагоприятное значеніе ихъ для матери и для плода, а также и то, что даже значительное скошеніе таза легко маскируется окружающими мягкими частями, мы не можемъ вновь не посовѣтовать возможно тщательнѣе производить какъ наружное, такъ и въ особенности внутреннее изслѣдованіе таза, и если обстоя-

Фиг. 104.



Фиг. 104. 30-ти-лѣтняя перворождающая (въ трехъ видахъ) съ косымъ и косо-поставленнымъ тазомъ, обусловленнымъ врожденнымъ нарезомъ и недостаточнымъ развитіемъ правой половины туловища, а также вывихомъ бедра кверху и впереди. Предлежащая голова вставилась въ суженную половину таза. Щипцами извлеченъ живой младенецъ (*Winkel*).

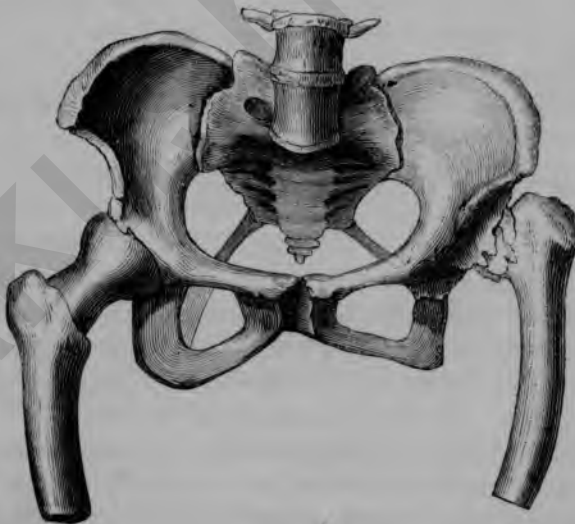
тельства позволяют, то, при малѣйшемъ подозрѣніи, не довольствоваться однократнымъ изслѣдованіемъ какъ всего скелета такъ и въ особенности таза, а изслѣдовать послѣдній, попеременно то правою, то лѣвою рукою въ различныхъ положеніяхъ женщины. Произведенное такимъ образомъ внутреннее изслѣдованіе таза дастъ и здѣсь больше положительныхъ данныхъ, нежели самое тщательное наружное изслѣдованіе.

Фиг. 105.



Фиг. 105 представляетъ косо-овальный тазъ, вслѣдствіе врожденнаго вывиха лѣваго бедра. Наружная конъюгата 5'9", К—3" 7"', поперечный 5", правый косой 5", лѣвый косой 4"; прямой выхода 3" 2", поперечный 4"3". Отъ праваго сѣдалищнаго бугра до *sp. ant. sup.* 5" 9", тотъ же размѣръ слѣва 5" 3"; Входъ сужень, а выходъ расширень по лѣвому косому діаметру.

Фиг. 106.



Тазъ, ф. 106, *Deraul'*я съ вывихомъ лѣваго бедра.

Косые тазы всегда осложняются большею или меньшею степенью искривленія позвоночнаго столба; по положенію дуги искривленія безо-

шибочно можно опредѣлить, какая половина таза сужена; кромѣ того величина, мѣстонахожденіе и число искривленій также даютъ намъ нѣкоторое понятіе о степени суженія, но при этомъ не слѣдуетъ забывать что по изслѣдованію *Leopold'a* въ большинствѣ случаевъ сколіоза позвоночника, въ особенности же въ случаяхъ, осложненныхъ лордозомъ или кифозомъ, остистые отростки позвонковъ, составляющихъ наиболѣе

Фиг. 107.



Фиг. 107. Женщина съ вывихомъ праваго бедра (*Charpentier*).

выпуклую часть искривленія, не соотвѣтствуютъ положенію тѣлъ этихъ же позвонковъ, т. е. остистые отростки находятся въ болѣе близкомъ разстояніи отъ задней вертикальной линіи, проведенной черезъ остистый отростокъ V поясн. позвонка, нежели тѣла ихъ отъ передней вертикальной линіи, проведенной черезъ симфизъ и проецированной на позвоночникъ. Слѣдовательно при сколіозѣ позвоночнаго столба отклоненіе тѣлъ позвонковъ въ сторону бываетъ больше, чѣмъ можно было бы судить по отклоненію ихъ отростковъ въ противоположную сторону; разница въ отклоненіи тѣмъ значительнѣе, чѣмъ ниже помѣщается сколіозъ; такъ въ грудной области она по *Leopold'u* колеблется между 4.0—5.0 см., въ поясничной же отъ 6.0—8.0 см. Такимъ образомъ опредѣленіе отклоненія остистыхъ отростковъ въ практическомъ отношеніи приобретаетъ существенно важное значеніе; само по себѣ оно не представляетъ

затрудненій. Опредѣливъ, напр., по *Leopold*'у отклоненіе грудныхъ остистыхъ отростковъ на 5 стм., а поясничныхъ на 2 стм., мы можемъ принять отклоненіе тѣлъ грудныхъ позвонковъ на 11 стм. и поясничныхъ на 9 стм., а также получаемъ нѣкоторое понятіе о степени суженія таза. При опредѣленіи послѣдней необходимо принять еще во вниманіе, имѣемъ ли мы дѣло съ большимъ или малымъ тазомъ, такъ какъ одна и та же величина отклоненія остистыхъ отростковъ при малыхъ тазахъ (*pelvis j. minor*) имѣетъ больше значенія, нежели при большихъ тазахъ (*pelvis j. major*).

При наружномъ изслѣдованіи слѣдуетъ обращать вниманіе на положеніе укороченной конечности, на подвижность тазобедреннаго сустава, на болѣе вертикальное и высокое положеніе подвздошной кости, вслѣдствіе чего *spinac anteriores*, а также и *cristae* находятся не на одномъ уровнѣ; далѣе на смѣщеніе этой кости кзади, причемъ *spina post.* на одной сторонѣ выдается больше, нежели на другой; затѣмъ на величину промежутка между остистымъ отросткомъ V поясн. позвонка и задними остями; въ скелетированныхъ тазахъ этотъ промежутокъ всегда абсолютно меньше на суженной сторонѣ, но у живой женщины онъ легко маскируется мягкими частями, и потому разница между правымъ и лѣвымъ промежуткомъ можетъ быть мало замѣтна; поэтому отсутствіе разницы не говоритъ еще противъ существованія односторонняго суженія; наконецъ слѣдуетъ обратить вниманіе, нѣтъ ли вблизи сочлененій и на ягодицахъ рубцовъ или фистулезныхъ ходовъ. Изъ всѣхъ диаметровъ, приведенныхъ въ описаніи скелетированныхъ тазовъ, болѣе важны для измѣренія на живыхъ слѣдующіе:

1) Отъ *sp. ant. sup.* одной стороны къ *sp. post. sup.* другой стороны и *vice versa*.

2) Отъ правой и лѣвой *sp. ant. sup.* къ остистому отростку V-го поясничнаго позвонка.

3) Отъ правой и лѣвой *sp. ant. sup.* къ нижнему краю симфиза.

4) Отъ нижняго края симфиза къ заднимъ верхнимъ остямъ.

5) Отъ остистаго отростка V-го поясничнаго позвонка къ правому и лѣвому *tuberculum pubicum*.

Кромѣ этихъ болѣе ясно прощупываемыхъ мѣстъ приложенія ножекъ тазомѣра, можно еще измѣрить:

6) разстояніе отъ *tuber ischii* одной стороны къ серединѣ гребешка другой и

7) отъ *tuber ischii* къ *crista ilei* той же стороны.

Всѣ остальные размѣры, въ томъ числѣ размѣры отъ большаго вертлуга одной стороны а) къ *sp. ant. sup.*, б) къ *crista ilei* и с) къ *sp. post. sup.* другой стороны, слишкомъ неточны.

Слѣдуетъ имѣть также въ виду, что при анкилотическихъ, сколіозо-рахитическихъ и кифо-сколіозо-рахитическихъ тазахъ суженіе соотвѣтствуетъ положенію искривленія; въ коксалгическихъ же тазахъ, за немногими исключеніями, суженіе помѣщается въ сторонѣ, противоположной пораженному тазобедренному сочлененію.

При внутреннемъ изслѣдованіи необходимо обращать вниманіе: на отношеніе симфиза къ мысу, на смѣщеніе ихъ, на форму кривизны правой и лѣвой безъимянной линіи и на разстояніе верхушки крестца отъ *sp. ischii*. Опредѣленіе *K* въ косыхъ тазахъ, за исключеніемъ коксалгическихъ, не имѣетъ ровно никакого значенія, именно потому, что мысь, смѣщаясь въ сторону и выполняя соотвѣтствующую половину входа, можетъ быть недостижимымъ, *Conj. diag.* окажется длиною и, несмотря на то, все-таки будетъ существовать суженіе въ акушерскомъ прямомъ діаметрѣ; поэтому при косыхъ тазахъ совершенно излишне стараться достигнуть мыса; гораздо важнѣе опредѣлить акушерскую діагональную конъюгату, т. е. разстояніе нижняго края симфиза отъ ближайшей точки задней стѣнки таза.

**Механизмъ родовъ и предсказаніе при косыхъ тазахъ.** Въ общей части мы уже упомянули, что спеціальнаго характернаго механизма родовъ ни для косыхъ тазовъ вообще, ни для каждаго вида въ частности не существуетъ, такъ какъ каждый косой тазъ представляетъ условія, легко видоизмѣняющія первоначальный механизмъ родовъ. Въ общемъ механизмъ родовъ при косыхъ тазахъ представляетъ большое сходство съ таковымъ при обще-равномѣрно-суженномъ тазѣ; въ видѣ исключенія (при анкилотическихъ тазахъ) наблюдается однако иногда, что родовой актъ совершается почти такъ же правильно, какъ при нормальномъ тазѣ. Большое вліяніе на механизмъ родовъ при косыхъ тазахъ имѣетъ величина самого таза и въ особенности степень односторонняго суженія, т. е. насколько суженная половина входа доступна подлежащей части, затѣмъ увеличеніе или уменьшеніе суженія по направленію къ выходу, а равно и форма послѣдняго.

Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ суженіе таза незначительно и *Dist. sacro-cotyloidea* суженной половины доступна еще для вставленія подлежащей части, много зависитъ отъ случайности, вставится ли головка въ длинномъ косомъ діаметрѣ или нѣтъ, причемъ объемистый затылокъ можетъ помѣститься или въ суженной, или въ широкой половинѣ таза. Коль скоро головка вступила въ длинный косой діаметръ, то механизмъ родовъ, при большихъ тазахъ, въ узкой части полости и въ выходѣ малаго таза можетъ еще совершиться правильно, и если выходъ таза не представляется обратнo скошеннымъ, то головка проходитъ въ этомъ же діаметрѣ всю полость малаго таза и поворачивается затылкомъ кпереди или во время прорѣзыванія, или только по рожденіи головки; обратнo скошенный выходъ способствуетъ повороту затылкомъ кпереди уже въ узкой части.

Если же мысь значительно смѣщенъ въ сторону и настолько вдается во входъ таза, что никакая подлежащая часть зрѣлаго плода ни однимъ размѣромъ своимъ не можетъ встаться въ *D. sacro-cotyl.* суженной половины, какъ напр. въ приведенномъ выше случаѣ *G. Braun'a* (ф. 103), то суженная часть входа теряетъ всякое значеніе для механизма родовъ; головка, не будучи въ состояніи вступить въ длинный косой діаметръ, вступаетъ во входъ внѣ оси таза (ф. 51), въ анатомическій косой діаметръ,

который хотя и укороченъ, но въ акушерскомъ отношеніи, при такомъ положеніи мыса, все-таки остается наиболѣе длиннымъ діаметромъ; при этомъ роль акушерской *K* играетъ *D. sacro-cotyl.* широкой половины, косою же діаметръ этой половины замѣняетъ поперечный размѣръ входа. При такихъ условіяхъ головка вступаетъ и проходитъ входъ, какъ при обще-равномѣрно-суженномъ тазѣ. По тому же типу совершается и дальнѣйшее движеніе головки, но только нѣсколько быстрѣе, такъ какъ во многихъ случаяхъ косою суженіе таза по направленію къ выходу уменьшается. Если предлежащая головка уже прошла черезъ входъ, то для дальнѣйшаго теченія родовъ совершенно безразлично, будетъ-ли она обращена затылкомъ къ суженной или къ широкой половинѣ таза. Послѣдующая головка рождается всего легче въ переднемъ видѣ и вообще съ затылкомъ, обращеннымъ къ широкой сторонѣ таза. Перевести послѣдующую головку изъ задняго вида въ передній удается иногда надъ входомъ, рѣдко во входѣ, въ выходѣ же обыкновенно *не удается*.

При одинаковыхъ остальныхъ условіяхъ, наименьшее препятствіе для вступленія головки во входъ встрѣчается при коксалгическихъ тазахъ; но когда головка опустится въ полость таза и достигнетъ узкой ея части, то механизмъ родовъ затрудняется. Это относится въ особенности къ тѣмъ коксалгическимъ тазамъ, въ которыхъ входъ суженъ по одному, а выходъ по другому косому діаметру. Наибольшее препятствіе для всего механизма родовъ бываетъ при кифо-сколіозо-рахитическихъ тазахъ. Качества предлежащей головки при косыхъ тазахъ имѣютъ еще больше значенія, нежели при плоскихъ и обще-суженныхъ тазахъ.

Изъ всего сказаннаго слѣдуетъ заключить, что при косыхъ тазахъ, въ одной половинѣ которыхъ суженіе достигло высокой степени, предсказаніе относительно исхода родовъ весьма неблагоприятно какъ для роженицы, такъ и въ особенности для плода. Незначительныя степени суженія при этихъ тазахъ сами по себѣ не оказываютъ неблагоприятнаго вліянія на ходъ родовъ; даже при болѣе высокихъ степеняхъ суженія исходъ, по крайней мѣрѣ для матери, былъ бы несравненно лучше, еслибы всегда была возможность распознать косою тазъ своевременно, а не во время родовъ, какъ это случается, къ сожалѣнію, въ большинствѣ случаевъ. Лучшій исходъ даютъ, разумѣется, большіе косые тазы; при обще-суженныхъ же и притомъ еще косыхъ тазахъ, предсказаніе, какъ и при кифо-сколіозо-рахитическихъ, — самое неблагоприятное. Предсказаніе и исходъ при ягодичныхъ положеніяхъ, по отношенію къ матери, довольно благоприятны, плодъ же при извлеченіи за ножки обыкновенно умираетъ во время крайне труднаго освобожденія головки.

**Терапія.** Лучшій исходъ для роженицы и плода получается при выжидательномъ способѣ, но въ случаѣ наступленія угрожающихъ явленій со стороны матери необходимо немедленно приступить къ прободенію головки даже живаго младенца и къ послѣдующему извлеченію краниокластомъ. Наложеніе щипцовъ можно допустить только, какъ пробную операцію, и то лишь тогда, когда головка стоитъ низко и выходъ таза мало измѣненъ, но такія благоприятныя условія встрѣ-



чаются весьма рѣдко; наложеніе же щипцовъ при высоко стоящей и вколотившейся во входъ головкѣ и при значительномъ одностороннемъ суженіи противопоказуется, какъ потому, что въ такихъ случаяхъ требуются весьма сильныя и продолжительныя тракціи, вредныя для матери и ребенка, такъ и потому, что щипцы при одностороннемъ суженіи большею частью препятствуютъ, а не способствуютъ механизму родовъ, именно повороту головки. Точно также нельзя рекомендовать поворотъ на ножки въ надеждѣ спасти жизнь плода, такъ какъ послѣ поворота только въ исключительныхъ случаяхъ удается провести послѣдующую головку въ благопріятномъ для нея діаметрѣ, въ большинствѣ же случаевъ попытка эта остается безъ успѣха. Одно только обстоятельство говоритъ въ пользу поворота, именно то, что послѣдующую головку гораздо легче перфорировать, нежели подлежащую, которая бываетъ обыкновенно подвижна. Въ крайнемъ случаѣ приходится прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію. Вообще терапия родовъ при косыхъ тазахъ должна сообразоваться со сказаннымъ выше въ общей части. Въ раннихъ срокахъ беременности показуется или искусственный законный выкидышъ, или возбужденіе преждевременныхъ родовъ даже у беременных въ первый разъ; время того и другого должно сообразоваться съ величиною таза и степенью суженія, — при  $K$  въ 8.5 можно съ пользою возбудить преждевременные роды.

### III. Поперечно-суженные тазы.

Общая характеристика ихъ заключается въ *укороченіи поперечныхъ діаметровъ во всѣхъ отдѣлахъ таза*. Принадлежащіе къ этой группѣ тазы встрѣчаются довольно рѣдко, въ особенности же тазы съ двустороннимъ анкилозомъ крестцово-подвздошнаго сочлененія, которые не сопровождаются измѣненіемъ кривизны позвоночника. Невысокія степени асимметріи встрѣчаются и въ этой группѣ тазовъ.

Главная причина поперечнаго суженія заключается въ отсутствіи того механическаго условія, благодаря которому нормальный тазъ представляется растянутымъ въ поперечномъ діаметрѣ. Такимъ благопріятствующимъ условіемъ служить, какъ извѣстно, крестцовая кость, съ шириною основанія которой независимо отъ искривленія позвоночнаго столба преимущественно связана какъ вообще форма таза, такъ и положеніе отдѣльныхъ частей его. Въ этиологическомъ отношеніи, между поперечно-суженными и косо-овальными тазами существуетъ тѣсная генетическая связь. Говоря объ косо или односторонне-суженныхъ тазахъ, мы указали на одностороннее недоразвитіе двухъ верхнихъ крыльевъ крестцовой кости, какъ на причину суженія; тотъ же этиологическій моментъ существуетъ и въ поперечно-суженныхъ тазахъ, но уже какъ двусторонній порокъ развитія, почему тазы этой группы представляются двусторонне суженными. Принимая во вниманіе ближайшую причину двусторонняго недоразвитія верхнихъ крестцовыхъ крыльевъ, поперечно-сужен-



ные тазы можно раздѣлить, во 1-хъ, на такіе, въ которыхъ поперечное суженіе составляетъ по преимуществу врожденный порокъ развитія, и во 2-хъ, на такіе, въ которыхъ поперечное суженіе составляетъ послѣдствіе внѣшнихъ механическихъ условій. Къ *первымъ* причисляемъ тазъ съ двустороннимъ синостозомъ крестцово-подвздошнаго сочлененія, форма входа его четырехъугольная, ко *вторымъ* — тазы кифотическіе и отчасти спондилолистетическіе. И тѣ и другіе характеризуются не только укороченіемъ всѣхъ поперечныхъ діаметровъ, но и увеличеніемъ прямого размѣра входа и уменьшеніемъ его въ полости и въ выходѣ, вслѣдствіе чего а) входъ представляется трехъ-или четырехъугольнымъ или овальнымъ, вытянутымъ по прямому діаметру; б) полость малаго таза пріобрѣтаетъ воронкообразную форму, которая въ анкилотическихъ поперечно-суженныхъ тазахъ слабѣе выражена, и с) выходъ представляется значительно суженнымъ, какъ въ поперечномъ, такъ и въ прямомъ діаметрѣ. Первая форма поперечно-суженныхъ тазовъ представляетъ сходство съ дѣтскими тазами и по виду напоминаетъ тазъ нѣкоторыхъ животныхъ. Къ этой же группѣ принадлежатъ, какъ прототипъ ихъ, такъ называемые воронкообразные тазы.

а) Анкилотическій поперечно-суженный тазъ — Роберт'а.

Анкилотическіе поперечно-суженные тазы встрѣчаются крайне рѣдко; первый такой тазъ былъ описанъ въ 1842 г. *Robert'*омъ ф. 108,

Фиг. 108.



Фиг. 109.



затѣмъ опубликовано было еще 6 подобныхъ тазовъ, такъ что до сихъ поръ извѣстно только 7 скелетированныхъ тазовъ<sup>1)</sup>; сюда же относятся, по всей вѣроятности, случаи *Grenser'a*, *Comelli*, *Saenger'a*, а также, случай *Kleinwächter'a*<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> 1) Описанный *Robert'*омъ находится въ Вюрцбургѣ, 2) *Kirchhofer'*омъ, ф. 109 въ Килѣ; 3) *Seysfert-Lamb'*емъ въ Прагѣ; 4) также *Robert'*омъ у *Dubois* въ Парижѣ; 5) *Lloyd Roberts'*омъ въ Манчестерѣ; 6) *Kehrer'*омъ въ Гиссенѣ; 7) *Martin'*омъ въ Берлинѣ.

<sup>2)</sup> Родильница *Kleinwächter'a* умерла въ госпиталѣ, почему тазъ ея не былъ полученъ. Въ акушер. каб. Москов. университета находится неописанный тазъ *Robert'a*.

Главная особенность анкилотических поперечно-суженных тазовъ заключается въ двустороннемъ синостозѣ крестцово-подвздошнаго сочлененія. Поперечной вогнутости крестцовой кости, глубоко вдавленной (изъ 7 случаевъ въ 6) между подвздошными костями, совершенно не существуетъ, продольная же вогнутость весьма слабо выражена, и такъ какъ верхнія крестцовыя крылья или совершенно отсутствуютъ, или крайне слабо развиты, то крестцовая кость представляется чрезвычайно узкою, почти четырехъугольною и одинаково широкою какъ вверху, такъ и внизу. Отсутствіемъ крыльевъ и формою крестцовой кости объясняется расположеніе остальныхъ костей таза, а именно: мало развитыя чешуи подвздошныхъ костей помѣщаются болѣе вертикально, задняя треть ихъ смѣщена далеко къзади къ срединной линіи, такъ что заднія ости почти совершенно закрываютъ крестцовую кость и промежутокъ между *sp. superiores post.* представляется крайне малымъ; подвздошныя впадины обращены почти прямо къпереди, вслѣдствіе чего большой тазъ кажется широко открытымъ; безъимянные линіи круто загибаются у синостоза къпереди и направляются къ симфизу въ видѣ двухъ весьма слабо вогнутыхъ, почти параллельно идущихъ линій, сходящихся или подь острымъ угломъ, или въ видѣ узкой дуги, вслѣдствіе чего лонное сочлененіе выдается къпереди въ видѣ утиного клюва, а входъ получаетъ или четырехъугольную или клиновидную форму съ обращеннымъ къзади основаніемъ. Сѣдалищныя кости, вслѣдствіе отсутствія надлежащаго противодѣйствія со стороны крестца, значительно сближены, почему относительно высокая лонная дуга представляется абсолютно узкою и вѣтви ея располагаются почти параллельно. Такимъ образомъ анкилотическій поперечно-суженный тазъ можетъ служить нагляднымъ примѣромъ значенія какъ отсутствія механическихъ условій, растягивающихъ тазъ въ поперечномъ діаметрѣ, такъ и преобладанія другого механическаго фактора—сопротивленія со стороны нижнихъ конечностей въ вертлужныхъ впадинахъ; одновременное дѣйствіе обоихъ факторовъ ведетъ къ образованію нормальнаго входа въ малый тазъ; преобладаніе перваго ведетъ къ сплюсненію таза въ передне-заднемъ діаметрѣ (см. плоскіе тазы); преобладаніе же втораго—къ сдавленію его съ боковъ, къ укороченію поперечнаго и къ увеличенію (относительному) прямого діаметра. По направленію къ выходу поперечное суженіе значительно усиливается, отношеніе же между поперечными и прямыми діаметрами до извѣстной степени сглаживается, но только насчетъ укороченія прямыхъ діаметровъ. За исключеніемъ перваго таза *Robert'a* всѣ остальные описанные скелетированные тазы слегка асимметричны.

Ближайшею причиною поперечнаго суженія въ шести случаяхъ было врожденное недоразвитіе крестцовыхъ крыльевъ съ послѣдова- тельнымъ воспаленіемъ и окостенѣніемъ крестцово-подвздошнаго сочлененія, быть можетъ, какъ слѣдствіе глубокаго внѣдренія крестца; въ остальныхъ же двухъ случаяхъ—второмъ *Robert'овскомъ* и *Kleinwächter'a*—сперва развилось воспаленіе съ исходомъ въ неполное окостенѣніе синхондроза, и затѣмъ уже послѣдовала остановка развитія крестцовыхъ

крыльцевъ; такъ какъ въ послѣднихъ двухъ случаяхъ тяжесть туловища начала дѣйствовать только по окончаніи воспаленія, въ то время, когда крестецъ былъ уже спаянъ съ подвздошными костями, то крестцовая кость удержала положеніе и форму, бывшія до начала заболѣванія.

**Распознаваніе** не представляетъ особенныхъ затрудненій и основывается а) на рѣзкой разницѣ между наружною конъюгатою и другими размѣрами большого таза; между тѣмъ, какъ *D. spin.* и *cris.*, въ особенности же *D. trochanterica* оказываются значительно укороченными, *Conj. ext.* или вовсе не укорочена, или укорочена весьма мало; б) на значительномъ уменьшеніи разстоянія между задними остями, въ особенности въ случаяхъ врожденной аномаліи; в) на положеніи остистыхъ отростковъ крестцовой кости, которые при врожденной аномаліи не такъ ясно прощупываются и помѣщаются глубже, нежели въ случаяхъ съ вторичнымъ анкилозомъ, и д) на значительномъ укороченіи всѣхъ диаметровъ выхода, въ особенности же поперечника его. При внутреннемъ изслѣдованіи трудно не замѣтить суженія входа. Наибольшее затрудненіе въ дифференціальномъ діагнозѣ можетъ представить обще-суженный или малый тазъ съ воронкообразнымъ выходомъ.

**Предсказаніе** какъ для матери, такъ и въ особенности для плода неблагоприятно, и именно потому, что во всѣхъ описанныхъ семи скелетированныхъ тазахъ поперечный діаметръ выхода не превышалъ 5.0; при такомъ суженіи выхода доношенный плодъ не можетъ родиться живымъ; мать же, вслѣдствіе продолжительности родовъ, подвергается значительной опасности.

Во время беременности показуется искусственный законный выкидышъ и преждевременные роды <sup>1)</sup>.

Выше мы указали на недоразвитіе крестцовой кости вообще, какъ на причину поперечнаго суженія таза. Въ *Arch. f. Gynaek. Bd. XXV II. Litzmann*'омъ, директоромъ родильнаго дома въ Альтонѣ, описанъ поперечно-суженный тазъ съ совершеннымъ отсутствіемъ 4-хъ послѣднихъ крестцовыхъ позвонковъ. Привожу вкратцѣ исторію родовъ и описаніе этого замѣчательнаго таза.

„Тазъ принадлежалъ 36-лѣтней III-para. Изъ анамнеза извѣстно, что она родилась одною изъ двойней (другой умеръ въ дѣтствѣ), будто бы съ недоразвитіемъ лѣваго наружнаго слуховаго прохода; кромѣ того, у нея существуетъ врожденная косолапость (*Pes calcaneus*); въ дѣтствѣ она страдала недержаніемъ мочи; выучилась ходить довольно рано; могла далеко ходить и много бѣгать, но не могла хорошо стоять долгое время на одномъ мѣстѣ. Вообще же была здорова. Относительно первыхъ родовъ (въ 1874—75 г.) ничего неизвѣстно. Вторые роды были въ 1878 г., причемъ тогда не было замѣчено суженія таза; родовыя боли продолжались 21 ч., и вслѣдствіе выпаденія пуповины роды окончены щипцами, наложенными на подлежащую головку. Новорожденная мертвая дѣвочка вѣсила 3500 грм. Въ 1879, 80 и 81 гг. она страдала катарромъ мочевого пузыря. Третьи роды въ ноябрѣ 1881 г. Вскорѣ по поступленіи въ родильный домъ, въ Альтонѣ, истекли воды при зѣвѣ, открытомъ на 4.0 (2½ п.). Опредѣлено

<sup>1)</sup> Въ 6 случаяхъ было сдѣлано кесарское сѣченіе, въ 2-хъ перфорация головки. *Grenser* и *Comelli* своевременною перфорациею головки младенца спасли роженицу. *Singer*, при поперечномъ размѣрѣ выхода въ 7.0—8.0, извлекъ младенца наложенными во входѣ щипцами.

П-е затылочное положеніе съ низко опущеннымъ затылкомъ. Родовыя боли вскорѣ усилились, сдѣлались бурными, судорожнаго характера. Роды не подвигались впередъ. Повторная рвота и обмороки. Въ концѣ 1-хъ сутокъ матка была совершенно открыта, головка опустилась глубоко въ тазъ. Дно матки находилось на ладонь выше пупка; въ области послѣдняго находилась глубокая поперечная борозда, непосредственно подъ которой прощупывалась значительно истонченная стѣнка матки. Несмотря на угрожающую опасность разрыва, общее состояніе роженицы было довольно хорошее, пульсъ полный, мало учащенный. Тѣмъ не менѣе рѣшено было попытаться окончить роды щипцами; наложеніе и замыканіе ложекъ щипцовъ не представляло затрудненій; послѣ неоднократно соскальзыванія щипцовъ съ мягкой головки они были сняты, и затѣмъ приступлено къ прободенію головки и къ извлеченію ея краниокластомъ. До прободенія головки, рядомъ съ нею, найдена неппульсирующая пуповина и поперечный разрывъ задняго свода рукава, проникавшій въ брюшную полость, хотя общее состояніе роженицы тѣмъ не менѣе не позволяло заподозрить существовавшій уже разрывъ. Извлеченный мальчикъ вѣсилъ безъ мозга 3500 грм. *Placenta* выведена легкимъ давленіемъ на дно матки. Общее состояніе родильницы хорошо, пульсъ 88, дыханіе не учащено, признаковъ коллапса нѣтъ. На другой день она была переведена въ общую больницу, гдѣ и умерла на 4 день при явленіяхъ общаго воспаления брюшины. При вскрытіи, кромѣ обычныхъ явленій и I-образнаго разрыва задняго свода рукава, проникавшаго въ полость брюшины, найдена еще довольно значительная потеря вещества на задней поверхности задней губы зѣва матки, закрывавшая въ видѣ тонкой и вялой пластинки разрывъ задняго свода. Къ сожалѣнію ни при жизни, ни во время вскрытія не было обращено вниманіе какъ на самый тазъ, такъ и на расположеніе мягкихъ частей его и отношеніе ихъ къ тазу.

„Скелетированный, съ тремя послѣдними поясничными позвонками, тазъ, ф. 110,

Фиг. 110.



на видъ красиваго и изящнаго строенія съ чрезвычайно тонкими костями, кажется какъ бы отставшимъ въ своемъ развитіи. Съ перваго же взгляда бросается въ глаза отсутствіе большей части задней стѣнки малаго таза. Поясничные позвонки изогнуты и торквиро-

ваны нѣсколько влѣво. Правый суставной отростокъ IV поясн. позв. толще и шире лѣваго. Форма и видъ V поясн. позв. значительно измѣнены. Передняя поверхность послѣдняго имѣетъ видъ трехъугольника, обращеннаго основаніемъ вправо; тѣло представляется, въ особенности слѣва, настолько сильно сжатымъ сверху внизъ, что верхній и нижній края его значительно выдаются надъ поверхностью, вслѣдствіе чего между ними образовалась глубокая бороздка, переходящая, какъ это видно на рисункѣ, и на правую боковую поверхность позвонка; въ особенности сильно вывернуть кверху нижній заостренный край его. Высота IV поясн. позв. 3.0, V же справа 2.2, слѣва 1.9; ширина тѣла послѣдняго сверху 3.8, по срединѣ 2.3, внизу 3.5. Отростки V поясн. позв. сгнистый, верхніе и нижніе суставные и поперечные — слились между собою въ одно цѣлое настолько, что невозможно опредѣлить, что принадлежитъ одному и что другому.

„На мѣстѣ основанія крестцовой кости существуетъ костная масса, едва напоминающая своею формою 1-й крестц. позвонокъ. Разсматривая этотъ рудиментарный остатокъ (?) крестцовой кости, вѣрнѣе основанія ея, сверху, онъ представляется въ видѣ полукруга, соединяющагося съ V поясн. позвон. и съ обѣими безымянными костями; эта костная дуга, въ противоположность V поясн. позвонку слѣва толще, нежели справа; высота ея слѣва 1.4, по срединѣ 1.5, справа 0.7; справа она загибается немного вперед, и обхватываетъ V поясн. позвонокъ. *О тѣлѣ и крыльяхъ не можетъ быть и рѣчи. Остальные крестцовые позвонки совершенно отсутствуютъ* Задняя поверхность этой костной массы вполне закрыта несоприкасающимися между собою подвздошными костями и лигаментозною тканью. На 4—5 м.м. ниже этого рудимента на слабо натянутыхъ, между *spinæ posteriores superiores*, связкахъ, подвѣшено небольшое тѣло, которое было признано за зачатокъ копчика.

„Подвздошныя кости относительно высоки, форма ихъ напоминаетъ квадратъ; они значительно менѣе нормальнаго наклонены къ горизонту и какъ бы сдавлены съ боковъ, S-образной кривизны гребешковъ какъ бы не существуетъ. Горизонтальныя вѣтви лонныхъ костей у *crista pubis* круто загибаются кнутри. Входъ въ тазъ имѣетъ видъ нѣсколько вытянутаго въ длину четырехъугольника. Область вертлужныхъ впадинъ нѣсколько вдавлена внутрь“.

„Размѣры таза: *D. sp.* 20.2, *D. cr.* 21.6; во входъ: *Conjugata vera* 11.6, поперечный 10.5, правый косой 10.7, лѣвый косой 10.5; въ широкой части полости: прямой—отъ нижняго края *ossis sacri* до середины симфиза—12.2; поперечный между вертлужными впадинами 7.8. Попер. разм. узкой части (*sp. ischii*) 6.5; выхода 8.5. Слѣдовательно главнымъ образомъ укорочены всѣ поперечные диаметры“.

Относительно этиологии этого единственнаго въ своемъ родѣ неправильнаго таза нельзя сказать что либо положительное. *H. Litzmann* допускаетъ нѣчто подобное наблюдаемому при *Foetus papyraceus*. Такъ какъ у этой женщины, кромѣ этой неправильности таза, существовали еще и другія уродства, то *H. Litzmann* допускаетъ, въ видѣ гипотезы, что и здѣсь во время утробной жизни одинъ плодъ помѣшалъ развитію другого. Съ другой стороны, измѣненія отростковъ V поясничнаго позвонка допускаютъ предположеніе о бывшемъ воспалительномъ процессѣ.

## в) Кифотическій поперечно-суженный тазъ.

Въ акушерскомъ отношеніи кифозъ въ поясничной и крестцовой областяхъ имѣетъ наиболѣе важное значеніе.

Подъ вліяніемъ нормальнаго лордотическаго искривленія позвоночника давленіе туловища дѣйствуетъ *сзади напередъ*, такъ что центръ тяжести помѣщается нѣсколько кзади отъ *D. inter-cotyloidea*, вслѣдствіе чего весь тазъ наклоняется вперед, крестцовая кость смѣщается своимъ основаніемъ вперед, вѣдряется между подвздошными костями, укорачивается въ продольномъ и увеличивается въ поперечномъ диаметрѣ, чѣмъ и обуславливаются какъ форма крестцовой кости, такъ

и вообще всѣ остальные, характерныя для нормальнаго таза, измѣненія и между ними растяженіе таза въ поперечныхъ размѣрахъ, находящееся, какъ мы знаемъ, въ тѣсной связи съ положеніемъ и формою крестцовой кости.

Вслѣдствіе кифоза позвоночнаго столба прежде всего измѣняется направленіе, по которому давленіе туловища передается тазу—собственно крестцу, и притомъ такъ, что центръ тяжести смѣщается впереди отъ *D. inter-cotyloidea*; поэтому давленіе туловища, дѣйствующее по направленію *спереди назадъ*, несмотря на противодѣйствіе подвздошно-бедренныхъ связокъ, не только уменьшаетъ наклоненіе самого таза, но и видоизмѣняетъ нормальное расположеніе отдѣльныхъ частей его.

Само собою разумѣется, что крестцовая кость больше всего подвергается измѣненіямъ относительно формы и положенія. Такъ какъ переднія крестцово-подвздошныя связки обыкновенно бываютъ слабо развиты, то верхняя половина крестца уступаетъ давленію спереди назадъ и при посредствѣ нижняго колѣна кифоза отклоняется къзади и въ то же время, раздвигая подвздошныя кости, настолько внѣдряется къзади между ними, что промежутокъ между *crista sacralis* и задними подвздошными остями почти совершенно исчезаетъ и представляется даже на скелетированномъ тазѣ не въ видѣ глубокой ямки, а въ видѣ плоской впадины; нижняя же половина крестцовой кости, фиксируемая болѣе сильными связками (*ligg. tuberoso- et spinoso-sacralia*), оттягивается впереди. Такимъ путемъ уменьшается наклоненіе таза; крестцовая кость отклоняется къзади и какъ бы вытягивается къверху изъ подвздошныхъ костей; вслѣдствіе этого она увеличивается (растетъ) въ продольномъ и укорачивается въ поперечномъ діаметрѣ, почему и *promontorium* становится недостижимымъ. Тѣла крестцовыхъ позвонковъ, въ особенности верхнихъ, глубже вдавливаются по направленію къзади между крыльями, вслѣдствіе чего поперечная вогнутость передней поверхности крестцовой кости можетъ быть увеличена, продольная же вогнутость обыкновенно бываетъ весьма слабо выражена, и то только въ нижней части крестца. Несмотря однако на такое смѣщеніе крестцовой кости, разстояніе между задними подвздошными остями, по причинѣ относительно малой ширины крестца, не увеличено, а уменьшено.

Съ этими измѣненіями крестцовой кости тѣсно связано положеніе и форма подвздошныхъ костей; онѣ представляются вытянутыми какъ впереди подъ вліяніемъ напряженія *ligg. ileo-femoral.*, такъ и въ особенности къзади, благодаря смѣщенію туда основанія крестцовой кости; по той же причинѣ уменьшаются высота и наклоненіе подвздошныхъ костей, глубина ихъ впадинъ, равно какъ S-образное искривленіе гребешковъ и вогнутость безъимянной линіи. *Sp. ant. inf.* и мѣсто прикрѣпленія подвздошно-бедренныхъ связокъ обыкновенно бываютъ болѣе нормальнаго развиты, вслѣдствіе усиленнаго напряженія этихъ связокъ.

Съ измѣненіемъ подвздошныхъ костей измѣняется и положеніе какъ вертлужныхъ впадинъ, такъ и лонныхъ и сѣдалищныхъ костей; поэтому измѣненія формы таза не ограничиваются только входомъ, но

распространяются на всѣ отдѣлы таза и притомъ въ усиливающейся степени. Такъ какъ давленіе со стороны нижнихъ конечностей въ вертикальныхъ впадинахъ встрѣчаетъ весьма мало противодѣйствія со стороны крестцовой кости, то большая часть давленія снизу сосредоточивается на боковыхъ стѣнкахъ таза, вслѣдствіе чего, во 1-хъ, не только послѣднія сближаются между собою, но и въ особенности сѣдалищныя кости, которыя въ то же время смѣщаются нѣсколько къзади; такимъ путемъ усиленное боковое давленіе на стѣнки таза, также какъ и вытяженіе подвздошныхъ костей, способствуетъ выпрямленію безъимянной линіи и заостренію лоннаго сочлененія, а также и суженію лонной дуги; во 2-хъ, благодаря тому, что нижняя половина крестцовой кости отклонена къзади, полость таза, сдавливаемая съ боковъ, суживается по направленію къ выходу, въ прямыхъ и поперечныхъ діаметрахъ, и принимаетъ нѣсколько сплюснутую съ боковъ воронкообразную форму, и въ 3-хъ, увеличивается высота малаго таза. Сѣдалищныя бугры и сѣдалищныя ости представляются относительно слабо развитыми вслѣдствіе того, что раньше или позже наступаетъ расслабленіе связокъ *ligg. spinoso- et tuberoso-sacralia*, вслѣдствіе отклоненія нижней половины крестцовой кости къпереди.

Такимъ путемъ, повидимому, развивается тазъ, форма котораго свидѣтельствуетъ, во 1-хъ, объ отсутствіи въ извѣстной степени силы, растягивающей тазъ въ поперечныхъ діаметрахъ, и, во 2-хъ, о преобладаніи сопротивленія снизу, почему входъ представляется прямо-овальнымъ, абсолютно суженнымъ въ поперечномъ и вытянутымъ по прямому діаметру, причемъ *K* можетъ быть даже увеличена; въ меньшей степени удлинены *Dist. sacro-cotyloideae* и *diam. obliqui*, прямые діаметры полости сравнительно мало укорочены, прямой же діаметръ выхода по отношенію къ конъюгатѣ бываетъ значительно укороченъ, но по отношенію къ абсолютно укороченному поперечному діаметру выхода, прямой выходъ все-таки больше его. Укороченію поперечнаго діаметра выхода не мало способствуетъ сидѣніе.

На форму кифотическаго таза, а также на форму и положеніе крестцовой кости имѣютъ большое вліяніе: положеніе, время появленія и происхожденіе кифоза.

При кифозѣ нижнихъ грудныхъ позвонковъ кифотическія измѣненія таза могутъ быть выражены еще довольно ясно, хотя наклоненіе его можетъ быть даже больше нормальнаго (см. ф. 115); если же верхніе грудные позвонки кифотически искривлены, то тазъ не будетъ представлять такихъ характерныхъ кифотическихъ измѣненій и именно потому, что въ такихъ случаяхъ обыкновенно развивается компенсирующій лордозъ поясничныхъ позвонковъ (см. ф. 103), который при извѣстныхъ условіяхъ можетъ достигнуть такой высокой степени, что поясничные позвонки почти совершенно закроютъ входъ въ малый тазъ (*pelvis obtecta*). Напротивъ, чѣмъ ниже помѣщается кифозъ, тѣмъ рѣзче кифотическія измѣненія и въ особенности въ случаяхъ, въ которыхъ каріозный процессъ въ раннемъ дѣтствѣ повелъ къ образованію горба; по-



этому тазъ *cum kyphosi sacrali* представляетъ болѣе рѣзкія измѣненія нежели *cum kyphosi sacro-lumbali* или *kyphosi-lumbali*. При *kyphosis sacralis* верхушку горба занимаетъ основаніе крестцовой кости, поэтому давленіе туловища непосредственно передается крестцу и не только спереди назадъ, но и главнымъ образомъ сверху внизъ, почему крестцовая кость въ такихъ случаяхъ помѣщается глубже между подвздошными костями и представляется не вытянутою кверху, какъ *sub kyphosi lumbali* и *lumbodorsali*, а напротивъ короткою и еще болѣе узкою.

При рахитическомъ кифозѣ, характерныя кифотическія измѣненія до извѣстной степени ступенчаты и на первый планъ выступаютъ измѣненія, преимущественно крестца, свойственныя рахиту (выпуклая кпереди или даже S-образно искривленная въ продольномъ діаметрѣ крестцовая кость съ круглымъ загибомъ ея нижней половины кпереди, см. ф. 74 и 113); тѣмъ не менѣе въ общемъ форма таза остается кифотическою, хотя и съ менѣе значительнымъ укороченіемъ поперечныхъ діаметровъ. При кифозѣ крестца, собственно говоря, горба не бываетъ; на мѣстѣ кифоза находится только небольшое угловатое возвышеніе, не всегда ясно выраженное. Само собою разумѣется, что чѣмъ въ болѣе раннемъ возрастѣ развился кифозъ, тѣмъ характернѣе измѣненія таза. Высокія степени асимметріи не встрѣчаются. Замѣчательно, что во многихъ описанныхъ кифотическихъ тазахъ наблюдалась увеличенная подвижность тазовыхъ сочлененій.

**Распознаваніе** кифотическихъ тазовъ не представляетъ затрудненій, такъ какъ даже при поверхностномъ осмотрѣ нѣтъ возможности просмотрѣть присутствіе болѣе или менѣе заостренного горба (*gibbus angularis*) въ поясничной или въ крестцовой областяхъ. Присутствіе горба рѣшаетъ и дифференціальный діагнозъ по отношенію къ анкилотическому поперечно-суженному и къ остеомалятическому тазамъ, съ которыми можно было бы, по формѣ симфиза и выхода малаго таза, смѣшать кифотическій тазъ. Кромѣ того въ пользу послѣдняго говорятъ: уменьшеніе наклоненія таза, значительное увеличеніе наружной конъюгаты, малое разстояніе между задними остями, а также и положеніе нижнихъ конечностей во время ходьбы и стоянія, причемъ послѣднія бываютъ болѣе или менѣе согнуты въ колѣнныхъ суставахъ; наконецъ при внутреннемъ изслѣдованіи положеніе и форма крестцовой кости и невозможность достигнуть мысь указываютъ на кифотическій тазъ.

**Предсказаніе** сообразуется съ положеніемъ кифоза и со степенью суженія преимущественно выхода таза; вообще оно неблагоприятно какъ для матери, такъ и для ребенка; рассчитывать на подвижность тазовыхъ сочлененій и на возможность увеличенія вмѣстимости таза во время родовъ не слѣдуетъ, главнымъ образомъ потому, что растяженіе таза само по себѣ не можетъ быть настолько велико, чтобы замѣтно уменьшить препятствіе; кромѣ того при крайней степени растяженія таза можетъ произойти разрывъ того или другого сочлененія (см. случай д-ра *Феноменова*) или разможеніе мягкихъ родовыхъ путей. Во избѣ-



жаніе пагубныхъ разрывовъ сочлененій, слѣдуетъ придерживать терапіи, указанной при анкилотическихъ поперечно-суженныхъ тазахъ.

Привожу вкратцѣ весьма интересный случай, описанный Профессоромъ въ Гельсингфорсѣ *J. A. Pippingköld*'омъ (фиг. 111 и 112).

Фиг. 111.



*Pel vis kyphotica Helsingforsiensis. Kyphosis lumbo-sacralis.*

„Страданіе позвоночника началось приблизительно на пятимъ году и должно быть приписано тому, что черезъ большую переѣхало колесо экипажа; время появленія горба осталось неизвѣстнымъ.

„Примѣрага 30 лѣтъ, ростъ 131 см. Грудные позвонки слегка компенсаторно искривлены влѣво. Кифозъ занимаетъ 8 позвонковъ (2 грудныхъ, всѣ поясничные и первый крестцовый позвонокъ); остистые отростки 2-го и 3-го поясн. позвонковъ срослись и составляютъ верхушку горба; задняя поверхность крестцовой кости плоская, основаніе ея какъ будто бы отодвинуто изади, влѣдствіе чего разстояніе между *sp. post. sup.* не ясно выражено. Передній конецъ праваго 12-го ребра на 1.5 ниже *st. il.*, лѣвое же ребро помѣщается еще ниже. Наклоненіе таза опредѣленное помощью клинометра *Cluge*, причемъ за переднюю точку взята середина верхняго края симфиза, а за заднюю мѣсто, лежащее непосредственно подъ горбомъ, оказалось равнымъ только 10°; та же степень наклоненія получила при измѣреніи отъ верхушки горба; наклоненіе же таза, измѣренное непосредственно надъ горбомъ, оказалось = 35—40°. При вертикальномъ положеніи женщины нижнія конечности остаются немного согнутыми въ коленныхъ. Довольно значительный *venter propendens*. Матка наклонена впередъ и вправо. Подъ влияніемъ довольно сильныхъ родовыхъ болей и при тщательномъ подвизываніи живота, періодъ раскрытія матки совершился правильно; головка плода установилась въ поперечномъ діаметрѣ входа. Черезъ 12 часовъ отъ начала родовъ матка вполне раскрылась; 2 ч. 45' спустя, влѣдствіе сильно беспокоившихъ роженицу потугъ, былъ прорванъ пузырь, вытекло обильное количество околоплодной жидкости, смѣшанной *sunt mesoria*; черезъ 1 ч. 30' по излитіи водъ сердцебиенія плода не было слышно. Несмотря въ надеждѣ окончить извлеченіе, сколько въ видахъ изслѣдованія, были наложены щипцы. Головка, стоявшая въ началѣ долгое время въ поперечномъ діаметрѣ,

повернулась затѣмъ впередъ и влѣво и приблизилась къ прямому діаметру; въ этомъ положеніи она опустилась до середины полости таза, гдѣ и находилась во время наложенія щипцовъ; значительное *caput succedaneum*. Несмотря на сильныя тракціи щипцами, головка не подвигалась, поэтому, по снятіи щипцовъ прямымъ тrenaномъ сдѣлано прободеніе лѣвой темянной кости, вблизи стрѣловиднаго шва, затѣмъ наложенъ кефалотрибъ *Scanloni*; при извлеченіи встрѣтилось большое препятствіе для прохожденія затылка со стороны узкой лопной дуги, почему произошелъ разрывъ промежности. Вѣсъ плода 3600 грм. Послѣ родовъ развился легкій эндометритъ. Полное сращеніе разрыва промежности произошло, при помощи трехъ серфиновъ, на 5-й день. При выпискѣ, родильницѣ данъ былъ совѣтъ явиться за 8 недѣль до срока родовъ, въ случаѣ, если она вновь забеременѣетъ. Черезъ годъ (1874) она явилась вновь; почему приступлено къ возбужденію преждевременныхъ родовъ помощью дуль въ 32—36° Ц., 4 раза въ сутки. Послѣ 4-го душа начался боли; черезъ 37 часовъ лопнулъ въ частяхъ плодный пузырь; въ это время головка плода находилась въ узкой части полости таза въ прямомъ размѣрѣ; такъ какъ сердцебіенія плода не было ясно слышно, то наложены щипцы и послѣ 8 тракцій извлеченъ въ легкой асфиксіи мальчикъ, вѣсившій 2380 грм. и умершій черезъ 14 дней. Мать выписалась здоровою. Въ 1876 г. при третей беременности снова возбуждены преждевременные роды, оконченные поворотомъ и извлеченіемъ живаго младенца, вѣсившаго 2570 грм. и умершаго на другой день. Въ 1877 г. послѣ искусственно-вызванныхъ тоже на 34—36 недѣль преждевременныхъ родовъ, она разрѣшилась при помощи щипцовъ мертвымъ младенцемъ (кровоизліаніе въ брюшную полость). Пятое и послѣдніе роды въ 1878 г. были тоже преждевременно вызваны и окончены перфорациею и извлеченіемъ младенца помощью краниокласта. Младенецъ вѣсилъ 3400 грм. Пять дней спустя родильница умерла отъ дифтеритическаго эндометрита.

Фиг. 112.



„Скелетированный тазъ, фиг. 111 и 112, весьма рельефно представляетъ измѣненія подъ вліяніемъ *kyphosis lumbo-sacralis* (вѣриѣ *lumbo-dorsalis*). Тѣла 4-хъ нижнихъ поясничныхъ позвонковъ настолько разрушены и слѣлись въ общую массу, что передняя поверхность ихъ въ сложности не больше 0.75; дуги ихъ синностозированы; тѣло 1-го кр. позвонка подверглось отчасти разрушенію, слѣды котораго видны на передней поверх-

ности 2-го и 3-го кр. позвонковъ. Остпстые отростки 2-го и 3-го поясн. позвонковъ сплюснотозированы. Крестцовая кость въ продольномъ диаметрѣ слегка S—образно изогнута, верхняя половина ея значительно вогнута въ поперечномъ диаметрѣ. Лонная дуга узкая и угловатая. Безъименныя линіи вытянуты и переходятъ на верхнюю часть крестцовыхъ крыльевъ. К 11.0, лѣвый косою 10.25, правый косою 11.0. Поперечный *выхода* 11.0, *шир. ч. полости* 9.75, *узк. ч. полости (sp. ischii)* 7.5, *выхода* 8.25. *Dist. spinar.* 22.0, *cristar.* 26.5, *Dist. sp. post.* 7,6<sup>4</sup>.

Таза родильницы № 1705, 1875 года изъ коллекціи Сиб. Родовспомогательнаго Заведенія.

Поперечно-суженный кифогическій таза (Kyphosis sacralis rachitica. Lordo-scoliosis lumbalis). Отвислый животъ. Срочныя роды. Преждевременное излитіе водъ. Частыя судорожныя боли. Обильное зловонное выдѣленіе изъ половыхъ частей во время родовъ (Endometritis sub partu). Вторичная слабость болей. Прободеніе головки живаго плода. Неудачное примѣненіе *tire-tête'a* Лазаревича. Извлеченіе краниокластомъ. Продолжительность родовъ 54½ ч. Смерть родильницы отъ Endometritis septica черезъ 30 часовъ post partum.

Христина Михайлова 24 лѣтъ, беременная въ 1-й разъ, поступила въ Родовспомогательное Заведеніе 8-го октября въ 12 ч. 30' пополудни, черезъ 20 часовъ отъ начала родовыхъ болей.

Она средняго роста, хорошаго тѣлосложенія. Грудь рахитическая, поясничные позвонки слегка искривлены влѣво, поясничная область слегка вогнута, крестецъ плоскій, нижняя половина его подъ угломъ загнута впереди; заднія ости подвздошныхъ костей не выдаются надъ крестцомъ. Подвздошные гребенки почти совершенно прямыя, такъ что разницы между *Dist. spinar.* и *Dist. cristar.* совершенно нѣтъ; каждый изъ этихъ размѣровъ большаго таза—26.0. *Conj. ext.* 20.0. *Dist. trochant.* 28.0. Лонное сочлененіе выпячивается кнаружи. Прямой выхода: отъ *lig. arcuatum* до крестцово-копчиковаго соединенія—8.5; поперечный выхода 8.5.

Животъ значительно выпяченъ впереди. Матка плотно обхватываетъ плодъ со всѣхъ сторонъ, весьма чувствительна при дотрогиваніи; спинка плода влѣво, сердцебіеніе ясно слышно влѣво и кнаружи отъ пупка, около 140 уд. въ мин. Боли частыя и болѣзненные. Паружныя половыя части. Верхняя часть внутренней поверхности бедеръ и частью ягодицъ представляютъ весьма сильную эритематозную красноту, развившуюся подъ вліяніемъ зловонной жидкости, выдѣляющейся въ большомъ количествѣ изъ внутреннихъ половыхъ органовъ. Лонная дуга узкая, вѣтви ея вдавлены внутрь. Шейка изглажена, зѣвъ открытъ на 2 п., края его напряжены; предлежитъ головка, стоящая неподвижно во входѣ большая копусообразная родовая опухоль мѣшаетъ прощупать швы и роднички. Подъ вліяніемъ хлорала, опіатаго клистира и горячихъ душъ къ 8 ч. у. 9-го X боли сдѣлались слабѣе и матка совершенно открылась. Ванна. Въ 2 ч. п. пд. матка весьма чувствительна; головка плотно вколотилась въ верхнюю часть полости малаго таза; значительный отекъ и шероховатость влагалища, зловонное выдѣленіе продолжается, родовыхъ болей почти нѣтъ, темпер. 37.9, P. 112. Въ 7½ ч. вечера роженница захлороформирована и приступлено къ перфорациі на поперечной кровати (сердцебіеніе плода весьма неясно). Перфораторомъ *Kiwisch'a* просверлена правая теменная кость около большаго родничка; послѣ полной экзецеребраціи дано 2 приема по 20 gr. *puly. Secalis cornuti*, съ часовымъ промежуткомъ. Родовыя боли усилились, головка совершила поворотъ такимъ образомъ, что перфорированное мѣсто зашло за лонное сочлененіе, пониженія же головки не послѣдовало. Въ 10 ч. в. роженница вновь захлороформирована и сдѣланы двѣ попытки извлечь головку *tire-tête'омъ* Лазаревича; перфорационное отверстіе было предварительно расширено удаленіемъ трехъ кусочковъ костей щипцами *Menard'a*: въ первый разъ захвачена затылочная кость—инструментъ сорвался; во второй разъ захвачено турецкое сѣдло—инструментъ только отломилъ его. Поэтому наложенъ былъ краниокласть, причемъ наружная ложка съ трудомъ была введена въ правую половину таза; послѣ двухъ тракцій головка стала врѣзываться, повернувшись личкомъ къ симфизу, плечики изъ поперечнаго диаметра переведены въ косою. Послѣдъ вышелъ черезъ 10 м. Температура родильницы 37.7, P. 112.

До самой смерти, наступившей через 30 ч. post partum, температура не превышала 37,8, пульс же достигал 156, а дыхание 32 разъ въ минуту.

Фиг. 113.



Скелетированный тазъ, фиг. 113, въ общемъ напоминаетъ *pelvis justo minor* мужскаго типа; кости его, за исключеніемъ крестцовой и сѣдалищныхъ бугровъ, толсты и массивны; дно вертлужныхъ впадинъ просвѣчиваетъ, со стороны полости малаго таза замѣтны слѣды поздняго окостенѣнія *part. cotyloideae*. Вѣсъ таза съ пятью поясничными позвонками 560 грм., высота его 16.0.

Четыре нижнихъ поясничныхъ позвонка лордо-сколіотически искривлены влѣво, тѣла ихъ, въ особенности V поясн. позв., непропорціонально широки и низки, какъ бы сдавлены сверху и снизу, ширина V поясн. 5.0, высота 2.1.

Короткая, узкая, асимметричная и вообще мало развитая крестцовая кость какъ бы отодвинута къзади и помѣщается глубоко между подвздошными костями, слѣва глубже, нежели справа, и притомъ такъ, что мысъ ея помѣщается приблизительно на уровнѣ середины *part. cotyloideae*, гораздо ниже передней половины безъимянной линіи. Отъ *synostosis pubo-iliaca* безъимян. линія круто наклоняется кинзу, такъ что мысленное продолженіе ея прямо къзади пересѣкало бы позвоночный столбъ нѣсколько выше нижняго края IV-го поясн. позвонка; такимъ образомъ весь V поясн. позвонокъ и часть IV-го составляютъ заднюю стѣнку полости малаго таза. Кромѣ того, крестцовая кость представляется какъ бы сложенною пополамъ (см. фиг. 74), т. е. сдавленной сверху и снизу такимъ образомъ, что верхній и нижній концы ея сближены, почему передняя поверхность крестца представляетъ глубокую впадину, верхняя и нижняя стѣнки которой сходятся подъ угломъ приблизительно въ 60°. Ближайшая точка нижней половины ея (середина 4-го позвонка) отстоитъ отъ мыса всего только на 3.5, а разстояніе верхушки крестца (не кончика) отъ мыса = 4.7.

Обѣ половины крестцовой кости сходятся подъ угломъ максимумъ въ 60°. Нижняя наиболѣе длинная часть передней поверхности крестца обращена вверхъ; средняя обращена прямо впередъ, а верхняя внизъ и къзади. Соответственно этимъ тремъ отдѣламъ измѣняется и поперечная вогнутость ея, т. е. отношеніе тѣлъ позвонковъ къ ихъ крыльямъ. Верхнюю часть составляетъ первый крестцовый позвонокъ, тѣло котораго (вышнюю = 2.6) выпячено впередъ между крыльями такъ, что передняя поверхность его представляетъ по срединѣ выступъ съ двумя углубленіями по сторонамъ, со-

ответственно крыльямъ, причѣмъ конечныя точки послѣднихъ находятся въ одной плоскости съ серединою тѣла; поэтому-то поперечная вогнутость перваго крестц. позвонка совершенно отсутствуетъ. Средняя самая короткая часть (= 1.5) занимаетъ верхушку изгиба и состоитъ изъ 2-го позвонка (= 1.1) и верхней части (= 0.4) 3-го, тѣла которыхъ наоборотъ вдавлены кзади между крыльями, почему поперечная вогнутость этой части относительно велика. Нижняя часть длиною 5.7, состоящая изъ остальныхъ крестцовыхъ позвонковъ и копчика, представляется совершенно плоскою; тѣла позвонковъ на одномъ уровнѣ съ крыльями, почему какъ поперечная, такъ и продольная вогнутость положительно отсутствуетъ. Слѣдовательно верхняя часть крестца спереди по срединѣ вышукла, средняя наоборотъ по срединѣ вогнута, нижняя же—плоская.

При первомъ взглядѣ на крылья 1-го крестц. позвонка кажется, будто лѣвое крыло нѣсколько короче праваго, хотя по формѣ они не отличаются другъ отъ друга. Эта кажущаяся асимметрия крыльевъ объясняется тѣмъ, что тѣло V поясн. позвонка гораздо шире тѣла 1-го крестцоваго; благодаря отчасти этому, отчасти же смѣщенію впередъ и влѣво, V-ый поясн. позвонокъ покрываетъ часть лѣваго крыла, которое само по себѣ помѣщается приблизительно на 0.5 ниже праваго. Асимметрия крестца заключается въ уменьшеніи только толщины всѣхъ лѣвыхъ крыльевъ, почему лѣвая половина крестца въ продольномъ діаметрѣ короче правой (отъ основанія крыла до верхушки крестца справа 5.2, слѣва 4.4), образуемая краями крестцовой кости вырѣзка справа больше, нежели слѣва (между верхушками крыльевъ 1-го и 5-го крестцовыхъ позвонковъ справа 4.4, слѣва 3.7). Ширина основанія крестца 8.1, длина его передней поверхности 8.9, задней 12.0. Верхушка крестца совмѣстно съ копчикомъ отклонена вправо. Отъ верхушки крестца до *sp. ischii* справа 3.9, слѣва 4.3.

Задняя поверхность крестца ненормально вышукла; maximum вышуклости соответствуетъ промежутку между 2 и 3 остистыми отростками и немного не достигаетъ уровня заднихъ остей.

Подвздошныя кости наклонены къ горизонту приблизительно подъ угломъ 80°; тѣло ихъ массивно, гребешки весьма сильно S-образно искривлены, въ особенности въ задней трети, и оттянуты, круто книзу; заднія ости находятся почти на одномъ уровнѣ съ вышуклостью крестцовой кости; промежутки между ними и крестцовыми остистыми отростками хотя широки, но не глубоки, лѣвые изъ нихъ нѣсколько шире, но мельче правыхъ; разстояніе между задними остями 6.7. Подвздошныя впадины плоски, дно ихъ смѣщено кзади, лѣвая впадина немного глубже правой. Переднія нижнія ости подвздошныхъ костей сильно развиты. Ширина подвздошныхъ костей 14.0, высота ихъ 8.5. *Dist. spin.* 21.75, *crist.* 23.5; послѣдній діаметръ находится немного ниже уровня верхняго края III-го поясничнаго позвонка. *Conj. ext.* 16.5.

Тѣла лонныхъ костей толсты, *tubercula ileo-pubica* весьма сильно развиты, поверхность ихъ шероховата; горизонтальныя вѣтви толсты, коротки, значительно сближены, и сходятся подъ угломъ въ 60°, онѣ какъ бы вывернуты кнаружи, такъ что *tuberc. pectin.* помѣщаются на ихъ наружной поверхности.

Сѣдалищныя кости развиты сравнительно слабѣе, смѣщены кзади и кнутри. Вергужныя впадины широки и глубоки, обращены внизъ и болѣе кпереди, чѣмъ въ сторону; верхніе края впадинъ чрезвычайно толсты и вышуклы вверхъ.

Лонное сочлененіе узкое и низкое, клювовидно заострено; высота его 3.1, ширина 4.3. Лонная дуга узка, ширина ея у симфиза, на уровнѣ верхнихъ концовъ губъ, всего только 2.3, на уровнѣ же нижнихъ концовъ губъ 5.0 и у сѣдалищныхъ бугровъ 6.2; вѣтви лонной дуги, длиною около 5.5, сходятся подъ угломъ въ 80°; губы вѣтвей толсты и достаточно вывернуты кнаружи. Высота лонной дуги 5.5.

Размѣры таза: поперечн. анат. 8.0, правый косой 10.0, лѣвый косой 9.8, *Dist. sacro-cotyloidea dextra* 6.5, *sinistra* 5.7. *Conj. diag. anat.* 11.2, *obstetr.* (отъ верхняго края V поясн. позв. до симфиза) 9.7.

*Прямой* — *входа* 11.0, *полости* 13.7, *узкой части* 10.1, *выхода* 9.5.

*Акуш. попер.* „ 10.3, „ 8.2, „ „ 7.8, „ 7.0. *D. trans. anat.* 8.0.

*Этикризъ.* Этиологія описаннаго таза за отсутствіемъ анамнеза не можетъ быть достаточно выяснена во всѣхъ деталяхъ. Но такъ какъ этотъ тазъ представляетъ много

признаковъ, свойственныхъ рахиту, то не можетъ быть сомнѣнія, что одною изъ причинъ, благоприятствовавшихъ развитію кифотическаго таза, былъ врожденный рахитъ, гсрр. врожденное недоразвитіе крестцовой кости. Описанный тазъ можетъ служить хорошимъ примѣромъ измѣненія кифотическаго таза подъ вліяніемъ рахита, а также вліянія ширины основанія крестцовой кости—недоразвитія крыльевъ ся—на поперечное растяженіе таза, вслѣдствіе чего онъ представляетъ въ общемъ большое сходство съ вышеописаннымъ анкилотически-поперечно-суженымъ тазомъ; кромѣ того, судя по вдавленной далеко къзади верхней половинѣ крестца и по положенію подвздошныхъ костей, описанный тазъ удержалъ характеръ мужскаго таза. Вліяніе рахита въ данномъ случаѣ мало измѣнило кифотическую форму таза и сказалось главнымъ образомъ въ положеніи крестца и въ увеличеніи прямаго діаметра полости таза, что въ сущности не оказало болѣе благоприятнаго вліянія на теченіе родовъ именно потому, что вся вогнутость крестцовой кости настолько велика, гсрр. узка, что, по причинѣ недоступности ей для механизма родовъ, прохожденіе плода совершилось помимо крестцовой впадины, почти только въ передней половинѣ таза, отграниченной съзади плоскостью, проведенною отъ мыса и основанія крестцовой кости къ четвертому крестцовому позвонку.

Составляетъ ли въ данномъ случаѣ асимметрія лѣвой половины крестцовой кости врожденный недостатокъ или результатъ лордо-сколіотическаго искривленія поясничныхъ позвонковъ,—рѣшить съ положительностью невозможно.

Случай родовъ, наблюдавшійся въ Спб. Род. Завед. у женщины съ кифотическимъ тазомъ, съ которой намъ удалось снять фотографію.

Второрождающая. Косой и косо-поставленный кифотическій тазъ. *Kyphosis lumbo-sacralis*. Значительная отвеслость живота. Искусственное возбужденіе преждевременныхъ родовъ на 34 недѣлѣ. Преждевременное излітіе водъ. Извлеченіе младенца щипцами въ глубокой асфиксїи. Смерть новорожденной дѣвочки черезъ 4 ч. послѣ оживленія, продолжавшагося цѣлый часъ. Продолжительность родовъ 19 ч. 55'.

Въ 1883 г. 24-го Августа за № 2241 поступила беременная во второй разъ колонистка Л... Д.-ъ, фиг. 114. Въ первый разъ она родила въ срокъ 10—X 1882 г., роды продолжались весьма долго, младенецъ извлеченъ мертвымъ щипцами въ клиникѣ профес. И. М. *Тарновскаго*. Будучи 8-мѣсячнымъ ребенкомъ, она умала на спину, послѣ чего стали расти горбы; образовались парывы, вскрывавшіеся, какъ полагаютъ беременная, каждые три года надъ *trochant. major* лѣваго бедра. Когда начала ходить она не помнитъ. На 16-мъ году у нея появились регулы, послѣ однократнаго отсутствія ихъ, по неизвѣстной причинѣ, появились боли въ правой сторонѣ живота; какъ долго продолжались послѣднія, она не помнитъ, но по прошествіи нѣкотораго времени вскрылся парывъ въ правой паховой складкѣ. Съ этого времени парывовъ больше не было, регулы стали появляться правильно черезъ 4 недѣли по 3 дня. Послѣднія регулы были 15.I 1883 г.; время появленія перваго движенія плода не замѣтила. Въ теченіи настоящей беременности чувствовала себя очень хорошо.

Беременная крѣпкаго тѣлосложенія, ростъ ся 138 см. Голова, лицо, а также расположеніе зубныхъ отростковъ челюстей не представляютъ какихъ либо особенностей. Вообще на всемъ скелетѣ не найдено слѣдовъ рахита. Шея нѣсколько коротка, правое плечо помѣщается немного ниже лѣваго. Позвоночный столбъ не представляетъ замѣтнаго искривленія въ ту или другую сторону. Остистые отростки 7-ми верхнихъ грудныхъ позвонковъ прощупываются достаточно ясно, 8-го весьма неясно, 9-го же 10, 11 и 12-го позвонковъ совершенно не прощупываются; положеніе послѣднихъ можно было опредѣлить приблизительно по положенію реберъ; соответственно этимъ позвонкамъ существуетъ довольно значительный лордозъ. Въ поясничной области находится угловатый горбъ на протяженіи 13.5; въ составъ его входятъ всѣ поясничные позвонки и верхняя часть крестцовой кости; промежутки между остистыми отростками этихъ позвонковъ слабо выражены. Крестцовая область совершенно плоская. Основаніе крестца весьма рѣзко выступаетъ къзади и находится почти на уровнѣ мало выдающихся заднихъ подвздошныхъ остей, почему промежутки между остями и остистыми отростками представляются пло-

скими; расстояние между задними остями, resp. крестцово-подвздошными ямками—7.5. Отъ загнутой впереди верхушки крестца до 1-го крестцового остистаго отростка—8.0. Гребешки подвздошных костей находятся не на одномъ уровнѣ, правый нѣсколько выше лѣваго; лѣвая подвздошная кость болѣе наклонена и какъ бы болѣе закруглена, нежели правая; смѣщенный нѣсколько взади лѣвый сѣдалищный бугоръ стоитъ выше праваго. Лопныя кости тонки, симфизъ мало наклоненъ впереди, слегка заостренъ, высота его 5.0, толщина верхняго края 3.0; лонная дуга узкая, губы ея весьма мало выворочены. Округлость таза на уровнѣ гребешковъ и 2-го поясничнаго позвонка 87.0.

Фиг. 114.



Высота таза справа 18.0, слѣва 18.5; *Dist. spinar.* 22.7, *cristar.* 29.0. *Conj. ext.* 18.5 (задняя точка наружной конъюгаты помещается на линіи соединенія крестцово-поясничныхъ ямокъ), правый косой 22.0, лѣвый 23.0, *Dist. trochant.* 32.0. Отъ верхушки крестца до нижняго края симфиза 11.0, поперечный выхода 7.0. Наклоненіе таза замѣтно уменьшено. Кости верхнихъ и нижнихъ конечностей правильной формы. Положеніе правой ноги нормально; лѣвая нога, при параллельномъ положеніи стопъ и соприкосновеніи ихъ между собою, повернута внаружи и согнута въ коленномъ суставѣ подъ угломъ приблизительно 140°, лѣвое тазобедренное сочлененіе и лѣвый коленный суставъ вполнѣ подвижны. Лѣвое бедро тоньше праваго; лѣвое колено помещается ниже праваго. Надъ лѣвымъ вертлугомъ находится втянутый рубецъ. Вывиха лѣваго тазобедреннаго сочлененія нѣтъ. Отъ *crista ilei* а) до *condyl. ext. tibie* справа 50.0, слѣва 52.0, б) до *malleolus ext.* справа 84.0, слѣва 88.5, в) до пятки справа 89.0, слѣва 94.5.



Грудная клѣтка широка и выпукла впереди, особенно въ нижней трети; направление реберъ относительно горизонта почти нормальное, развѣ только ложныя ребра наклонены нѣсколько болѣе внизъ; 12-ая пара реберъ помѣщается почти непосредственно на подвздошныхъ гребешкахъ; лѣвая сторона грудной клѣтки выпуклѣе правой. Брюшная полость чрезвычайно мала, такъ что между processus xiphoides и spine il. ant. sup. можно помѣстить только ладонь. Животъ значительно отвислый; онъ какъ бы виситъ на переднихъ верхнихъ остяхъ и почти совершенно закрываетъ genitalia externa. Пупокъ обращенъ внизъ и весьма мало впереди. Окружность живота при горизонтальномъ положеніи 108 см.

Portio vaginalis едва достигается и то съ большимъ трудомъ; также трудно достигается подлежащая часть. Promontorium вовсе недостижимъ; соскальзыванія V поясн. позвонка не найдено.

Сентября 10-го, въ концѣ 34 недѣли беременности, приступлено къ искусственному возбужденію преждевременныхъ родовъ посредствомъ души до 34° R., повторяемыхъ черезъ 2 часа. Послѣ 19-го душа, 12.IX проф. *Виддеръ* съ трудомъ ввелъ бузъ въ лѣвую половину полости матки нѣсколько къзади. Вскорѣ начали истекать понемногу воды. Въ продолженіи дня и ночи появлялись довольно сильныя схватки, съ неправильными промежутками; шейка сгладилась, зѣвъ открылся на 1½ п. Попытка ввести 13.IX второй бузъ не удалась, а потому вновь начали употреблять души. Послѣ перваго же душа появились правильныя, довольно сильныя боли, зѣвъ открылся на 2 п. Животъ забинтовать. Въ 8 ч. вечера 13.IX роженица была переведена въ родильную комнату съ совершенно открытымъ зѣвомъ и съ высоко, во входѣ, стоящую головкою въ I-мъ затѣлочномъ положеніи. Къ 10 ч. вечера головка опустилась въ узкую часть таза, причемъ образовалось ложкообразное вдавленіе на лѣвой теменной кости и значительная родовая опухоль. Такъ какъ сердцебіеніе плода начало ослабѣвать и головка въ теченіи слишкомъ двухъ часовъ не подвигалась болѣе впередъ, то захлороформировать роженицу, наложены были, на поперечной кровати, щипцы; двумя сильными тракціями извлеченъ въ глубокой асфиксіи недоношенный слабо развитой младенецъ, по рожденіи котораго вытекло много зловонныхъ водъ. Вслѣдствіе появившагося сильнаго кровотеченія произведено ручное извлеченіе плаценты; послѣ приема 20 gr. pulv. secalis cornuti кровотеченіе остановилось. Продолжительность 1-го и 2-го срока 16 ч. 45', 3 и 4-го 2 ч. 40' и 5-го 30'; всего 19 ч. 55'. Новорожденная дѣвочка оживлена черезъ часъ, но 4 часа спустя умерла. Вѣсъ ея 2000 грм., длина 24 + 21; окружность головки 30.0.

Послѣ родовъ—легкій *Endometritis et Colpitis traumat.* Лихорадила только первые два дня, maximum t° 38.8. На 8-й день родильница выписалась здоровою.

Въ сентябрѣ 1884 года у ней вторично были возбуждены преждевременные роды при поперечномъ положеніи плода. Поворотъ на ножки, трудное извлеченіе, во время котораго младенецъ умеръ. Мать выздоровѣла.

Въ 1884 г. д-ромъ *Воскресенскимъ*, изъ клиники профес. *Рейна* въ Кіевѣ, сообщенъ былъ въ Обществѣ Кіевскихъ врачей случай родовъ у перворождающей съ *Kyphosis lumbosacralis*, осложненнымъ по всей вѣроятности рахитомъ. Кифозъ помѣщался отъ 1-го поясн. до 2-го крестц. позвонка. Роды были срочныя и окончились благополучно для матери и для младенца, благодаря малому объему весьма податливой головки и относительно небольшому суженію выхода. Conj. diag. 12.5—13.0. Прямой выхода 10.0, поперечный 7.5.

*Тазъ, описанный доцентомъ д-ромъ Феноменовымъ, фиг. 115.* *Primipara* 30 лѣтъ, 126 см. роста, начала ходить рано; на второмъ году ушиблась, пролежала 3 мѣсяца больною въ постели, затѣмъ продолжала ходить, несмотря на появленіе горба; до 16-ти лѣтъ часто болѣла. *Menstrua* появились на 20-мъ году. Срочныя роды. *Kyphosis lumbodorsalis*. Рѣзко выраженный отвислый животъ. Ложныя ребра соприкасаются съ гребешками подвзд. костей. Прямой выхода 11.0, поперечный 9.0. *Promontorium* недостижимъ. I-ое затѣлочное положеніе. Черезъ 18 часовъ отъ начала родовъ наложены слегка въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ щипцы; показанія были истощеніе силъ роженицы, слабыя боли и упадокъ сердцебіенія плода. Приблизительно при 4-й тракціи слышенъ былъ хрустъ отъ разрыва симфиза. Родившаяся живая дѣвочка, безъ слѣдовъ поврежденій на головкѣ,



вѣсила 3600 грм. Черезъ надрывъ передней стѣнки рукава можно было прощупать разошедшіеся на  $1\frac{1}{2}$ —2 п.п. концы лонныхъ костей. Родильница умерла отъ воспаления брюшины на 2-й день.

Фиг. 115.



Значительный лордозъ до 8-го груднаго позвонка; отъ 9-го до крестца рѣзкое искривленіе кзади въ видѣ *gibbus angularis* (ф. 116), верхнее колѣно котораго состоитъ

Фиг. 116



изъ 4 послѣднихъ грудныхъ и части 1-го поясничнаго позвонка, слившихся въ общую массу; нижнее колѣно горба состоитъ изъ поясничныхъ позвонковъ съ небольшимъ участіемъ 1-го крестцоваго и представляетъ тоже сплошную массу. Размѣры скелетирован-

наго таза. *Dist. spinar.* 24.0, *cristar.* 25.5. Разстояніе заднихъ остей 6.5; косые 15.0. *Conj. externa* 17.0, *diagon.* 13.6, косые входа 11.4. *Dist. sacro-cotyloideae* 9.9. Прямой входа 13.4, широкой части 12.0, узкой ч. 11.3, выхода 9.0. Поперечный входа 11.9, широкой части 10.6, узкой ч. 8.0, выхода 9.0. Ложный мысь между 2-мъ и 1-мъ кр. позвонками. *Conj. vera* (отъ истиннаго мыса) 15.4. *Conj. diag.* 16.3. Крестцовая кость узка, вытянута въ длину и мало вогнута.

### с) Спондилolistетические поперечно-суженные тазы.

Характеристическимъ признакомъ тазовъ этой группы служить способность соединенія послѣдняго поясничнаго позвонка съ первымъ крестцовымъ и опущеніе одного или нѣсколькихъ поясничныхъ позвонковъ во входъ малаго таза. Въ послѣднее время, со времени появленія въ 1877 г. работы *Herrgott'a*, тазы этой группы, по этиологіи, раздѣляются на *спондиллизематические* и *спондилolistетические*.

**I. Спондиллизематические тазы.** При описаніи кифотическаго таза мы указали на то, что кифозъ крестцовой кости влечетъ за собою значительное искривленіе поясничныхъ позвонковъ впередъ. Дальнѣйшимъ слѣдствіемъ такого отношенія между поясничными позвонками и крестцовой костью, особенно при благоприятныхъ условіяхъ, какъ, напр., при постоянномъ усиленномъ давленіи на послѣдній поясничный и первый крестцовый позвонокъ, можетъ произойти, путемъ нагноенія и каріознаго процесса, частичное или полное разрушеніе тѣла одного или нѣсколькихъ позвонковъ съ сохраненіемъ цѣлости задней ихъ половины.

Коль скоро тѣло нижележащаго позвонка, по причинѣ разрушенія его, совершенно исчезаетъ, а задняя половина этого же позвонка со всѣми отростками остается неповрежденною, то вышележащій позвонокъ, не находя себѣ опоры спереди и удерживаемый въ то же время сзади остистыми и поперечными отростками въ соединеніи съ крестцовой костью, не смѣщается, а только наклоняется впередъ и книзу, и спаивается путемъ синостоза съ крестцовой костью. Такое смѣщеніе позвонка называется *спондиллиземой* — *spondilizema*. Такъ какъ образованію спондиллиземы предшествуютъ тѣ же механическія условія, что и при кифозѣ, то подъ вліяніемъ разрушенія тѣла позвонка увеличиваются кифозъ крестца и лордозъ поясничныхъ позвонковъ, тазъ же сохраняетъ положеніе и форму свойственную тазу *cum kyphosis lumbo-sacralis*.

Привожу описаніе одного спондиллизематическаго таза изъ коллекціи Спб. Родовсп. Заведенія. Къ сожалѣнію чья-то невѣжественная рука удалила имѣющуюся при тазѣ часть позвоночнаго столба, пропавшую вмѣстѣ съ исторіею болѣзни безслѣдно, почему многое, касающееся анамнеза, родовъ и отношенія позвоночника къ тазу, осталось неизвѣстнымъ.

*Primipara* (№ 1489—1875 г.). Поперечно-суженный тазъ. Отвислый животъ. *Conj. ext.* 17.5. Срочные роды. Слабыя и рѣдкія боли. t° 38.7. P. 110. *Endometritis et Physometra sub partu*. Перфорация и крапивообразная вколотившейся во входъ головки мертваго плода, вѣсившаго безъ мозга 2800 грм. Продолжительность родовъ 58 ч. 10'. Родильница умерла на 8 день. *Diagnosis-Colpitis gangraenosa, Endometritis et Septicaemia.*

Скелетированный тазъ, ф. 117, вѣситъ 300 грм.; высота его 17.0. Тазъ вообще малъ, кости его тонки, мѣстами просвѣчиваютъ; по положенію крестцовой кости онъ напоминаетъ тазъ съ кифозомъ поясничныхъ позвонковъ. Отъ поясничныхъ позвонковъ при тазѣ имѣются: 1) вся задняя половина и полуразрушенное тѣло IV-го поясничнаго позвонка, высота котораго спереди 0.5, сзади, со стороны позвоночнаго канала, 2.0; 2) задняя дужка съ остистымъ и косыми отростками V-го поясн. позвонка; тѣло же этого позвонка, также какъ и перваго крестцоваго, отъ котораго тоже сохранилась вся задняя половина и крылья. совершенно разрушено. Оставшаяся часть тѣла IV-го поясн.

Фиг. 117.



позв. синостозирована со 2-мъ крестцовымъ, причемъ верхняя сочленовная поверхность IV-го поясн. позв., при помощи которой онъ соединялся съ тѣломъ III-го поясн. позвонка, по причинѣ различной высоты тѣла спереди и сзади, представляетъ наклонную впередъ и внизъ плоскость, которая подъ угломъ  $130^{\circ}$  сходится съ переднею поверхностью крестца. Оставшіеся неразрушенными суставные отростки и заднія дужки 1-го крестцоваго, V-го и IV-го поясничныхъ позвонковъ вполне синостозированы между собою и выступаютъ приблизительно на 1.7 надъ заднею поверхностью крестцовой кости.

Симметричная крестцовая кость отклонена основаніемъ къзади, а верхушкою къпереди, она какъ бы вытянута кверху изъ подвздошныхъ костей, т. е. мало вѣдрена между ними; передняя поверхность крестцовой кости въ продольномъ и поперечномъ діаметрѣ представляется не вогнутою, а напротивъ выпуклою по серединѣ, вслѣдствіе выступающаго тѣла позвонковъ надъ поверхностью крыльевъ; задняя же поверхность крестца по той же причинѣ представляется совершенно плоскою. Крылья крестцовой кости по отношенію къ тазу пропорціонально толсты, но мало развиты въ длину, особенно первыя двѣ пары ихъ, такъ что передняя поверхность крестца скорѣе походитъ на вытянутый четырехъугольникъ, нежели на трехъугольникъ. На оставшемся правомъ крылѣ 1-го крестцоваго позвонка имѣется, вблизи отчасти разрушеннаго тѣла IV-го поясн. позвонка, довольно большой, широкій и толстый отростокъ, составляющій по всей вѣроятности часть разрушеннаго тѣла 1-го крестцоваго позвонка. Ширина основанія крестца 8.5. Отъ верхушки крестца а) до синостоза (на передней поверхности) 2-го крестцоваго съ IV-мъ поясничнымъ позвонкомъ 8.4, б) до остистаго отростка 1-го крестцоваго позвонка 7.9.

Подвздошныя кости наклонены къ горизонту подъ угломъ въ  $55^{\circ}$ , задняя треть ихъ слабо загнута книзу, мало выдается надъ поверхностью крестца; промежутки между ними и остистыми крестцовыми отростками довольно широки, но не глубоки; разстояніе между задними остями 6.5. Подвздошныя впадины просвѣчиваютъ, мало вогнуты, дно ихъ смѣщено къзади; подвздошныя гребешки весьма слабо S-образно изогнуты; вдоль гребешковъ тянется желобоватый слѣдъ болѣе поздняго окостенѣнія,

особенно ясно выраженный вдоль внутреннего края правого гребешка. Ширина подвздошных костей 13.1, высота их 9.5. *Dist. spin.* 22.8, *crist.* 24.8; *Conj. ext.* 15.0.

Лонные кости коротки и тонки, горизонтальные ветви сходятся под углом около 80°; *tubercula pectinea et ileo-pubica* слабо развиты, между ними тянется довольно острый гребешок. Узкое, низкое и заостренное лонное сочленение приподнято кверху, так что *linea innominata* по направлению от симфиза кзади наклоняется вниз, а у *synostosis pubo-iliaca* поднимается опять вверх, почему середина ее представляется вогнутою и помещается ниже передних и задних концов ее. Высота симфиза 3.6, ширина 4.1. Сфдалищные кости немного смѣщены кнутри и мало вывернуты кнаружи. Вертлужные впадины малы и обращены болѣе въ сторону, чѣмъ кпереди. Лонная дуга низкая, ширина ее у симфиза на уровнѣ верхнихъ концевъ губъ 3.1, на уровнѣ нижнихъ концевъ губъ 5.3, у сфдалищныхъ бугровъ 6.4; ветви дуги, длиною около 6.0, тонки и сходятся подъ угломъ въ 75°; губы ветвей слабо развиты и почти совершенно не вывочены кнаружи.

Размѣры таза: *Conj. spuria входа* 10.9, прямой размѣръ *широкой части* 10.4, *узкой части* 10.2, *выхода* (приблизительно) 9.5, *Conj. diag. spuria* 11.6; поперечный: *входа* 11.2, *широкой части* 9.3, *узкой части (sp. ischii)* 7.4, *выхода* 7.1. Косые диаметры *входа* 11.5. *Dist. sacro-cotyli.* 8.2. Отъ верхушки крестца до *sp. ischii* 5.0.

Обращаю вниманіе на быстрое укороченіе поперечныхъ диаметровъ.

**II. Спондилолистетическій тазъ съ дѣйствительнымъ соскальзываніемъ позвонковъ.** Спондилолистезъ развивается при нѣсколько иныхъ условіяхъ, чѣмъ спондилизема. Все различіе состоитъ въ томъ, что при спондилолистезѣ патологическій процессъ сосредоточивается не въ тѣлахъ позвонковъ, а въ ихъ заднихъ частяхъ, и въ особенности въ косыхъ отросткахъ, вслѣдствіе чего тѣло позвонка, не удерживаемое сзади косыми отростками, постепенно смѣщается кпереди во входъ малаго таза. Высшая степень спондилолистеза, при которой тѣло позвонка опускается глубоко, иногда на высоту всего позвонка, въ полость таза и при которой вышележащія позвонки образуютъ надъ входомъ какъ-бы навѣсъ или покрывку, называется *spondyloptosis*.

Извѣстно, что травма не всегда ведетъ къ разрушенію костей путемъ нагноенія; довольно часто послѣдствіемъ ее бываютъ замедленное развитіе боковыхъ дужекъ, особенно въ толщину, утонченіе и удлиненіе ихъ, далѣе вывихъ косыхъ отростковъ, переломъ боковыхъ дужекъ, причемъ концы переломовъ или срастаются между собою костною мозолью, вслѣдствіе чего увеличивается длинна дужекъ, или же непосредственнаго сращенія концовъ перелома не происходитъ и тѣло позвонка еще до окончанія процесса смѣщается кпереди. Всѣ эти условія ограничиваются обыкновенно областью пятого поясничнаго позвонка и благоприятствуютъ перемѣщенію центра тяжести кпереди, увеличенію фізіологическаго лордоза поясничныхъ позвонковъ съ послѣдующимъ отклоненіемъ кзади основанія крестцовой кости. Кромѣ того соскальзываніе обусловливается не только этими приобрѣтенными недостатками, но также и врожденнымъ удлиненіемъ *portionis inter-articularis* и врожденнымъ порокомъ развитія косыхъ отростковъ, причемъ разстояніе между ними можетъ быть настолько велико, что сочленяющіеся съ ними косые отростки вышележащаго позвонка свободно проходятъ въ промежуткѣ между ними. Этому же иногда благоприятствуетъ *Hydrorrhachis congenita*. Причиною соскальзыванія въ выше описанномъ случаѣ *G. Braun'a*

(ф. 103) былъ добавочный поясничный позвонокъ, передняя половина котораго т. е. тѣло позвонка совершенно отсутствовало (*Spondyloparembole*).

Въ описанныхъ въ литературѣ случаяхъ, соскальзываніе ограничивалось большею частью пятымъ поясн. позвонкомъ. Понятно, что при тѣхъ же условіяхъ можетъ соскользнуть и всякій другой поясничный позвонокъ. Такъ *Neugebauer* описалъ три случая соскальзыванія четвертаго поясничнаго позвонка.

Вслѣдствіе соскальзыванія (вытѣсненія) послѣдняго поясничнаго позвонка, вся тяжесть туловища сосредоточивается на передней части, даже почти исключительно на переднемъ краѣ перваго крестцоваго позвонка; послѣдствіемъ этого бываетъ то, что основаніе крестца подается назадъ, верхушка же его отклоняется впереди, продольная вогнутость крестцовой кости уменьшается, а поперечная увеличивается; наклоненіе таза уменьшается, послѣднее можетъ быть даже равнымъ нулю; верхній край лоннаго сочлененія соотвѣтствуетъ въ такихъ случаяхъ уровню III-го или II-го поясничныхъ позвонковъ.

Дальнѣйшія измѣненія въ положеніи таза находятся въ тѣсной связи со степенью соскальзыванія. Измѣненія таза развиваются или съ момента вліянія тяжести туловища, или же нѣкоторое время спустя, когда ребенокъ началъ уже ходить, по нанесеніи травмы; впрочемъ они могутъ развиваться и въ болѣе позднемъ дѣтскомъ возрастѣ, до возмужалости. Въ одномъ случаѣ, описанномъ *Winckel*'емъ, больная настойчиво указывала на 26—27 годы, какъ на время развитія спондилолистеза.

Само собою разумѣется, что при болѣе позднемъ соскальзываніи, измѣненія таза, особенно въ поперечномъ размѣрѣ, не могутъ достигнуть той степени, какъ это бываетъ въ раннемъ возрастѣ и при *kyphosis sacralis*.

Пятый поясничный позвонокъ можетъ соскользнуть или только отчасти, какъ въ Падерборнскомъ тазу (на половину, см. фиг. 119), или же вполне, и при томъ такъ, что нижняя его поверхность обращается къзади и соприкасается съ переднею поверхностью перваго крестцоваго позвонка. Соотвѣтственно тому или другому виду соскальзыванія остальные поясничные позвонки въ большей или меньшей степени слѣдуютъ за движеніемъ пятаго и могутъ даже настолько опуститься въ полость таза, что который нибудь изъ нихъ будетъ помѣщаться почти на симфизѣ.

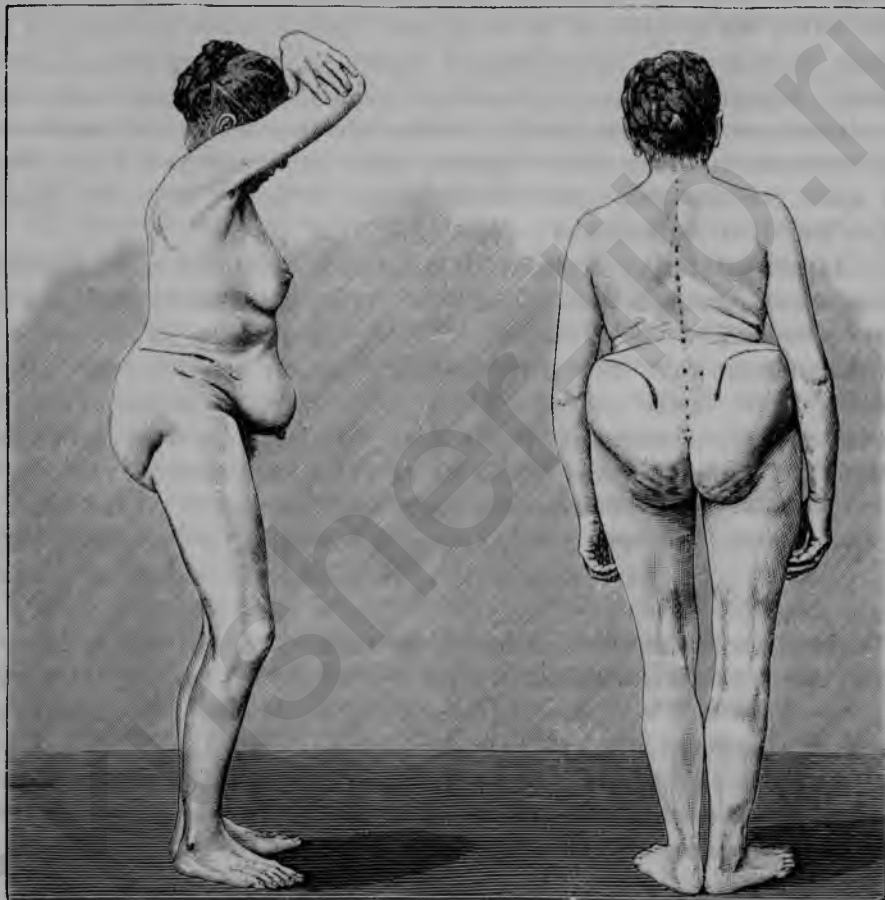
Хотя при всѣхъ спондилолистетическихъ тазахъ анатомическая конъюгата и представляется увеличенною, но въ виду искривленія впередъ и внѣдренія отчасти въ тазъ поясничныхъ позвонковъ, акушерская конъюгата бываетъ обыкновенно абсолютно укорочена, такъ какъ IV-й, III-й, и даже II-й поясничные позвонки помѣщаются ближе къ симфизу, чѣмъ верхній край отклоненнаго къзади перваго крестцоваго позвонка. Что касается всѣхъ другихъ измѣненій вообще и поперечныхъ діаметровъ въ частности, то спондилолистетическіе тазы представляютъ большое сходство съ тазами *cum kyphosi sacro-lumbali*.

Отсутствие параличей нижних конечностей при спондилолистетических тазах объясняется, какъ и въ кифотическихъ, подвижностью *caudae equinae* и медленностью самаго процесса смѣщенія позвонка.

Тѣмъ не менѣе иногда въ нижней половинѣ туловища появляется ревматическаго характера боль (1-й случай *Winckel'*я), объясняемая прижатіемъ межпозвоночныхъ нервовъ.

При наружномъ осмотрѣ рѣзко бросается въ глаза, ф. 118, *уменьшеніе наклоненія таза*, уменьшеніе живота, насчетъ сближенія грудной

Фиг. 118.



клетки, съ тазомъ, и *значительное сидлообразное вдавленіе поясничной области*, которое не только не уничтожается, но даже не уменьшается при извѣстныхъ положеніяхъ туловища, что впрочемъ свойственно, до извѣстной степени, всякому *значительному* лордозу поясничныхъ позвонковъ, обусловленному высокою степенью рахита.

При наружномъ осмотрѣ, кромѣ того, важно выступаніе заднихъ подвздошныхъ остей, относительно увеличенное разстояніе между ними, болѣе закругленный загибъ задней трети подвздошныхъ костей, выдаю-

щіея гребешки, ширииа, высота и почти вертикальное положеніе крестца; ягодицы представляются заостренными и какъ бы отвислыми книзу.

Для дифференціального діагноза необходимо внутреннее изслѣдованіе не только *per vaginam*, но и *per rectum*. Если сѣдлообразное вдавленіе поясницы обусловливается соскальзываніемъ, то *per vaginam* найдемъ край соскользнушаго тѣла позвонка, боковыя поверхности котораго совершенно свободны и въ видѣ уступа отдѣлены отъ поверхности крестцовой кости. При рахитическомъ лордозѣ не бываетъ соскальзыванія, поэтому и не имѣется выстуна нижняго края V-го поясн. позв., характернаго для спондилолистеза, но зато по сторонамъ вдающагося во входъ одного или двухъ поясничныхъ позвонковъ прощупываются направляющіеся въ сторону и вверхъ и находящіеся съ ними въ непосредственной связи отростки позвонковъ.

Присутствіе пульсирующей аорты или *art. iliaca communis* на опустившихся въ тазъ поясничныхъ позвонкахъ не имѣетъ того значенія, какое ему впервые придалъ *Olshausen*, именно потому, что подобное смѣщеніе аорты должно встрѣчаться при всякомъ значительномъ лордозѣ поясничныхъ позвонковъ. *Winckel* наблюдалъ при кифотическомъ поперечно-сѣуженномъ тазѣ совмѣстное опущеніе поясничныхъ позвонковъ и аорты.

Что касается частоты спондилолистетическихъ тазовъ, то таковыхъ описано до сихъ поръ до 15 случаевъ. *Neugebauer* полагаетъ, что они встрѣчаются чаще, и если наблюдавшихся и описанныхъ случаевъ мало, то это только отчасти объясняется трудностью изслѣдованія *per vaginam*, особенно при значительномъ сѣуженіи выхода, когда невозможно воспользоваться и тѣми немногими отличительными данными, которыя въ практическомъ отношеніи играютъ большую роль, чѣмъ всѣ наружныя признаки. Избѣгнуть до извѣстной степени трудности изслѣдованія *per vaginam* удастся изслѣдованіемъ *per rectum*. Единственный описанный у насъ въ Россіи случай предполагаемаго *spondylolisthesis* мы встрѣчаемъ у профессора *Гуенбергера* въ его отчетѣ, изданномъ въ 1863 г. стр. 128, случай 93.

**Предсказаніе** зависитъ, конечно, прежде всего отъ степени сѣуженія; во всякомъ случаѣ оно весьма неблагоприятно, потому что сѣуженіе, въ этой группѣ поперечно-сѣуженныхъ тазовъ, начинается обыкновенно въ большомъ тазу, и отсюда распространяется на всю полость малаго таза.

Въ большинствѣ описанныхъ до сихъ поръ случаевъ роды окончены были кесарскимъ сѣченіемъ, въ меньшинствѣ прободеніемъ головки и возбужденіемъ преждевременныхъ родовъ. Въ крайне рѣдкихъ случаяхъ срочные роды могутъ быть окончены щипцами.

Примѣромъ этого могутъ служить 2 случая, описанные *Winckel*емъ, въ которыхъ роды окончены щипцами; несмотря на продолжительность родовъ (въ первомъ случаѣ 70 ч.) въ обонхъ случаяхъ извлечены вполне доношенные младенцы, вѣсившіе 3750 и 3100 грм. Въ первомъ случаѣ у *I-para* болѣзнь началась на 26-мъ году. *Conj. ext.* 21.75, *diagonalis* 10.0, прямой выхода 9.75, поперечный выхода 6.75. Въ другомъ случаѣ у *II-para*, подробно описанномъ *Neugebauer*омъ, страданіе началось послѣ паденія на улицѣ на 16-мъ году.



*Conj. ext.* 20.25, *diagonalis vera* 9.5, *spuria* 8.0, прямой размѣръ полости 20.0, узкой части 12.5, выхода 8.5, *d. sp. ischii* 8.0, *d. tuber ischii* 6.0.

Какъ примѣръ спондилолитетического таза, потребовавшего окончанія родовъ кесарскимъ сѣченіемъ, помѣщая описаніе Падербѣрнакаго таза по *Kilian*'у, съ краткимъ извлеченіемъ исторіи больной.

Екатерина Ломміусъ, замужня, родилась въ 1810 г. О состояніи своего здоровья до десяти-лѣтняго возраста она ничего сообщить не могла. На одиннадцатомъ году она была больна горячкою, послѣ которой осталась неподвижною во всемъ тѣлѣ. По причинѣ крайней бѣдности она принуждена была постоянно работать въ полѣ въ согнутомъ положеніи, вслѣдствіе чего боль въ спинѣ и крестцѣ усиливалась и около 17-ти лѣтняго возраста достигла такой степени, что вынуждала ее ходить согнувшись. Мѣсячныя появились на 22 году. На 34 году она вышла замужъ, вскорѣ забеременѣла и разрѣшилась преждевременно. Въ слѣдующемъ году забеременѣла вторично, въ этотъ разъ беременность достигла нормальнаго срока. Роды окончены были кесарскимъ сѣченіемъ. Младенецъ былъ совершенно зрѣлый. Спустя 12 недѣль оперированная уже была въ состояніи работать, хотя на мѣстѣ зажившей раны осталось расхождение брюшной стѣнки по білои линіи, со всѣми послѣдствіями. Пять лѣтъ спустя разрѣшилась преждевременно безъ всякой видимой причины. Новорожденный младенецъ прожилъ 3 часа. Годъ спустя она забеременѣла въ 4-й разъ.

Ломміусъ была женщина слабого тѣлосложенія, средняго роста, съ тонкими костями скелета, она ходила до такой степени въ согнутомъ положеніи, что напоминала походку четвероногого животнаго. По причинѣ расхождения брюшныхъ стѣнокъ и согнутаго положенія туловища, матка въ послѣдніе мѣсяцы беременности выпала изъ тазовой и брюшной полостей и находилась непосредственно подъ кожей. Наружное изслѣдованіе показало, что нижняя поясничная часть позвоночнаго столба разительно выдвинулась впередъ, между тѣмъ какъ крестцовая область была искривлена значительно болѣе обыкновеннаго и очень выдавалась къзади. Многократныя внутреннія изслѣдованія, сопряженныя съ немалыми затрудненіями, показали, что глубоко вдавались въ полость малаго таза не только одинъ послѣдній поясничный позвонокъ, но и слѣдующіе за нимъ; всѣ они вмѣстѣ закрывали входъ таза въ видѣ крыши. Самое узкое мѣсто таза не превышало 2". Замѣчательно, что по причинѣ сильнаго наклоненія матки впередъ нельзя было достигнуть пальцами ни влагалитцовой части, ни подлежащей части плода и не только въ послѣдніе дни беременности, но и въ моментъ предпріятія операціи. Поэтому, не имѣя возможности прослѣдить за раскрытіемъ зѣва и выпячиваніемъ плоднаго пузыря *Dr. Everken*, слѣдившій за ней въ продолженіи послѣдней беременности, приступилъ къ операціи, когда маточныя сокращенія значительно усилились. И такъ въ данномъ случаѣ можно было точно опредѣлить только, что Ломміусъ беременна, что младенецъ живъ и что тазъ суженъ въ сильной степени.

Операція произведена подъ хлороформомъ. Разрѣзъ сдѣланъ параллельно прежнему. При вскрытіи матки, вслѣдствіе разрѣза дѣтскаго мѣста, было сильное кровотеченіе, которое вскорѣ остановилось. При выведеніи живаго младенца и послѣда случилось выпаденіе петли кишекъ. Въ послѣродовомъ періодѣ, спустя 9 часовъ послѣ наложенія повязки, случилось вторичное выпаденіе и ущемленіе самой незначительной части петли кишки въ промежуткѣ раны, оставленномъ между послѣднимъ швомъ и нижнимъ угломъ ея. Это обстоятельство потребовало удаленія одного лива, вправленія петли кишки и наложенія новаго лива, что бесспорно много способствовало неблагоприятному исходу операціи для матери. Она умерла на 3-й день отъ воспаленія брюшины и кишекъ, подтвержденнаго вскрытіемъ, сдѣланнымъ черезъ 18 ч. послѣ смерти.

Рисунокъ 119 представляетъ лѣвую половину этого таза, приблизительно въ  $\frac{1}{8}$  естественной величины. Послѣдній поясничный позвонокъ соскользнулъ съ 1-го крестцоваго (на половину) и увлекъ за собою остальные 4 позвонка, которые закрыли входъ таза. Соскальзываніе было столь значительно, что нижняя свободная поверхность послѣдняго поясничнаго позвонка въ передне-заднемъ размѣрѣ, имѣла 5—6" и закрывала не только первый крестцовый позвонокъ, но и часть втораго. Въ этомъ мѣстѣ образовалось пустое

угловатое пространство, Межпозвоночный хрящ на мысъ сзади совершенно атрофированъ, по срединѣ гораздо меньше, спереди весьма мало. Анкилоза не было ни въ одномъ мѣстѣ этого сочлененія. Вышина передней поверхности послѣдняго поясничнаго позвонка спереди 1" 1"', сзади 8". Позвоночный каналъ сильно расширенъ; между IV-мъ и V-мъ поясничными позвонками=10"—11" (нормально 7"), на уровнѣ же перваго крестцоваго позвонка онъ наоборотъ необыкновенно суженъ=2", поэтому весь позвоночный каналъ представляется суженнымъ. Самое узкое мѣсто таза находится между верхнимъ краемъ лоннаго сочлененія и нижнимъ краемъ втораго поясничнаго позвонка, оно=1" 11". Это такъ называемая ложная или акушерская конъюгата, между тѣмъ какъ анатомическая конъюгата=4" 11".

Интересный и пока единственный случай кажущагося соскальзыванія пятаго поясничнаго позвонка описалъ *Neugebauer* въ Arch. f. Gynaek. Bd. XXV, Hft. 2.

Этотъ тазъ былъ демонстрированъ *Bricoult* 10-го февраля 1884 г. въ засѣданіи патолого-анатомическаго общества въ Брюсселѣ какъ тазъ „avec rétrécissement par cause traumatique“. Сообщение *Bricoult* „Traumatisme de la région sacrée.—Bassin spondylo-listhésique.—Opération césarienne“ напечатано въ № 10 Presse médicale belge 1884 г. При тщательномъ изслѣдованіи этого же таза *Neugebauer* нашель, что вдается въ тазъ и представляется соскользнувшимъ не пятый по виду совершенно нормальный поясничный позвонокъ, а *первый крестцовый*, который опустился настолько въ полость малаго таза, что, во 1-хъ, нижній передній край его подъ острымъ угломъ соприкасается съ верхнимъ краемъ третьяго крестц. позвонка, и во 2-хъ, что верхнему краю лоннаго сочлененія соотвѣтствуетъ промежутокъ между 3-мъ и 4-мъ поясничными позвонками. Клинообразно сжатый второй крестцовый позвонокъ помѣщается позади нижней, т. е. задней поверхности пятаго поясничнаго позвонка. На прилагаемомъ схематическомъ рисункѣ *Neugebauer*'а, ф. 120, IS, PS и т. д. обозначаютъ соотвѣтствующіе крестцовые позвонки.

Фиг. 119.



Фиг. 120.



Причина такого перегиба крестцовой кости заключается въ *поперечномъ переломѣ втораго крестцоваго позвонка*. Слѣды этого перелома,

въ видѣ линіи, образованной костною мозолью, особенно ясно выражены на передней поверхности крестцовой кости. *Conj. ext.* = 16.0, *Conj. spuria* (соотвѣтственно IV-му поясн. позв.) = 4.0.

Этотъ тазъ названъ *Neugebauer* оми „ложнымъ спондилолистетическимъ“; онъ замѣчательнъ еще слѣдующими измѣненіями, произошедшими по всей вѣроятности въ періодѣ заживленія, подъ вліяніемъ давленія тяжести туловища. *Крестецъ представляется* вывихнутымъ изъ обоихъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій; въ то же время онъ такъ повернуть около своей продольной оси, что лѣвое крыло выступило отчасти изъ сочлененія съ лѣвою подвздошною костью и образовало выступъ въ уровнѣ безымянной линіи. Въ этомъ положеніи лѣвое крыло вполнѣ синостозировано. Правое крыло крестц. кости вывихнуто кзади и приблизилось къ заднему концу праваго гребешка настолько же, насколько лѣвое удалилось отъ задняго конца лѣваго гребешка. Правое крестцово-подвздошное сочлененіе представляетъ полость въ 2 см. ширины и въ 2.5 см. глубины, закрытую спереди и сзади связками. *Symphysis ossium pubis разъединенъ*. Положеніе лѣвой подвздошной кости болѣе горизонтальное, нежели правой; кромѣ того она повернута такъ, что передній конецъ ея обращенъ вверхъ и впередъ, а задній внизъ и взадъ; правая же подвздошная кость, стоящая болѣе вертикально, повернута совершенно въ обратную сторону.

d) Воронкообразный поперечно-суженный тазъ.

(*Pelvis infundibuliformis angusta*).

Изъ описанія всѣхъ трехъ видовъ поперечно-суженныхъ тазовъ явствуется, что благодаря наклоненному кзади положенію крестцовой кости, въ этихъ тазахъ, независимо отъ ихъ происхожденія, не только поперечные, но и прямые діаметры представляются въ большей или меньшей степени укороченными; чѣмъ ближе къ выходу, тѣмъ рѣзче укорачиваются какъ поперечные, такъ и прямые діаметры, почему полость малаго таза получаетъ сходство съ воронкой, обращенной верхушкою внизъ. Укороченіе обоихъ діаметровъ происходитъ далеко не равномерно, о чемъ можно судить по прилагаемой табличкѣ:

|                   | Тазъ ф. 113. |            | Тазъ ф. 115. |            | Тазъ ф. 117. |            |
|-------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|
|                   | d. rect.     | d. transv. | d. rect.     | d. transv. | d. rect.     | d. transv. |
| Входъ въ м. т. .  | ± 0          | — 3.2      | + 2.4        | — 1.6      | — 0.1        | — 2.3      |
| Широк. ч. м. т. . | + 3.7        | — 5.3      | + 1.0        | — 2.9      | — 0.6        | — 4.2      |
| Узкая. ч. м. т. . | — 0.9        | — 5.7      | + 0.3        | — 5.5      | — 0.8        | — 6.1      |
| Выходъ м. т. .    | — 1.5        | — 6.5      | — 2.0        | — 4.5      | — 1.7        | — 6.4      |

Изъ этой таблицы видно, во-1-хъ, что поперечные размѣры по направленію къ выходу таза укорачиваются гораздо значительнѣе, нежели прямые, которые лишь въ самомъ выходѣ сразу уменьшаются въ сред-

немъ выводѣ на 1.7, и, во-2-хъ, что наиболѣе укороченными оказываются поперечные размѣры то широкой, то узкой части полости или выхода малаго таза. Слѣдовательно, во время родовъ послѣдніе размѣры должны представить гораздо большее препятствіе для прохожденія головки младенца, нежели менѣе укороченные прямые.

Совершенно то же находимъ и въ *воронкообразномъ тазу* — *pelvis infundibuliformis*, составляющемъ какъ бы подвидъ поперечно-суженныхъ тазовъ. По своему общему виду и по положенію отдѣльныхъ частей, воронкообразные тазы еще болѣе, чѣмъ поперечно-суженные, напоминаютъ мужской тазъ. Входъ въ малый тазъ или колеблется въ границахъ нормы, или же всѣ діаметры его представляются укороченными, причѣмъ укороченіе поперечныхъ размѣровъ преобладаетъ надъ укороченіемъ прямыхъ, въ особенности по направленію къ выходу. Чистая форма воронкообразнаго таза встрѣчается вообще весьма рѣдко. Этіология ихъ совершенно не разъяснена. *C. Schroeder* какъ на этіологическій моментъ указываетъ на слишкомъ продолжительное содержаніе дѣтей перваго возраста спеленатыми въ подушкахъ, въ такъ называемыхъ „*Steckkissen*“; и въ самомъ дѣлѣ величина тазовыхъ костей, въ особенности же короткость крыльевъ крестца и малая вогнутость его передней поверхности указываютъ на остановку развитія тазовыхъ костей въ дѣтствѣ.

Разница между поперечно-суженными и воронкообразными тазами, оставляя въ сторонѣ этіологию, заключается покуда въ величинѣ тѣхъ и другихъ; поперечно-суженные тазы принадлежатъ, хотя и не всѣ, къ такъ назыв. большимъ тазамъ, воронкообразные же тазы, напротивъ, представляются малыми, какъ бы обще-равномѣрно-суженными; поэтому предсказаніе при воронкообразныхъ тазахъ вообще хуже, нежели при поперечно-суженныхъ.

Обратно *воронкообразными* нѣкоторые авторы называютъ тазы, въ которыхъ суженъ только входъ, а полость таза и выходъ его относительно широки; во всякомъ случаѣ они не составляютъ отдѣльной группы, потому что расширение поперечнаго діаметра выхода, обусловливаемое ненормальнымъ выворотомъ кнаружи сѣдалищныхъ бугровъ, составляетъ лишь побочное явленіе въ ряду другихъ неправильностей этихъ тазовъ

#### IV. Спавшіеся тазы.

Къ этой группѣ неправильныхъ тазовъ, согласно описанію, данному впервые *C. Litzmann*'омъ, причисляютъ тазы, стѣнки которыхъ, въ особенности съ боковъ, т. е. со стороны вертлужныхъ впадинъ, а также и сзади, глубоко вдавлены въ полость таза, передняя же стѣнка, напротивъ, бываетъ отодвинута кпереди и въ то же время какъ бы приподнята кверху. Такое спаденіе стѣнокъ таза возможно при болѣзненномъ размягченіи костей: у взрослыхъ при такъ называемой остеомалаціи, когда плотныя,

уже вполне сформированныя кости снова размягчаются, у дѣтей же при недостаточномъ окостенѣніи вообще костей подѣ влияніемъ рахита.

Значительно чаще встрѣчаются спавшіеся тазы, обусловленные размягченіемъ костей, извѣстнымъ подѣ именемъ *Osteomalacia* — *Osteomalacia vel Halisteresis* (*Kilian*).

На разницу, существующую между остеомалаціей и рахитомъ, впервые указалъ *Lobstein* (1833). О рахитѣ мы говорили уже выше, стр. 112. Что же касается до остеомалаціи, то сущность этого процесса состоитъ въ слѣдующемъ. Костный мозгъ, представляющійся въ началѣ болѣзни краснымъ и даже темно-краснымъ, вслѣдствіе значительнаго развитія сосудовъ, постепенно исчезаетъ и замѣщается молодою зародышевою костно-мозговою тканью. Въ то же время и самая костная ткань, со стороны гаверсовыхъ каналовъ и костно-мозговыхъ полостей, теряетъ соли извести, послѣ чего остается только костный хрящъ, который въ свою очередь при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни распадается, всасывается и замѣняется молодою мозговою тканью. Если же костныя тѣльца содержатъ еще кѣтки, то эти послѣднія, лишившись извести, перерождаются вначалѣ въ коллоидные шары, а потомъ въ коллоидную безструктурную массу, которая не всасывается и примѣшивается къ костному мозгу. Вслѣдствіе кровоизліяній изъ обильно развитыхъ сосудовъ, костный мозгъ можетъ пигментироваться красящимъ веществомъ крови въ желтый, красный и даже коричневый цвѣтъ. Механизмъ потери извести и всасыванія неизвѣстенъ. Одни (*Rindfleisch*) главную роль въ немъ приписываютъ угольной кислотѣ, растворяющей соли, другіе молочной кислотѣ (*Weber*) и наконецъ иные (*Schmidt*) фосфорной кислотѣ. *Virchow* же смотритъ на остеомалактическую процессъ, какъ на особый видъ остеита безъ склонности къ регенераціи. Смотри по степени болѣзненнаго процесса въ костяхъ, наружный видъ и физическія свойства ихъ бываютъ различны. Въ начальныхъ періодахъ остеомалаціи, кости, теряя нѣкоторое количество известковыхъ солей, становятся то болѣе хрупкими и ломкими, то болѣе гибкими; когда же вся известь или большая ея часть исчезнетъ, тогда онѣ напоминаютъ кости, вымоченныя въ соляной кислотѣ, становятся совершенно мягкими, легко рѣжутся пожему и прокальваются насквозь булавкою: поверхность ихъ представляется волнистою и усѣянною множествомъ отверстій, изъ которыхъ при давленіи выступаетъ жидкость.

Въ крайнихъ степеняхъ развитія болѣзни, когда все костное вещество исчезло и замѣнилось молодою костною тканью, кость совершенно теряетъ свою прежнюю форму и представляется въ видѣ мѣшка, наполненнаго полужидкимъ содержимымъ, причеиъ стѣнки его состоятъ изъ плотной волокнистой ткани, замѣняющей *periosteum*.

Имѣя въ виду только внѣшнія качества костей при остеомалаціи, *Kilian* (отецъ), а за нимъ и другіе отличали остеомалацію восковую (*osteomalacia cerea*) или гибкую и остеомалацію ломкую (*osteom. fracturosa v. porrosa*); къ этой послѣдней причисляли и *osteoporosin senilem*. Насколько подобное дѣленіе имѣетъ основаніе, видно изъ вышесказаннаго. Что же

касается до *osteoporosis senil.*, то процессъ этой болѣзни дѣйствительно имѣетъ нѣкоторое сходство съ остеомалаціею въ томъ отношеніи, что при немъ костная ткань какъ бы разрѣжается, мозговые полости становятся больше и даже выполняются молодымъ костно-мозговымъ веществомъ, но *osteoporosis sen.* существенно отличается отъ остеомалаціи тѣмъ, что при немъ костная ткань не лишается извести и поврежденіе костей никогда не достигаетъ крайней степени. Кромѣ того переломы легко происходящіе при остеопорозѣ, всегда срастаются посредствомъ хрящевой мозоли, окостенѣвающей впослѣдствіи, при остеомалатическихъ же переломахъ хрящевой и костной мозоли или вовсе не бываетъ, или же она наблюдается очень рѣдко даже въ раннихъ періодахъ болѣзни.

Въ клиническомъ отношеніи остеомалація составляетъ хроническую болѣзнь костей взрослыхъ субъектовъ и встрѣчается гораздо чаще у женщинъ, нежели у мужчинъ, и у беременныхъ чаще, нежели у небеременныхъ. Импульсомъ, но не причиною, къ проявленію остеомалаціи служитъ чаще всего беременность и затѣмъ простуда. Острая стрѣляющая боль ревматическаго характера въ тазовыхъ костяхъ, сопровождающаяся только въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ повышеніемъ температуры, составляетъ первый признакъ начинающагося размягченія костей. Во время беременности, а также во время кормленія грудью общее состояніе ухудшается и размягченіе костей усиливается, быть можетъ потому, что часть известковыхъ солей организма матери идетъ, въ томъ и другомъ случаѣ, на потребности организма ребенка. Съ окончаніемъ беременности и по прекращеніи кормленія грудью, а также и у не кормящихъ, размягченіе костей въ большинствѣ случаевъ приостанавливается; въ весьма рѣдкихъ случаяхъ (*Winckel, P. Müller*) кости газа вновь оплотнѣваютъ, сохраняя, конечно, измѣненія въ формѣ и взаимномъ расположеніи частей, происшедшія во время болѣзни; при этомъ увеличенное въ теченіи болѣзни количество фосфорно-кислой извести въ мочѣ постепенно уменьшается. Съ новою беременностью размягченіе костей вновь усиливается, такъ что въ большинствѣ случаевъ тазъ остается болѣе или менѣе мягкимъ почти въ теченіе всей болѣзни до самой смерти женщины. Это весьма важное въ практическомъ отношеніи обстоятельство послужило поводомъ назвать остеомалатическіе тазы также „каучуковыми“. Въ началѣ болѣзни движеніе больной обыкновенно затрудняется вслѣдствіе боли въ тазовыхъ костяхъ; нерѣдко почти одновременно съ этимъ замѣчается уменьшеніе роста, искривленіе костей и какія либо изъ неправильностей позвоночнаго столба. Впослѣдствіи, при высшей степени развитія процесса и распространеніи его на большую часть костей, больная, вслѣдствіе сильной боли въ костяхъ и въ особенности въ сѣдалищныхъ буграхъ, не могутъ даже сидѣть и потому принуждены лежать неподвижно въ постели. При *пуэрперальной* остеомалаціи размягченіе костей начинается обыкновенно съ таза, причѣмъ поражаются иногда только нѣкоторыя, иногда же всѣ тазовыя кости заразъ; обыкновенно раньше всего процессъ развивается и всего сильнѣе бываетъ выраженъ въ нижней половинѣ таза; отсюда размягченіе

распространяется на нижнія конечности, позвоночный столбъ и рѣже на грудную клѣтку и черепъ. При *непуэрперальной* остеомалациі размягченіе почти во всѣхъ случаяхъ начинается съ нижнихъ конечностей и въ относительно болѣе короткое время переходитъ на большую часть скелета и нерѣдко даже на кости черепа.

Что касается теченія остеомалациі, то съ временными улучшеніями и ухудшеніями она продолжается нѣсколько лѣтъ. До сихъ поръ извѣстенъ только одинъ случай, сообщенный *C. Schmidt*’омъ, въ которомъ у 22-хлѣтней дѣвушки остеомалациія появилась послѣ сильнаго душевнаго волненія только за девять мѣсяцевъ до смерти.

Предсказаніе при непуэрперальной остеомалациі хуже, нежели при послѣродовой, потому что первая форма по причинѣ распространенія остеомалациі на большую часть скелета ведетъ быстрѣе къ смерти, нежели послѣдняя. Смертельный исходъ при пуэрперальной остеомалациі зависитъ не столько отъ самаго процесса, сколько отъ трудности родового акта, сопряженнаго въ большинствѣ случаевъ съ серьезными оперативными пособіями.

Этіологія остеомалациі совершенно темна. Ближайшими причинами считаютъ простуду, холодное и сырое жилище, дурную пищу и расстройство пищеваженія. Существуютъ нѣкоторыя мѣстности, въ которыхъ остеомалациія встрѣчается чаще, нежели въ другихъ. *Spiegelberg*, *Breisky* и др. полагають, что только при этихъ исключительно мѣстныхъ условіяхъ вышепоименованныя причины могутъ дѣйствительно повести къ эндемическому размягченію костей. У насъ въ Россіи остеомалациія встрѣчается повидимому рѣдко; замѣчательно, что изъ сообщенныхъ 5-ти случаевъ (*Широкова, мой, Гуенбергера, Вебера* и *Биддера* <sup>1)</sup>) два таза принадлежали татаркамъ. *Winckel*, отвергающій мѣстныя условія, пытался отыскать въ крови одной остеомалатической больной бактеріи, но безъ успѣха.

Принимая во вниманіе случайныя предрасполагающія причины, *Litzmann* различаетъ а) *Osteomalacia rheumatica*, б) *Osteomalacia syphilitica*—у сифилитиковъ послѣ продолжительнаго употребленія ртутныхъ препаратовъ, в) *Osteomalacia neurotica*—какъ слѣдствіе глубокаго страданія центральной нервной системы (сумасшествіе, идиотизмъ), а также въ случаяхъ сильнаго душевнаго волненія, и д) *Osteomalacia senilis*.

а) Остеомалатическіе спавшіеся тазы *Litzmann*’а. *Pelvis osteomalacica (vel halisteretica Kilian)*.

Форма остеомалатическихъ спавшихся тазовъ обусловливается распространеніемъ и степенью размягченія тазовыхъ костей и затѣмъ положеніемъ больной, которое она преимущественно принимала во время болѣзни. Въ виду этого нѣтъ ничего удивительнаго, что взаимное отношеніе частей

<sup>1)</sup> Тазъ, демонстрированный профес. *Э. Биддеромъ* въ одномъ изъ засѣданій нѣмецкаго акушерскаго общества въ Сиб., составляетъ собственность д-ра Штоль и будетъ описанъ ниже.



таза при этомъ процессѣ далеко непостоянно даже пастолько, что измѣненія обѣихъ половинъ таза, какъ и при рахитѣ, представляются подчасъ различными и не тождественными, почему асимметричныя остеомалатическія тазы вообще не составляютъ большой рѣдкости. Такое непостоянство измѣненій относится главнымъ образомъ къ положенію и къ формѣ чешуи подвздошныхъ костей и къ лонной дугѣ.

Соотвѣтственно клиническому теченію, во всѣхъ отношеніяхъ типичныя измѣненія для остеомалатическихъ тазовъ представляетъ прежде всего *выходъ* таза и затѣмъ уже послѣдовательно входъ, полость малаго таза и большой тазъ.

Сѣдалищныя кости, подъ вліяніемъ сидѣнія, болѣе или менѣе значительно смѣщаются кнутри, причемъ сѣдалищныя бугры выворачиваются нѣсколько кнаружи, а восходящія вѣтви сближаются; въ то же время и по той же причинѣ нижняя половина крестцовой кости загибается, какъ и въ рахитическихъ тазакъ, въ видѣ крючка кпереди, иногда даже на мѣстѣ 2 го крестц. позвонка. Такъ какъ, при вертикальномъ положеніи, нижнія конечности туловища упираются бедренными головками въ боковыя стѣнки таза, то вертлужныя впадины вдавливаются кнутри, что неминуемо ведетъ къ смѣщенію боковыхъ стѣнокъ таза внутрь, вслѣдствіе чего вертлужныя впадины бывають обыкновенно обращены болѣе въ сторону, нежели кпереди; горизонтальныя вѣтви лонныхъ костей или сходятся подъ острымъ угломъ, или принимаютъ почти параллельное положеніе, причемъ лонное сочлененіе какъ бы сдавливается съ боковъ и выпячивается кпереди и кверху въ видѣ клюва. Нисходящія вѣтви тоже сближаются и способствуютъ еще большому суженію лонной дуги, которая въ рѣдкихъ случаяхъ, такъ же какъ и промежутокъ между горизонтальными вѣтвями, представляетъ иногда столь узкую, неправильной формы щель, что не пропускаетъ указательнаго пальца. Случается, что извилистые края этой щели мѣстами соприкасаются.

Крестцовая кость глубоко вдавливается между подвздошными костями, вслѣдствіе чего заднія трети послѣднихъ круто загибаются книзу, а мысъ помѣщается ниже верхняго края лоннаго сочлененія; по той же причинѣ безымянная линія принимаетъ наклонное къзади положеніе, симфизъ же какъ бы приподымается кверху. Въ исключительныхъ случаяхъ верхняя половина крестцовой кости принимаетъ почти горизонтальное положеніе, причемъ основаніе ея сильно вдается во входъ, отчего послѣдній еще болѣе суживается. Крылья крестцовой кости обыкновенно бывають укорочены, передняя поверхность ихъ большею частью плоская, рѣже выпуклая. По причинѣ значительнаго наклоненія верхней части крестца, нижніе поясничныя позвонки болѣе или менѣе искривляются кпереди и отчасти закрываютъ малый тазъ сверху. Подвздошныя чешуи представляются загнутыми внутрь сверху внизъ въ видѣ желоба, направляющагося отъ переднихъ остей или отъ середины гребешковъ къ заднимъ осямъ.

Вслѣдствіе вдавленія въ тазъ съзади основанія крестцовой кости, а съ боковъ *partes cotyloideae*, входъ въ началѣ болѣзни представляется трехъ-

угольнымъ, въ послѣдствіи же стороны трехъ-угольника все больше и больше вдавливаются кнутри, т. е. къ оси таза, такъ что въ экзквизитныхъ случаяхъ входъ имѣетъ видъ узкой щели, напоминающей своею формою букву V.

Подъ вліяніемъ давленія тяжести туловища и брюшныхъ внутренностей сверху и сопротивленія въ сѣдалищныхъ буграхъ снизу, весь тазъ представляется въ большинствѣ случаевъ низкимъ, сдавленнымъ съ боковъ, сверху и снизу; при этомъ высота большаго таза не всегда уменьшена, такъ какъ подвздошныя чешуи могутъ быть иногда наклонены къ горизонту даже менѣе нормальнаго.

При такомъ обезображеніи таза всѣ діаметры его бываютъ въ большей или въ меньшей степени укорочены. Абсолютно укорачиваются всѣ поперечные діаметры, и чѣмъ ближе къ выходу, тѣмъ значительнѣе укороченіе ихъ<sup>1)</sup>. Прямые діаметры укорачиваются неравномѣрно; между тѣмъ, какъ анатомическая конъюгата и прямой діаметръ полости малаго таза могутъ быть еще нормальной длины или мало укорочены, прямой размѣръ выхода и акушерская конъюгата входа (считая отъ мыса до ближайшаго мѣста сближенія горизонтальныхъ вѣтвей) бываютъ обыкновенно абсолютно укорочены. Діагональная конъюгата въ остеомалатическихъ тазахъ теряетъ свое значеніе.

Діагностицировать остеомалатическій тазъ даже въ началѣ заболѣванія довольно легко. Анамнезъ, острия боли въ тазу, затрудняющія движенія, и измѣненія таза настолько характерны, что остеомалатическіе тазы не могутъ быть смѣшаны съ другими похожими по формѣ неправильными тазами, даже въ томъ случаѣ, если по прекращеніи размягченія тазъ вновь оплотнѣетъ.

У взрослыхъ женщинъ, страдавшихъ въ дѣтствѣ рахитомъ, кости таза также могутъ подвергнуться остеомалатическому размягченію, но едва ли въ такой степени какъ нормальныя, въ особенности въ случаяхъ рахита съ исходомъ въ склерозъ кости. Такіе тазы представляютъ комбинацію рахитическихъ измѣненій съ остеомалатическими, почему этотъ видъ остеомалатическаго таза въ діагностическомъ отношеніи представляетъ серьезныя затрудненія не только при жизни, но и по смерти.

Въ практическомъ отношеніи важно опредѣлить не столько степень суженія, сколько податливость (растяжимость) малаго таза. *Litzmann* до 1857 г. насчиталъ всего только 17<sup>0</sup>/<sub>0</sub> податливыхъ остеомалатическихъ тазовъ, въ новѣйшее же время *Гуенбергеръ* насчитываетъ ихъ уже 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а *Casati* (въ Миланѣ) утверждаетъ, что неподатливые остеомалатическіе тазы попадались ему какъ весьма рѣдкое исключеніе, что онъ объясняетъ вліяніемъ мѣстныхъ условій. Опредѣлить степень податливости таза важно, во 1-хъ, потому, что она указываетъ приблизительно

---

<sup>1)</sup> Строго придерживаясь принятой нами группировки неправильныхъ тазовъ, слѣдовало бы и остеомалатическіе тазы причислить къ поперечно-суженнымъ; но въ виду этиологіи ихъ и обусловливаемыхъ послѣднею особенностей, свойственныхъ исключительно остеомалатическимъ тазамъ, мы сочли необходимымъ выдѣлить ихъ въ особую группу, хотя, въ сущности, они по формѣ своей представляютъ лишь высшую степень поперечнаго суженія таза.

на продолжительность болѣзни, и во 2-хъ, главнымъ образомъ потому, что *подаеть надежду на возможность окончанія родовъ* или *силами при-роды*, или относительно легкими операціями, какъ напр. щипцами, поворотомъ и извлеченіемъ плода. Въ послѣдніе 15 лѣтъ мнѣ лично пришлось наблюдать въ Петербургѣ два случая родовъ при остеомалятическихъ тазахъ. Въ этихъ случаяхъ на совѣщаніи врачей дебатировался вопросъ: слѣдуетъ ли выжидать окончанія родовъ или необходимо прибѣгнуть къ тому или другому оперативному пособию; въ обоихъ случаяхъ роды окончились сами собой, благодаря податливости тазовыхъ костей при правильныхъ и сильныхъ потугахъ. При подобныхъ трудныхъ обстоятельствахъ нужно имѣть въ виду, что степень растяжимости таза становится доступной для возможно точнаго опредѣленія только во время родовъ.

Съ этою цѣлью изслѣдованіе производится каждый разъ подъ хлороформомъ, сколько бы таковыхъ изслѣдованій ни потребовалось въ теченіи родовъ. Для этого изслѣдуемъ черезъ рукавъ попеременно двумя пальцами то одной, то другой руки и опредѣляемъ состояніе стѣнокъ таза и его форму; затѣмъ, смотря по степени раскрытія зѣва и опущенія подлежащей части, введенною въ рукавъ или въ полость матки паль- и даже цѣлою рукою узнается отношеніе объема головки ко вмѣстимости входа и полости таза, а равно и другія могущія встрѣтиться обстоятельства. Такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ измѣреніе таза не даетъ удовлетворительныхъ результатовъ, то мнѣ не разъ удавалось рѣшать вопросъ о проходимости таза слѣдующимъ приѣмомъ. Если подлежащая часть подвижна надъ входомъ таза, то рука вводится въ полость матки такъ, чтобы поперечные размѣры ея совпадали съ прямыми діаметрами таза, потомъ она сжимается въ кулакъ и поворачивается ладонною поверхностью къ передней стѣнкѣ матки и въ такомъ положеніи выводится наружу. Въ случаѣ, если головка уже установилась во входѣ и стоитъ неподвижно, то этотъ приѣмъ продѣлывается въ полости таза.

Если кулакъ или расправленная кисть изслѣдователя свободно выводится наружу изъ полости таза, то вопросъ относительно окончанія родовъ можетъ быть рѣшенъ настолько, что въ данномъ случаѣ роды могутъ окончиться сами собою, или же для окончанія ихъ придется прибѣгнуть къ щипцамъ или къ повороту, но не къ кесарскому сѣченію; понятно, при этомъ должны быть приняты въ соображеніе и другія обстоятельства родового акта и въ особенности характеръ потугъ. Кромѣ того необходимо имѣть еще въ виду неравнобѣрную податливость таза и по растяжимости выхода не заключать безусловно о податливости прочихъ отдѣловъ, такъ какъ выходъ поражается обыкновенно раньше и въ сильнѣйшей степени, нежели входъ. Помощью этого приѣма можно опредѣлить не только степень растяжимости таза, но и отношеніе головки къ полости его.

Хотя знакомство съ податливостью остеомалятическихъ тазовъ и улучшило значительно предсказаніе при нихъ (такъ у *Litzmann*'а пришлось 50% кесарскаго сѣченія, у *Гуенбергера* на 31 случай всего 7 разъ, а у *Casati* на 41 случай только два раза), тѣмъ не менѣе оно, какъ для матери, такъ и для младенца весьма неблагопріятно

По *Гуенбергеру* послѣ кесарскаго сѣченія умерло 75<sup>0</sup>/<sub>0</sub> матерей и 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub> младенцевъ; послѣ другихъ оперативныхъ пособій на 16 случаевъ умерло матерей 63<sup>0</sup>/<sub>0</sub> и дѣтей 37,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; въ 8 случаяхъ роды окончились безъ помощи искусства, причемъ матерей умерло 12,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а дѣтей 37,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Безъ сомнѣнія, современныя техника и антисептика благопріятно повліяютъ на предсказаніе какъ при кесарскомъ сѣченіи, такъ и при другихъ оперативныхъ пособіяхъ. Несмотря, однакоже, на это, нужно имѣть въ виду, что общее состояніе и питаніе женщины, страдающей остеомалацией, сильно подрывается; поэтому исходъ родовъ зависитъ не только отъ метода операціи, но и отъ степени размягченія костей, отъ распространенія остеомалатическаго процесса на большую или меньшую часть скелета и отъ вліянія его на общее состояніе больной.

Что касается до беременности, то исходъ ея находится въ зависимости отъ того, обнаружилась ли остеомалация у беременной съ *правильнымъ*, или *суженымъ* тазомъ и затѣмъ, отъ того, появилась ли болѣзнь въ ранніе или поздніе мѣсяцы беременности. Если, напр., остеомалация началась въ позднемъ періодѣ беременности у женщины рожавшей прежде благополучно, или хотя бы и у первобеременной, но съ *правильнымъ* тазомъ, или если процессъ не успѣлъ еще произвести свойственныхъ ему измѣненій, то понятно, что беременность можетъ кончиться благопріятно и роды могутъ совершиться даже безъ участія искусства. Если же остеомалация началась въ первые мѣсяцы беременности, а главное у женщины, у которой тазъ суженъ то, смотря по обстоятельствамъ, требуется возбужденіе или преждевременныхъ родовъ, или даже искусственнаго законнаго выкидыша.

Въ Медико-хирургической академіи хранятся два остеомалатическихъ таза: одинъ, добытый мною, другой покойнымъ *проф. П. И. Пироговымъ*.

Въ моемъ случаѣ у беременной въ 5-й разъ размягченіе тазовыхъ костей началось въ теченіи 4-ой беременности; послѣ четвертыхъ родовъ процессъ остановился. Въ 5-ую беременность размягченіе возобновилось и достигло высокой степени. При измѣреніи таза ручнымъ способомъ и съ помощью тазомѣровъ *Vaudelocque'a* и *Van Nuevel'я* получены слѣд. размѣры: наружная конъюгата 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub>" (17.6), *D. trochant. 3"* (21.6), *Conj. vera anat. 4<sup>1</sup>/<sub>4</sub>"* (11.5), длина клюва 1<sup>3</sup>/<sub>4</sub>" (4.7), акушерская конъюгата 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>" (6.7), разстояніе между сѣдалищными буграми 1<sup>1</sup>/<sub>4</sub>" (3.3). Тазъ въ высокой степени суженъ, преимущественно въ поперечныхъ діаметрахъ; въ костяхъ таза, хотя и несовѣтъ ясно, замѣчается нѣкоторая уступчивость и растяжимость.

Положеніе плода нельзя было опредѣлить. Имѣя въ виду высокую степень суженія, истощеніе больной и малую податливость таза, мы были убѣждены въ неизбежности кесарскаго сѣченія, которое и произведено мною 2-го іюня 1862 г. въ 6 ч. вечера. Мать умерла на 4-й день послѣ операціи, младенецъ же—въ концѣ перваго года жизни отъ воспаленія легкихъ.

Тазъ этой женщины, фиг. 121, представляется какъ бы спавшимся въ попер. діаметрахъ, крылья подвзд. костей выворочены кнаружи; мыслъ образуетъ прямой уголъ, крестецъ сильно изогнутъ, верхушка кончика направлена прямо впередъ, крылья крестца атрофированы; какъ горизонтальныя, такъ и нисходящія вѣтви лонныхъ костей соприкасаются между собою; на мѣстѣ соединенія послѣднихъ съ восходящими сѣдалищными находится дугообразный изгибъ, сильнѣе выраженный на правой сторонѣ. Существо кости размягчено настолько, что можно дѣлать микроскопическіе препараты. *D. sp. 7" 1"* (19.1), *cris. 8"* (21.6); *Conj. vera anat. 3" 10"* (10.3), *obstetrica 2" 9"* (7.4); *diam. obliq. d. 3" 7"* (9.7), *sin. 3" 6"* (9.4); *transv. 3" 6"* (9.4); прямой разм. полости 2" 9'" (7.4),

поперечный пол.  $1'' 9'''$  (4.7); высота крестца  $2'' 9'''$  (7.4), ширина основанія его  $3'' 6'''$  (9.4); самое узкое мѣсто лонной дуги  $0'' 8'''$  (1.8), самое узкое мѣсто между горизонтальными вѣтвями  $2'' 6'''$  (6.7). При сильнѣйшемъ растяженіи таза  $K = 3'' 10'''$  (10.3), поперечный  $4'' 1'''$  (11.0), прямой выхода  $2'' 6'''$  (6.7), поперечный  $2'' 10'''$  (7.6).

Болѣе обезображень тазъ Широкова, фиг. 122, хранящійся въ спирту въ анатомо-патологическомъ кабинетѣ подъ № 320. Этотъ тазъ представляетъ одинъ изъ рѣдкихъ въ наукѣ примѣровъ всеобщей остеомалациі, развившейся вѣдъ беременности послѣ простуды <sup>1)</sup> и воспаления надкостной плевы съ образованіемъ нарыва на голени.

Фиг. 121.



Фиг. 122.



На препаратѣ слѣд. надпись: „Рѣдкій образецъ остеомалациі молодой 28-лѣтней женщины; кости нижнихъ конечностей и таза превращены въ кисты, раздѣленные перегородками, содержащія въ себѣ жидкую кровь и кристаллы фосфорно-кислой извести. Болѣзнь началась послѣ сильной простуды и огорченія (большая оплакивала по цѣлымъ часамъ осенью на кладбищѣ смерть дитяти). Сначала показалось воспаление надкостницы съ нарывомъ на голени; кость размягчилась и переломилась; то же состояніе проявилось и на другой голени. Болѣзнь достигла высшей степени въ теченіи двухъ лѣтъ. Аппетитъ былъ всегда хорошій, моча водянистая, лихорадки почти совсѣмъ не было, потому присоединилась водяная. Въ почкахъ найдены были небольшіе мочевые камешки. Въ разрѣзанной большеберцовой кости видны на препаратѣ кисты, составляющія костный каналъ“.

Препаратъ, вынутый изъ спирта, представляется обезображеннымъ до такой степени, что только по стопамъ съ пальцами, покрытыми кожей, можно принять этотъ тазъ за человѣческій. По своей формѣ и вмѣстимости тазъ, благодаря мягкости костей, не подходитъ ни къ одному изъ описанныхъ до сихъ поръ тазовъ; пронитанный спиртомъ онъ вѣситъ 2840 грм. Кости его гибки, утолщены, легко рѣжутся и состоятъ какъ бы изъ волокнистой ткани. Ни на одномъ мѣстѣ всего препарата не видно костнаго вещества.  $K = 2\frac{1}{4}''$  (6.1), отъ мыса до мѣста сближенія горизонтальныхъ вѣтвей  $1\frac{3}{4}''$  (4.7); поперечный входа  $3'' 1'''$  (8.3). Крестцово-подвздошныя сочлененія совершенно спаяны. Сѣдалищныя бугры и верхушка крестцовой кости сближены между собою до того, что выходъ таза представляется въ видѣ небольшой трехъ-угольной щели.

*Остеомалатическій (мягкій) тазъ*, фиг. 123, изъ коллекціи д-ра Штоль, сохраняемый въ спирту. Тазъ вырѣзанъ изъ трупа жены татарина, умершей послѣ 28 часовой агоніи, отъ *Ricinonia chronica*, въ концѣ 8-го мѣсяца беременности.

Тотчасъ по прекращеніи дыханія д-ръ Штоль, приглашенный за часъ до смерти больной, произвелъ кесарское сѣченіе во исполненіе предписанія закона. Изъ анамнеза извѣстно, что мужъ умершей состоялъ швейцаромъ и жилъ вмѣстѣ съ ней въ небольшой,

<sup>1)</sup> Примѣръ ревматической (?) остеомалациі—osteomalacia rheumatica.

но сухой комнатѣ подъ лѣстницею, отводимой обыкновенно швейцарамъ. Когда появилось страданіе легкихъ и размягченіе костей таза и которая изъ этихъ болѣзней предшествовала, нельзя было узнать. Извлеченный кесарскимъ сѣченіемъ мальчикъ оказался мертвымъ; мѣстами на кожѣ его въ особенности на сторонѣ, прилегавшей къ задней стѣнкѣ матки, находились темновягровыя трупныя пятна. По виду младенецъ былъ развитъ соотвѣтственно восьмому мѣсяцу беременности; вѣсъ его былъ приблизительно 7 фун., длина 24+21 см., окружность головки 33.0, прямой 10.5, большой косою 11.5, малой косою 10.0, большой поперечный 8.0. Размягченіе костей умершей ограничивалось только тазомъ, растяжимость котораго констатирована до кесарскаго сѣченія введенною во влагалище всюю рукою, сложенною затѣмъ въ кулакъ; въ то же время влагалищная часть шейки пайдена укороченною и разрыхленною, зѣвъ открытымъ на 1½ п., каналъ шейки растянутымъ.

Тазъ нѣсколько асимметриченъ, правая половина его немного меньше лѣвой; задняя половина малаго таза относительно менѣе высока, нежели передняя половина. Всѣ части таза безъ исключенія, однѣ больше, другія меньше, размягчены, также большіе вертлуга, бедренныя головки и имѣющіеся при тазѣ три поясничные позвонка. Костная ткань мѣстами уничтожена настолько, что осталась только надкостница (дно подвздошныхъ впадинъ и тѣла поясничныхъ позвонковъ). Костно-мозговая полость въ оставшихся

Фиг. 123.



частяхъ бедеръ значительно увеличена и содержала совершенно желтую массу; отъ компактнаго вещества остался только слой толщиной въ 0.1—0.2; перекладины спонгиозной части совершенно разрушены. Легко сдавливаемая тѣла поясничныхъ позвонковъ состоятъ изъ широко-лестистой спонгиозной части, выполненной такою же желтою массою, окруженной утолщеннымъ апоневрозомъ; остистые отростки позвонковъ хрящевой консистенціи, легко гнутся.

Поясничные позвонки болѣе нормальнаго искривлены впередъ, тѣла ихъ весьма замѣтно выдаются надъ боковыми отростками. Последній поясничный позвонокъ значительно вдается во входъ таза и помѣщается настолько глубоко между подвздошными костями, что составляетъ часть задней стѣнки малаго таза, причемъ верхній край его находится ниже верхняго края симфиза; соединеніе его съ IV-мъ поясн. позвонкомъ обра-

зуеть ложный мысь, настоящей же, слабо развитой, смѣщенъ немного вправо и помѣщается ниже нижняго края симфиза.

Крестцовая кость, повидимому, размягчена менѣ другихъ тазовыхъ костей, разогнуть ее можно только отчасти; она помѣщается глубоко между подвздошными костями, наклонена болѣе нормального кпереди; задняя поверхность ее сильно выпукла, передняя же соответственно согнута подъ угломъ приблизительно въ 40°; уголь сгиба находится на мѣстѣ соединенія 1-го и 2-го крестцовыхъ позвонковъ. Тѣло перваго крестцоваго позвонка значительно выступаетъ надъ уровнемъ крыльцевъ, но менѣ чѣмъ V-ый поясн. позвонокъ вдается въ полость таза; передняя его поверхность обращена прямо внизъ, передняя же поверхность остальныхъ крестцовыхъ позвонковъ обращена наоборотъ совершенно вверхъ, почти параллельно тѣлу 1-го кр. позвонка. Отъ настоящаго мыса а) до середины тѣла 4-го кр. позвонка 2.5, б) до верхушки крестцовой кости 4.0. Крестцово-подвздошныя сочлененія безъ измѣненій.

Подвздошныя кости наклонены болѣе нормального, довольно сильно S-образно изогнуты; заднія трети ихъ, вслѣдствіе низкаго положенія и значительнаго наклоненія кпереди верхней части крестцовой кости, оттянуты книзу и рѣзко выдаются надъ выпуклою заднею поверхностью крестца. Подвздошныя впадины глубоки, дно ихъ смѣщено кзади, они въ видѣ желоба согнуты сверху сзади внизъ и впередъ по направленію отъ середины между *sp. ant. sup.* и *cr. ilei* къ *sp. post. sup.*, такъ что гребешки ихъ въ задней части въ видѣ бровей нависли надъ подвздошными впадинами, поверхности которыхъ слегка волниста. Переднія верхнія ости находятся почти въ одной горизонтальной плоскости съ нижними передними остями. *D. sp.* 19.0, *cr.* 22.0; *D. spin. post.* 8.0.

Правая горизонтальная вѣтвь лонной кости надломлена снаружи, почти по срединѣ, и потому болѣе лѣвой вдается во входъ. Горизонтальныя вѣтви вытянуты въ прямую линію и сближены между собою; разстояніе между ними: у тѣлъ лонныхъ костей 4.6, по срединѣ 2.5 и у симфиза, гдѣ онѣ загибаются кнутри, — 1.9; переднія трети ихъ параллельны другъ къ другу; продолженныя кпереди за симфизъ, онѣ сходятся подъ угломъ въ 60°. Лонное сочлененіе смѣщено нѣсколько влѣво; оно какъ бы приподнято кверху и въ видѣ клюва значительно выдается кпереди; высота его 3.2, ширина „клюва“ (согнутого и сдавленнаго съ боковъ симфиза) 2.8, длина клюва приблизительно 3.5.

Сѣдалищныя бугры малы, сближены, какъ бы сдавлены и немного болѣе нормальнаго вывернуты кнаружи. Восходящія сѣдалищныя и нисходящія лонныя вѣтви той и другой стороны сближены и образуютъ относительно высокую, но весьма узкую лонную дугу, губы которой совершенно не вывернуты кнаружи. Высота лонной дуги 5.4, ширина ее у сѣд. бугровъ 3.9, по срединѣ вѣтвей 2.6, вверху у симфиза 1.2. Если дать симфизу и лоннымъ вѣтвямъ приблизительно нормальное положеніе, то высота лонной дуги = 5.0, ширина внизу 4.8 и по срединѣ 3.2. *Foramina obturatoria* узки, овально вытянутой формы. Вертлужныя впадины нормальной глубины, обращены почти совершенно въ стороны. *Partes cotyloideae* немного вдаются въ просвѣтъ таза. *Incisurae ischiadicae majores* узки.

Такъ какъ передняя половина малаго таза приподнята кверху, что болѣе замѣтно при сравненіи боковыхъ стѣнокъ съ заднею, то соответственно этому *linea terminalis* имѣеть наклонное положеніе кзади, гдѣ она, не доходя до основанія крестцовой кости, круто загибается кнутри. Входъ въ малый тазъ представляется вытянутымъ по прямому и сдавленнымъ по поперечному діаметру; онъ имѣеть видъ неравно-бедреннаго трехъ-угольника со вдавленными сторонами, обращеннаго своимъ основаніемъ кзади, а верхушкою кпереди (длина основанія 9.2, длина каждой стороны по 11.7). При растяженіи входъ въ малый тазъ пріобрѣтаетъ слегка плоскую, поперечно-овальную форму, причемъ сложенная въ кулакъ кисть руки проходитъ свободно въ поперечномъ діаметрѣ входа.

Размѣры входа (*in situ*). Отъ симфиза а) до ложнаго мыса (*conj. obst.*) 8.4, б) до настоящаго мыса (*conj. anat.*) 10.7. Отъ ложнаго мыса до ближайшей точки клюва приблизительно 5.0. *D. transv. obst.* 7.5, *anat.* 9.2. Поперечный діаметръ выхода *in situ* 6.5, при растяженіи = 8.7. Прямой выхода 9.2. *Conj. diag. anat.* 10.5, *obstetr.* 8.7. *Conj. externa* 16.0. Тазъ растяжимъ во всѣхъ діаметрахъ, въ выходѣ больше, нежели во входѣ.



Рахито-остеомалатическій асимметричный (безъ исторіи) тазъ съ лордо-сколиозомъ поясничныхъ позвонковъ. Изъ коллекціи Спб. Р. З., ф. 124.

Фиг. 124.



Вѣсъ сухаго таза съ тремя поясничными позвонками 510 грм. Кости таза значительно труднѣе нормальнаго рѣжутся ножомъ. Высота таза справа 13.0, слѣва 14.0. Нижніе поясничные позвонки склерозированы и искривлены лордо-сколиотически влѣво. *Promontorium* смѣщенъ влѣво и помѣщается ниже верхняго края сдвинутаго вправо лоннаго сочлененія. Основаніе крестцовой кости весьма сильно вдается во входъ; нижняя половина крестца, въ области соединенія 2-го и 3-го крестц. позвонковъ, загнута крючкообразно впередъ, соотвѣтственно чему задняя поверхность его представляетъ значительную выпуклость. Тѣла первыхъ двухъ крестцовыхъ позвонковъ выдаются надъ крыльями, лѣвое крыло 1-го кр. позвонка короче праваго.

Лѣвая подвздошная кость смѣщена немного къзади, стоитъ прямѣе и выше правой, имѣющей видъ желоба, расположеннаго по направленію отъ *sp. ant.* къ *sp. post.*; лѣвая подвздошная впадина продырявлена (?), она шире, выше и менѣе глубока, нежели сильно просвѣчивающаяся, болѣе узкая, но болѣе глубокая правая подвздошная впадина. Лонныя кости сближены немного, вслѣдствіе чего передняя половина входа представляется заостренною. Лѣвая горизонтальная вѣтвь нѣсколько короче правой и помѣщается выше ея. Лѣвый *tuberculum pubicum* выдается болѣе нормальнаго. Лѣвый сѣдалищный бугоръ толще праваго, расположенъ и изогнутъ болѣе впередъ, нежели смѣщенный нѣсколько къзади и кънутри болѣе тонкій правый сѣдалищный бугоръ. Вертлужныя впадины обращены болѣе въ сторону. Низкая и узкая лонная дуга открыта вправо, лѣвая вѣтвь ея изогнута и вывернута кънаружи болѣе, нежели правая. Лѣвая вертлужная впадина немного больше правой и помѣщается выше ея. *Linea terminalis* въ своей задней трети круто загнута кънутри, слѣва круче, нежели справа; переднія  $\frac{2}{3}$  ея вытянуты въ прямую линію, причемъ лѣвая *linea terminalis* помѣщается ниже правой, соотвѣтственно болѣе низкому положенію угороченнаго лѣваго крыла 1-го кр. позвонка. Входъ въ малый тазъ трехъ-угольнаго очертанія, асимметричный, лѣвая половина сужена; анатомическій поперечный діаметръ пересѣкаетъ верхушку мыса.

Размѣры таза: прямой входа 7.0, анатомическій поперечный 11.7, акушерскій поперечный 9.5; правый косой 11.0, лѣвый косой 10.2. *Dist. sacro-cotyloidea dextra* 6.0, *sinistra* 5.0. Высота симфиза 5.8, ширина его 4.8; высота лонной дуги 10.0, maximum ширины ея внизу 6.5. *Conj. ext.* 13.5, *conj. diagon.* 7.3.

Какъ наружная, такъ и внутренняя поверхность таза состоитъ сплошь изъ костной ткани.

Выпячиваніе тѣлъ верхнихъ крестцовыхъ позвонковъ, уменьшеніе поперечной вогнутости крестца, недоразвитіе лѣваго крыла 1-го кр. позвонка, просвѣчиваніе подвздошныхъ впадинъ, неравномѣрность развитія обѣихъ половинъ таза, — все это говоритъ въ пользу рахитическаго происхожденія таза. Остеомалация, въ данномъ случаѣ, не была развита въ высокой степени, быть можетъ, влѣдствіе склероза костей, какъ исхода рахита; въ пользу остеомалации говоритъ характерная форма подвздошныхъ чешуй, а также отчасти и трехъ-угольное очертаніе входа въ малый тазъ.

(Кромѣ того, см. стр. 114 описаніе таза Елены Петерсъ, ф. 66).

в) Рахитическіе спавшіеся тазы (*Litzmann*) или ложно-остеомалатическіе. *Pelvis pseudo-osteomalacica* (*Michaelis*).

Рахитическіе спавшіеся тазы представляютъ какъ бы высшую степень рахитическаго обезображенія таза при медленномъ и продолжительномъ теченіи рахита. Выше (стр. 112, 114 и 132) было указано на существенныя измѣненія, свойственныя вообще рахитическимъ тазамъ. При болѣе высокихъ степеняхъ рахитическаго страданія, тазъ, по окончаніи процесса, кромѣ обычныхъ явленій рахита, представляется еще спавшимся, причемъ, какъ и въ остеомалатическихъ тазахъ задняя и обѣ боковыя стѣнки могутъ въ экзквизитныхъ случаяхъ настолько сблизиться, что не только входъ, но и сама полость таза принимаютъ видъ болѣе или менѣ узкой щели, расположенной между выдающимся впереди въ видѣ клюва лоннымъ сочлененіемъ и вдавленными кнутри стѣнками таза. Принимая во вниманіе тождественность механическихъ условій, конфигурирующихъ тазъ, а также усиленную рахитомъ гибкость костей въ дѣтскомъ возрастѣ, нетрудно объяснить себѣ большое сходство въ формѣ и расположеніи отдѣльныхъ частей въ остеомалатическихъ и рахитическихъ спавшихся тазахъ, почему послѣднія и называются также *ложно-остеомалатическими*. Не слѣдуетъ однако смѣшивать ихъ съ размягченными остеомалациею рахитическими тазами.

Ложно-остеомалатическіе тазы встрѣчаются вообще рѣдко, гораздо рѣже истинныхъ остеомалатическихъ, и именно потому, что весьма немногіе рахитики переживаютъ разстройства въ организмѣ, причиняемыя какъ высокою степенью рахита, такъ и спаденіемъ стѣнокъ таза, и обусловленное этимъ сдавленіе тазовыхъ органовъ.

Прекраснымъ примѣромъ этого можетъ служить тазъ, принесенный въ даръ Спб. Род. Заведенію д-ромъ Г. А. Чошинымъ, скелетированный имъ самимъ въ гипсовой массѣ, ф. 125 (приблизительно  $\frac{1}{2}$  наст. вел.).

Этотъ тазикъ принадлежалъ семилѣтнему мальчику, который съ перваго года страдалъ англійскою болѣзнью.

Тазъ № 19, 1875 г., вѣсъ его 95 грм.; кости его толсты и порозны. Обращаю вниманіе: а) на значительное выступаніе въ просвѣтъ малаго таза еще неокостенѣвшихъ *partes cotyloideae* безымянныхъ костей и основанія крестцовой кости, верхняя треть которой выпукла какъ въ продольномъ, такъ и въ поперечномъ діаметрѣ; входъ въ малый тазъ имѣетъ видъ трехъ-угольника, стороны котораго вогнуты внутри; б) на сближеніе асимметричныхъ лонныхъ костей и суженіе лонной дуги, влѣдствіе чего лонное со-

члененіе представляется заостреннымъ, и с) на форму и глубину подвздошныхъ впадинъ. Сходство этого таза съ остеомалятическимъ весьма большое.

Фиг. 125.



Величина сжавшихся рахитическихъ тазовъ бываетъ различна; въ общемъ они однако приближаются къ типу обще-суженныхъ тазовъ. Переходною формою къ нимъ служатъ рахитическіе тазы съ трехъугольнымъ очертаніемъ входа (см. ф. 67 и 68).

Тазъ родильницы № 1795, 1869 года, изъ коллекціи Спб. Р. З. (безъ исторіи), ф. 126, представляетъ обще-суженный рахитическій тазъ въ начальномъ періодѣ ея паденія стѣнокъ его. Вѣсъ таза 450 грм., высота его 15.5. Тазъ низкій, promontorium стоитъ низко, значи-

Фиг. 126.



тельно вдается во входъ. Крестцовая кость коротка и узка. Продольная выпуклость ея значительно увеличена, поперечная же замѣтно уменьшена. Сѣдалищные бугры болѣе нормального вывернуты кнаружи. Передняя половина таза нѣсколько *заострена*. Лонная

дуга низкая, но довольно широкая, губы ея мало выворочены. Анатомическій поперечный діаметръ пересекаетъ мѣсть  $\pi=11.7$ ; акушерскій поперечный діаметръ 10.5,  $K=7.2$ , косые діаметры 10.9, *D. sacro-cotyli* 5.5. Высота симфиза 3.8, ширина его 3.5; высота лонной дуги 4.4, ширина ея внизу *maximum* 8.7. Прямой выхода 9.2, поперечный выхода 9.0. *Conj. diagonalis* 8.5, *Conj. ext.* 13.5, *D. sp.* 22.0, *crist.* 24.0. Входъ въ малый тазъ сердцевидной формы, вслѣдствіе того, что боковыя стѣнки таза и въ особенности мѣсть значительно вдаются въ просвѣтъ таза.

#### V. Расщепленные или открытые спереди тазы. *Pelvis fissa s. aperta.*

Къ этимъ весьма рѣдко встрѣчающимся неправильнымъ женскимъ тазамъ причисляются, согласно *Litzmann*'у, тазы съ врожденнымъ отсутствіемъ лоннаго сочлененія, мѣсто котораго выполняетъ, хотя и не всегда, сухожильная перемычка, называемая *ligamentum interpubicum*.

Такіе тазы встрѣчаются, обыкновенно, совмѣстно съ расщепленіемъ передней брюшной стѣнки, съ расщепленіемъ и выворотомъ мочеваго пузыря и недоразвитіемъ наружныхъ и внутреннихъ половыхъ органовъ. Положеніе и величина расщепленій бываютъ различны и зависятъ отъ времени остановки и задержки развитія. При высшихъ степеняхъ уродства расщепленіе мочеваго пузыря помѣщается выше обыкновеннаго мѣстоположенія лоннаго сочлененія, гораздо рѣже оно соответствуетъ обычному мѣсту послѣдняго. Послѣ расщепленія и выворота мочеваго пузыря наибольшее участіе въ уродствѣ принимаютъ наружные половые органы. Нерѣдко, но далеко не всегда, слизистая оболочка задней стѣнки мочеиспускательнаго канала (большею частью тоже расщепленнаго) переходитъ непосредственно въ таковую же входа рукава, который представляется въ видѣ поперечно-овальной узкой щели, расположенной, такъ же какъ и заднепроходное отверстіе, выше обыкновеннаго. Большія губы, имѣющія видъ вялыхъ кожистыхъ мѣшковъ, покрыты, какъ и *mons veneris*, небольшимъ количествомъ волосъ; малыя губы обыкновенно бываютъ слабо развиты. *Hymen* или отсутствуетъ, или значительно утолщенъ. Клиторъ не всегда бываетъ; если же онъ существуетъ, то представляется тоже расщепленнымъ. Рѣже участіе въ уродствѣ принимаютъ внутренніе половые органы. Рукавъ матки обыкновенно бываетъ болѣе или менѣе суженъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ его находили настолько короткимъ, что снаружи можно было видѣть *orificium colli uteri externum*; въ эксквизитныхъ случаяхъ рукавъ почти совершенно отсутствуетъ. *Матка* почти вовсе не принимаетъ участія въ разсматриваемомъ уродствѣ.

Вмѣстѣ съ этимъ уродствомъ мочеполовыхъ органовъ въ большинствѣ до сихъ поръ описанныхъ случаевъ находили и полное отсутствіе лоннаго сочлененія. Чаше встрѣчаются случаи расщепленія и выворота мочеваго пузыря и дефекта передней брюшной стѣнки съ нормальнымъ соединеніемъ лонныхъ костей. Единственный случай отсутствія лоннаго сочлененія у мужчины при нормально закрытой передней брюшной стѣнкѣ описалъ *Walter* въ 1782 году.

До сихъ поръ подробно описано только 9 случаевъ расщепленныхъ тазовъ, изъ которыхъ 5 принадлежали рожавшимъ женщинамъ (*Ayres, Bonnet, Gusserow, Litzmann*, а также случай *Гюнибуриа* и *Предмеченскаго*, въ *Воронежѣ*), 2 таза — нерожавшимъ женщинамъ (*Freund, Маевскій* въ *Вильнѣ*) и 2 таза (*Ahlfeld* и *Winkler*) найдены у поворожденныхъ младенцевъ женскаго пола. Промежутокъ между свободными концами лонныхъ костей достигалъ у взрослыхъ 8.0—11.0, а въ случаѣ *Freund*'а даже 14.9; у новорожденныхъ же разстояніе расщепленныхъ концовъ симфиза равнялась 3.0 и 6.7. Всѣ семь упомянутыхъ таза взрослыхъ женщинъ принадлежатъ къ большимъ тазамъ.

Въ практическомъ отношеніи рассматриваемыя тазы не играютъ той роли, которая присуща вообще женскимъ тазамъ, ибо однѣ женщины съ такимъ уродствомъ лишены возможности забеременѣть, другія же, хотя и могутъ забеременѣть, но роды у нихъ совершаются какъ бы вѣтъ тазоваго канала, такъ какъ, при расщепленномъ тазѣ и одновременномъ существованіи дефекта брюшной стѣнки, матка съ ея рукавомъ смѣщаются болѣе или менѣе кверху. Понятно, что и механизмъ родовъ здѣсь не встрѣчаетъ препятствія со стороны передней стѣнки таза.

Роды продолжаются вообще долго; раскрытіе маточнаго зѣва совершается сравнительно довольно скоро и правильно, періодъ же изгнанія плода замедляется. Замедленіе зависитъ: а) отъ узкости и неподатливости мягкихъ частей выхода, который подчасъ причиняетъ такое сильное препятствіе, что *Kirchoffer* въ подобномъ случаѣ, описанномъ *Litzmann*'омъ, долженъ былъ, для извлеченія семимѣсячнаго плода, не только наложить щипцы на головку, но кромѣ того сдѣлать по сторонамъ входа въ рукавъ по одной глубокой насѣчкѣ; б) отъ обычной въ такихъ случаяхъ слабости потугъ, зависящей отъ бездѣйствія брюшнаго пресса, вслѣдствіе дефекта передней брюшной стѣнки. Послѣ родовъ матка обыкновенно выпадаетъ.

Хотя съ практической стороны расщепленные тазы играютъ лишь второстепенную роль, но въ научномъ отношеніи значеніе ихъ немало; они весьма наглядно указываютъ на то участіе, которое лонное сочлененіе принимаетъ въ развитіи правильнаго женскаго таза, и затѣмъ на измѣненіе формы таза съ дефектомъ лоннаго сочлененія подъ вліяніемъ давленія тяжести туловища и проч.; кромѣ того съ теоретической стороны расщепленные тазы подтверждаютъ принятое всѣми объясненіе преобразованія таза новорожденной дѣвочки въ тазъ взрослой женщины.

Выше (стр. 115), говоря о вліяніи рахита на измѣненіе формы правильнаго женскаго таза, мы указали на смѣщеніе крестцовой кости, ведущее къ сближенію заднихъ подвздошныхъ остей, къ наклоненію подвздошныхъ чешуй, къ увеличенію разстоянія между передними остями и между гребешками, къ растяженію таза въ поперечномъ діаметрѣ и къ сближенію задней и передней стѣнокъ малаго таза. То же положеніе подвздошныхъ чешуй и крестцовой кости, ту же мало вогнутую форму

передней поверхности ея находимъ мы и въ расщепленныхъ тазахъ <sup>1)</sup>. И здѣсь, какъ и въ рахитическихъ плоскихъ тазахъ, но только въ болѣе высокой степени, заднія ости, по причинѣ отсутствія симфиза, сближаются, а переднія наоборотъ удаляются другъ отъ друга. Въ нормальномъ тазу, по *Litzmann*'у, разстояніе заднихъ остей относится къ разстоянію переднихъ верхнихъ остей какъ 1 : 3.1, въ плоскихъ рахитическихъ тазахъ *maximum* какъ 1 : 5.6; въ расщепленныхъ же тазахъ это отношеніе между разстояніями тѣхъ и другихъ подвздошныхъ остей выражается какъ 1 : 7.8. Соответственно этому, во всѣхъ расщепленныхъ тазахъ находимъ болѣе значительное увеличеніе поперечныхъ діаметровъ большаго и малаго таза, нежели въ плоскихъ рахитическихъ тазахъ.

Степень растяженія таза въ поперечныхъ діаметрахъ зависитъ отъ величины уродства и времени пріостановки развитія; растяженіе обусловливается здѣсь тѣмъ, что, по причинѣ полнаго дефекта симфиза, почти вполнѣ отсутствуетъ сила сопротивленія, сосредоточивающаяся обыкновенно въ лонномъ сочлененіи и удерживающая въ извѣстныхъ границахъ растяженіе таза въ поперечныхъ діаметрахъ; мягкія же ткани, выполняющія промежутокъ между симфизными концами лонныхъ костей, не въ состояніи оказать достаточнаго сопротивленія растяженію таза въ поперечныхъ діаметрахъ. Отсутствие этого сопротивленія сказывается съ началомъ вліянія тяжести туловища, и потому увеличеніе поперечнаго и укороченіе прямого діаметра входа совершается съ тою же постепенностью какъ и въ рахитическихъ тазахъ. Единственное сопротивленіе, встрѣчаемое этимъ растяженіемъ со стороны нижнихъ конечностей, обнаруживается позже вліянія тяжести туловища; такъ какъ дѣти съ расщепленнымъ симфизомъ выучиваются ходить гораздо труднѣе, нежели съ нормальнымъ тазомъ, то растяженіе таза долгое время не встрѣчаетъ противодѣйствія даже со стороны нижнихъ конечностей въ вертлужныхъ впадинахъ; вслѣдствіе этого послѣднія обыкновенно бывають обращены почти совершенно въ сторону. Правильность походки иногда остается не нарушенною.

По причинѣ отсутствія лоннаго сочлененія невозможно съ точностью опредѣлить прямой діаметръ входа, но если измѣрить *K* отъ мыса до того мѣста, гдѣ долженъ былъ бы находиться симфизъ, или до *ligam. interpubicum* и мягкихъ частей на мѣстѣ симфиза, то отношеніе прямого діаметра къ поперечному получится такое же, какъ и въ плоскихъ тазахъ, хотя уплощеніе таза здѣсь не такъ замѣтно.

Насколько велико можетъ быть стремленіе заднихъ подвздошныхъ остей къ сближенію, указываютъ наблюденія, одно *Gusserow*'а, а другое *Freund*'а, на живыхъ женщинахъ. Въ обоихъ случаяхъ, подъ вліяніемъ усиленнаго давленія съ обѣихъ сторонъ на крестцовую кость, произошло, какъ полагають эти авторы, *срошеніе крестцовой-подвздошныхъ сочлененій*, въ пользу чего они приводятъ весьма солидныя доказательства. Благодаря этой причинѣ, крестцовая кость, въ обоихъ случаяхъ, представляла исключе-

<sup>1)</sup> Въ случаѣ *Litzmann*'а существовалъ ложный мысъ между 1 и 2 крестцовыми позвонками.

ніе какъ по своему положенію, такъ и по формѣ своей поверхности; тѣмъ не менѣе однако эти два случая отнюдь не опровергаютъ описаннаго положенія отдѣльныхъ частей таза, даннаго впервые *Litzmann*'омъ; въ пользу его описанія говоритъ высшая степень расщепленныхъ тазовъ, названныхъ *Ahlfeld*'омъ „*Pelvis inversa*“ и представляющихъ кромѣ дефекта лоннаго сочлененія еще и выворотъ крестцовой кости сзади напередъ, т. е. тѣла крестцовыхъ позвонковъ настолько выпячиваются надъ крыльями, что передняя поверхность крестцовой кости, въ обоихъ діаметрахъ, оказывается выпуклою, задняя же поверхность ея вогнутою; въ виду этого *Pelvis inversa* не можетъ имѣть даже того значенія въ практическомъ отношеніи, какое имѣютъ расщепленные тазы.

Какъ въ другихъ неправильныхъ тазахъ, такъ и въ расщепленныхъ (*pelvis fissa s. aperta*), положеніе и взаимное отношеніе отдѣльныхъ частей не во всѣхъ случаяхъ бываетъ одно и то же; и здѣсь встрѣчаются асимметріи обѣихъ половинъ таза.

Нижеописанный расщепленный или открытый спереди тазъ принадлежитъ Спб. Род. Зав.; онъ былъ полученъ мною отъ д-ра *Маевского* изъ Вильны, который и описалъ его въ 1874 году, въ 8-мъ протоколѣ Виленскаго медицинскаго общества. Изъ этого описанія мы заимствовали только исторію болѣзни, измѣреніе же скелетированнаго таза провѣрено и пополнено нами.

### Виленскій расщепленный тазъ д-ра А. Маевского.

Врожденный дефектъ влагалища, выворотъ мочевого пузыря, отсутствіе лоннаго сочлененія и асимметрія таза.

Уришули Марцинкевичъ, прачка госпитали Св. Іакова въ Вильнѣ, обратилась къ д-ру А. И. *Маевскому* съ просьбою помочь ей въ ея недугѣ, состоящемъ въ безпрерывномъ отдѣленіи мочи, распространяющей зловоніе. Регулы появляются правильно, черезъ 3 недѣли, по 3 дня и больше. Половое влеченіе существуетъ. Изслѣдуя эту 22-хлѣтнюю, средняго роста, дѣвушку, коллега *Маевскій* нашелъ ее полною, хорошаго и крѣпкаго тѣлосложенія, съ довольно большими правильно развитыми грудями. Въ нижней трети живота, по средней линіи, находится мягкая и круглая опухоль съ волнистою поверхностью, грязно-темно-розоваго цвѣта, въ діаметрѣ у основанія около 3", на 1/2" выдающаяся надъ поверхностью живота; края опухоли переходятъ въ ограничивающую ее кожу. Въ нижней трети опухоли находятся два небольшихъ, въ одной горизонтальной плоскости лежащихъ отверстія, изъ которыхъ, съ промежутками въ двѣ и болѣе минутъ, но не одновременно, истекаетъ моча струйкою до 2" длиною. Ниже этой опухоли, въ разстояніи 3/4", въ уровнѣ верхняго края лонныхъ костей, помѣщаются два, горизонтально расположенныя, мягкія возвышенія, имѣющія видъ и составъ обыкновенной сморщенной кожи; ширина основанія этихъ кожныхъ складокъ болѣе 1/2". Лобкового возвышенія не существуетъ; на его мѣстѣ находится легкое углубленіе почти трехъ-угольнаго очертанія, верхушка котораго обращена внизъ. Въ обращенномъ кверху основаніи этого трехъ-угольнаго пространства, покрытаго несравненно болѣе нѣжною кожею, нежели въ окрестности, находится горизонтальная щель длиною въ 3", окруженная возвышенными и закругленными краями. Кожа ниже верхней опухоли покрыта короткими и рѣдкими волосами. Черезъ прямую кишку можно было легко прощупать матку, прилежавшую къ передней брюшной стѣнкѣ, позади выше описанной мягкой опухоли. Маточная шейка оканчивается снаружи въ горизонтальной щели. Промежность и задній проходъ вытянуты и смѣщены кверху. Передней стѣнки таза, т. е. симфиза,—нѣтъ, его мѣсто занимаютъ вышеупомянутыя мягкія части. Въ 1867 году она вышла замужъ послѣ чего коллега *Маевскій* потерялъ ее изъ виду.

Въ мартѣ 1874 года по случаю общаго истощенія силъ, постояннаго лихорадочнаго



состоянія и безпрерывнаго отдѣленія изъ эктропированнаго мочевого пузыря мочи и крови, она была принята въ тотъ же госпиталь. Изъ разспросовъ оказалось, что болѣе сильное страданіе появилось слишкомъ годъ тому назадъ; по причинѣ крайней бѣдности больная должна была исполнять тяжелую работу, вследствие чего у нея вскорѣ появились боли внизу живота и язвы на вывороченномъ мочевомъ пузырьѣ. Три мѣсяца тому назадъ прекратились регулы. Незадолго до поступленія въ госпиталь появилось лихорадочное состояніе.

Найденныя болѣзненные явленія и, между прочимъ, глубокое изъязвленіе мочевого пузыря указывали на изнурительную лихорадку. Послѣ недолго продолжавшагося улучшенія общаго состоянія и очищенія язвы мочевого пузыря, кровотеченіе изъ глубокой язвы стало появляться чаще, приступы лихорадки усилились, температура со днями колебалась между 39.8 и 41.0°, и 28 іюля 1874 года больная умерла.

При вскрытіи, кромѣ обычныхъ измѣненій во внутреннихъ органахъ, найдено еще: Гнойная инфильтрація большаго сальника, нижній край котораго былъ склеенъ съ брюшиной передней стѣнки живота. Матка нѣсколько увеличена и утолщена, неправильной формы, покрыта гнойнымъ экссудатомъ и склеенными петлями тонкихъ кишекъ; нижняя часть передней поверхности тѣла матки прилегаетъ къ верхней части задней стѣнки мочевого пузыря; маточная шейка входитъ въ покровы живота, гдѣ и открывается отверстіемъ, лежащимъ въ уровнѣ верхняго края лонныхъ костей. Нижняя правая часть передней стѣнки тѣла матки и верхняя часть передней стѣнки шейки изъязвлены и образуютъ дно язвы вывороченнаго мочевого пузыря. Правый яичникъ увеличенъ вдвое и инфильтрированъ гноемъ. Брюшина утолщена и инфильтрирована, особенно въ нижней части живота. Въ полости таза найдено большое количество вонючаго гноя. Правая почка уменьшена; значительно увеличенная ея лоханка представляется въ видѣ мѣшка, переходящаго въ расширенный до толщины мизинца мочеточникъ. Мочеточники оканчиваются двумя отверстіями въ нижней трети вывороченнаго мочевого пузыря. Очищенный отъ мягкихъ частей тазъ оказался дѣйствительно *безъ лоннаго сочлененія*.

Скелетированный тазъ, фиг. 127, по своей величинѣ относится къ большимъ та-

Фиг. 127.



замъ; вѣсъ его съ V поясничнымъ позвонкомъ и кончикомъ = 740 грм.; высота его справа 19.7, слѣва 20.3. Кости таза велики и неравномѣрно развиты; по своей массивности первое мѣсто занимаетъ крестцовая кость, затѣмъ подвздошныя, сѣдалищныя и лонныя кости.

Крестцовая кость слегка дугообразно изогнута основанием и верхушкой вправо; она *мало наклонена вперед*, весьма массивна, въ особенности въ верхней части, высека, хотя и состоитъ изъ пяти позвонковъ, и непропорціонально *узка*. Тѣла крестцовыхъ позвонковъ не выдаются надъ уровнемъ своихъ крыльевъ, они *скорѣе нѣсколько болѣе нормальнаго выдвинуты назадъ*. Форма передней поверхности крестцовой кости не трехъ-угольная, а неправильно четырехъ-угольная, суживающаяся книзу <sup>1)</sup>; правый и лѣвый края крестцовой кости, соответственно второму крестц. позв., представляютъ довольно глубокое вдавленіе. Верхняя половина передней поверхности крестца мало вогнута въ продольномъ діаметрѣ; maximum продольной вогнутости (2.2) соответствуетъ 3-му кр. позвонку; съ 4-го позвонка крестецъ загибается вперед. Въ поперечномъ діаметрѣ крестцовая кость, наоборотъ, болѣе нормальнаго вогнута. Крылья 2-го и въ особенности 1-го крестц. позвонка коротки и весьма толсты. *Promontorium stoutis* высека, *значительно выдается надъ уровнемъ безымениной линии*. Задняя поверхность крестца выпукла менѣе нормальнаго. Высота крестца безъ кончика 10.5, длина кончика 3.0.

Подвздошныя чешуи неравнобѣрной толщины, заднія трети ихъ нѣсколько массивны, переднія же  $\frac{2}{3}$  тоньше нормальнаго, наклоненіе ихъ нѣсколько увеличено; гребешки слабѣе S-образно изогнуты; подвздошныя впадины велики, плоски и сильно просвѣчиваютъ. Правая задняя верхняя ость помѣщается ниже лѣвой; оба промежутка, между остистыми отростками крестца съ одной стороны и задними губами подвздошныхъ костей съ другой, замѣтно болѣе нормальнаго узки и глубоки. Размѣры большого таза: *Dist. spin.* 26.75 (23.75); *cristar.* 29.25 (26.5); правый косой 21.5, лѣвый косой 21.2. *Dist. spin. post. sup.* 9.0 (6.5). Расстояніе заднихъ остей относится къ переднимъ какъ 1: 3.65. Отъ *sp. il. ant. sup.* до *sp. il. post. sup.* справа 16.5, слѣва 16.0; отъ *linea terminalis* до гребешка справа 9.5, слѣва 10.5.

Сѣдалищныя кости немного тоньше нормальнаго; бугры ихъ весьма мало вывернуты кнаружи. Нисходящія лонныя и восходящія сѣдалищныя вѣтви тонки и весьма мало вывернуты вперед и кнаружи; правыя вѣтви слабѣе развиты, чѣмъ лѣвыя. Лонныя кости значительно тоньше нормальнаго, онѣ какъ бы атрофированы; верхній край горизонтальныхъ вѣтвей—лонный гребешокъ—совмѣстно съ верхнею третью симфизнаго конца лонныхъ костей, заворочены вперед и кнаружи, справа больше, нежели слѣва, и притомъ такъ, что лонные бугорки помѣщаются на наружной поверхности горизонтальныхъ вѣтвей. *Dist. interpubica* 10.3; высота свободныхъ концовъ лонныхъ костей, (посчитая загиба верхней части ихъ) = 2.8. Вертлужныя впадины обращены почти совершенно въ сторону, дно ихъ сильно просвѣчиваетъ. Большія сѣдалищныя вырѣзки узки. *Foramina obturatoria* трехъ-угольной формы. *Linea terminalis* слабо выражена. *Входъ въ малый тазъ подковообразной формы*.

Размѣры малого таза: *Conj. ext.* 18.0. Отъ мыса а) до крестцово-подвздошнаго сочлененія справа 5.5, слѣва 6.0; б) до *synostosis puboiliaca* справа 8.9, слѣва 10.4; в) до *tuberc. pubicum* справа 13.8, слѣва 14.5; д) до свободного конца лонной кости справа 14.0, слѣва 14.9; е) до предполагаемаго симфиза—конъюгата—13.5; ф) до *sp. ant. sup.* справа 13.7, слѣва 14.6 <sup>2)</sup>. Правый косой входа 13.5, лѣвый косой 13.0; поперечный входа 15.6, широкой части полости 14.2 узкой части полости (*sp. ischii*) 10.4; между сѣдалищными буграми 12.0.

<sup>1)</sup> Ширина 1-го кр. позв. 9.5, 2-го 9.0, 3-го 9.2, 4-го 7.5, 5-го 6.5. Ширина тѣла 1-го кр. позв. вверху 5.2, по серединѣ 4.3, внизу 3.3; высота его 4.2; ширина тѣла 2-го кр. позв. 2.6, высота 3.1; 3-го шир. 1.9, выс. 2.4; 4-го шир. 1.9, выс. 2.4; 5-го шир. 1.5, выс. 2.1.

<sup>2)</sup> Отъ *synchondr. sacro-iliaca dext.* а) до свободного конца правой лонной кости 11.4; б) до лѣвой лонной кости 16.1; отъ *synchondr. sacro-iliaca sin.* а) до конца лѣвой лонной кости 12.1; б) до конца правой лонной кости 15.5. Отъ V поясн. позв. а) до *sp. ant. sup.* справа 17.5, слѣва 18.0; б) до конца лонной кости справа 18.8, слѣва 19.5. Отъ *sp. post. sup. dext.* до конца правой лонной кости 17.4, тотъ же размѣръ слѣва 18.0.

*Эпикризь.* Упомянутая женщина несомненно страдала расщеплением передней брюшной стѣнки съ обычными измѣненіями въ положеніи, формѣ и развитіи половыхъ органовъ. Объясненіе этихъ измѣненій въ данномъ случаѣ то же самое, что и въ другихъ, т. е. современемъ, подъ вліяніемъ сокращенія преимущественно косыхъ брюшныхъ мышцъ, края расщепленія должны были разойтись; этому расхожденію немало благоприятствовало давленіе брюшныхъ внутренностей сзади и сверху. Вслѣдствіе необычнаго прикрѣпленія брюшныхъ мышцъ должны были смѣститься къверху, съ одной стороны, мочевоі пузырь, затѣмъ матка и рукавъ, а съ другой стороны — наружные половые органы и промежность съ задне-проходнымъ отверстіемъ; одновременно съ этимъ, мочевоі пузырь, не встрѣчая опоры со стороны передней брюшной стѣнки, долженъ былъ, подъ вліяніемъ давленія кишекъ сзади, вывернуться кънаружн.

Что касается положенія крестцовой кости въ этомъ случаѣ, т. е. почему она не приняла положенія, свойственнаго ей въ большинствѣ расщепленныхъ тазовъ, и почему она непропорціонально массивна, — рѣшить съ положительностью невозможно; судя, однако, по величинѣ уродства, можно предположить, что какъ положеніе, такъ и массивность находятся, быть можетъ, въ связи съ болѣе позднѣею остановкою развитія. Малое вѣдреніе крестца между подвздошными костями можетъ быть отчасти, объяснено тѣмъ, что, вслѣдствіе уменьшенія ширины 2-го и увеличенія ширины 3-го кр. позвонка, образовалось, соотвѣтственно 2-му позвонку, по краямъ крестцовой кости, по вдавленію, что и помѣшало смѣщенію крестца внизъ. Увеличеніе толщины крыльевъ крестц. кости, уменьшеніе ширины ея основанія и ничтожная разница между шириною перваго и послѣдняго кр. позвонка объясняются или сдавливаніемъ подвзд. костями, которое обуславливалось стремленіемъ заднихъ остей къ сближенію, или тѣмъ, что зачатки крестцовой кости были сами по себѣ массивны. Обращаю, между прочимъ, вниманіе на замѣтное утолщеніе задней трети подвздошныхъ чешуѣй. Хотя поперечные діаметры таза увеличены, тѣмъ не менѣе, судя по отношенію разстоянія заднихъ остей къ переднимъ (1:3.6) и къ разстоянію между симфизными концами лонныхъ костей (1:1.6), растяженіе таза въ поперечномъ діаметрѣ немного больше нормальнаго и менѣе, нежели въ рахитическихъ плоскихъ тазахъ. Соотвѣтственно этому, а также и положенію крестцовой кости, если и существуетъ сплюсненіе таза въ передне-заднемъ діаметрѣ, то весьма незначительное. Конъюгата въ этомъ тазѣ отноется къ поперечному размѣру входа какъ 1:1.15, въ нормальномъ же тазу какъ 1:1.22. Слабое развитіе восходящихъ сѣдалищныхъ и нисходящихъ лонныхъ вѣтвей, быть можетъ, находится въ зависяности отъ отдаленности внутреннихъ половыхъ органовъ, вліяющихъ своимъ соедѣствомъ на ихъ ростъ. Просвѣчиваніе подвздошныхъ и вертлужныхъ впадинъ, по всей вѣроятности, обуславливается рахитомъ (?), о которомъ, къ сожалѣнію, ничего нельзя было узнать изъ анамнеза.

Не могу не привести сообщенный *Winkler*'омъ весьма интересный и единственный въ своемъ родѣ случай податливости передней стѣнки таза, обусловленной травмой въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ. Этотъ тазъ, составляющій прототипъ расщепленныхъ тазовъ, замѣчательнъ еще необычайною подвижностью правой половины таза въ крестцово-подвздошномъ сочлененіи.

Къ *Winkler*'у была приведена матерью 16½-лѣтняя дочь ея для опредѣленія, не представляетъ ли тазъ препятствіе для родовъ; подозрѣніе это было возбуждено тѣмъ обстоятельствомъ, что переднее колесо нагруженнаго воза переѣхало дочь ея, въ возрастѣ 1 года и 6 нед., между погами черезъ правую половину таза, послѣ чего, однако, уже черезъ 4 недѣли дочь ея также свободно ходила, какъ и прежде. На томъ мѣстѣ, гдѣ колесо переѣхало тазъ, рапы никакой не было, образовался только сильный кровоподтекъ; леченіе не потребовало никакой операціи и состояло только въ прикладываніи холодныхъ компрессовъ. Ни во время 4-хъ-недѣльнаго пребыванія въ постели, ни впоследствии не было ни кровотеченія изъ половыхъ органовъ, ни затрудненія при мочеиспусканіи, ни нагноенія, ни выхожденія секвестровъ; не было также рахита, и только на 11-мъ году она 20 нед. пробыла тифомъ Венскую, даже тяжелую, работу исполняла всегда легко, никогда не жадуясь на боль въ тазу.

Дѣвушка хорошаго тѣлосложенія, 155 см. роста; ни асимметріи тѣла, ни искривленія позвоночника нѣтъ, не хромаетъ, походка свободная. Размѣры таза: *Sp.* 21.0, *Cr.* 27.0, *Conj. ext.* 20.0, *d. obliq. dext.* 20.75, *d. obliq. sin.* 19.75, *d. troch.* 32.0, высота симфиза 5.0. Лобокъ смѣщенъ немного влѣво, сирава отъ него находится какъ бы вдавленіе. Лѣвая горизонтальная вѣтвь оканчивается по средней линіи тѣла свободнымъ краемъ; далѣе вправо—соотвѣтственно вдавленію—прощупывалась не кость, но мягкая масса, еще болѣе вправо опять находилась кость, свободный конецъ которой казался мозолисто утолщеннымъ. Черезъ влагалище удалось изслѣдовать переднюю стѣнку таза, причемъ можно было убѣдиться въ нижеслѣдующихъ измѣненіяхъ. Въ области вдавленія кость совершенно отсутствуетъ, она замѣнена толстою сухожильною тканью, которая при сближеніи конечностей легко вдавливается пальцемъ; во время сокращенія брюшнаго пресса этотъ промежутокъ замѣтно напрягается; напряженіе достигаетъ высшей степени при отведеніи бедеръ; до отведенія ихъ въ этотъ промежутокъ едва можно помѣстить два пальца, во время же отведенія два пальца помѣщаются въ пень свободно; разстояніе между двумя рагѣе определенными точками этого промежутка = 2.75, при отведеніи же бедеръ оно = 4.0. Съ увеличеніемъ промежутка увеличивается разстояніе остей на 1.0 и гребешковъ на 0.5; разстояніе между *sp. post. sup.* до отведенія бедеръ 8.0, причемъ на каждую половину таза приходится по 4.0, при отведеніи же ихъ—разстояніе *sp. post. sup.* = 7.5, причемъ на лѣвую половину приходится опять 4.0, на правую же—3.5. Все это вполне доказываетъ подвижность правой половины таза въ правомъ крестцово-подвздошномъ сочлененіи. Если сдавливать тазъ сильно съ боковъ, то *D. sp.* уменьшается на 0.75, а упомянутый промежутокъ замѣтно суживается.

При дальнѣйшемъ изслѣдованіи *Winkler* нашелъ, что вся правая горизонтальная вѣтвь замѣнена сухожильною тканью, такъ же какъ и правая половина симфиза, въ нижней части котораго, у лонной дуги, щупывается ограниченный подвижный участокъ напоминающій своею плотностью кость. Правая несходящая вѣтвь тоже сухожильна, къ пей примыкаетъ гибкій, хрящеватый участокъ, соединенный съ другой стороны съ костью. Лѣвая вѣтвь лонной дуги слегка вогнута. Въ остальномъ тазъ совершенно нормаленъ. До мыса можно было достигнуть только черезъ прямую кишку; черезъ влагалище онъ былъ недостижимъ для пальца, введеннаго на 10.5.

Въ виду всего сказаннаго отвѣтъ матери данъ былъ благопріятный. Несомнѣнно, что даже и нѣсколько болѣе нормальнаго развитой допоясанный плодъ могъ свободно пройти черезъ тазъ съ такими размѣрами и притомъ съ податливою правою половиною передней стѣнки таза.

Патогенезъ этого случая весьма теменъ. *Winkler* полагаетъ, что подъ вліяніемъ травмы, въ такомъ раннемъ возрастѣ, правая лонная кость оторвалась отъ симфиза, оставивъ обломокъ. Дальнѣйшимъ послѣдствіемъ травмы было нарушеніе питанія въ подлежащихъ тканяхъ, вслѣдствіе разможенія артерій, и остановка развитія правой лонной кости. Въ пользу этого объясненія говоритъ отчасти, во 1-хъ, присутствіе хрящеватаго участка и, во 2-хъ, анамнезъ, не указывающій, чтобы послѣ нанесенія травмы, выходили секвестры.

Расщепленными тазами заканчивается отдѣлъ неправильныхъ по величинѣ и по формѣ женскихъ тазовъ, расположенныхъ нами въ выше приведенныхъ пяти группахъ.

Но кромѣ этихъ неправильныхъ тазовъ съ типичнымъ входомъ, послужившимъ основаніемъ къ раздѣленію ихъ на группы, встрѣчаются еще тазы не принадлежащіе ни къ одной группѣ неправильныхъ тазовъ, но имѣющіе тѣмъ не менѣе весьма важное практическое значеніе какъ по отноше-

нію къ родовому акту, такъ и по отношенію къ жизни матери и плода. Тазы эти, не обладая типичностью, представляютъ большое разнообразіе; они могутъ быть большіе и малые, широкіе и суженные; въ то же время они представляютъ нѣкоторыя особенности, неимѣющія сами по себѣ никакого вліянія на величину и форму таза.

Къ такимъ тазамъ безъ опредѣленнаго типа принадлежатъ:

*VI* *Остистые тазы*, *VII* *тазы съ новообразованіями* и *VIII* такъ называемые „*закрытые*“ тазы.

#### **VI. Остистые тазы. Pelvis spinosa vel Akantopelys (Kilian).**

Остистые или остроугольные тазы получили свое названіе отъ заостренныхъ костныхъ возвышеній, называемыхъ остями. Чаще въ одномъ какомъ либо мѣстѣ таза, рѣже въ нѣсколькихъ мѣстахъ, находится родъ острыхъ иглъ, линий, гребешковъ, возвышеній или пластинокъ различной формы и величины, выдающихся болѣе или менѣе надъ поверхностью кости. Чаще всего они помѣщаются: на *tuberc. ileo-pectineum*, затѣмъ на верхнемъ краѣ горизонтальныхъ вѣтвей, образуя длинный заостренный гребешокъ, далѣе на *tuberc. pubis*. и вблизи крестцово-подвздошнаго сочлененія; въ остальныхъ частяхъ таза они встрѣчаются гораздо рѣже. Развитіе ихъ обуславливается, какъ показали изслѣдованія *Lambl'*я и *Luschki*'и, болшею частью прикрѣпленіемъ фасцій и сухожилій мышцъ. *Kleinwächter* же полагаетъ, что причиною ихъ развитія служитъ сифилисъ(?); какъ бы то ни было, между остями и экзостозами въ тазу, а также и остеофитами на внутренней поверхности черепа у беременныхъ — нѣтъ ничего общаго; ости встрѣчаются одинаково какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ, какъ на правильныхъ, такъ и на неправильныхъ тазакъ. Замѣчательно, что онѣ всего чаще встрѣчаются въ тазакъ суженныхъ и по преимуществу въ рахитическихъ.

Само собою разумѣется, что подобныя ости, осложняя данную неправильность таза, еще болѣе ухудшаютъ предсказаніе, такъ какъ во время родовъ онѣ могутъ не только случайно задержать головку, но и повести къ глубокому разможженію или даже къ прорывленію и къ полному разрыву матки и рукава.

Выше при описаніи нѣкоторыхъ тазовъ было уже упомянуто о такихъ остяхъ; здѣсь укажу для примѣра на одинъ (фиг. 128) изъ пяти остистыхъ тазовъ, описанныхъ *Kilian'*омъ (отцемъ); въ немъ правая *crista pubis* заострена, лѣвая же на протяженіи 12—13<sup>'''</sup> представляется гребешковидною, возвышенною на 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub><sup>'''</sup> и рѣжущею на подобіе ножа; подвздошно-лонныя бугорки гипертрофированы и шероховаты.

Кости этого таза плотны; размѣры всѣхъ отдѣловъ его нормальны, по по формѣ онъ принадлежитъ къ сердцевиднымъ и притомъ глубокимъ. Малый тазъ особенно глубокъ, высота его сзади 5<sup>''</sup>, по бокамъ 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub><sup>''</sup>—3<sup>3</sup>/<sub>4</sub><sup>''</sup>, спереди 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub><sup>''</sup>. Женщина, отъ которой добытъ *Kilian'*омъ этотъ тазъ, была беременна шесть разъ и умерла 38 лѣтъ отъ роду; въ первый разъ она родила преждевременно мацерированнаго младенца, въ четвертый разъ— въ срокъ при помощи щипцовъ. Во второмъ періодѣ послѣднихъ родовъ потуги вдругъ

приостановились. Назначенъ былъ растворъ буръ. Спусти 4 часа головка вѣдрилась въ полость таза, потуги возобновились и были сильны. Замѣтивъ бесполезность потугъ и зная вмѣстѣ съ тѣмъ, что больная рождаетъ большихъ дѣтей, д-ръ *Sack*, приглашенный вести роды, рѣшился наложить щипцы. Лѣвая ложка введена безъ затрудненій, но въ моментъ введенія правой головка вдругъ опустилась къ выходу; въ виду этого щипцы были сняты и роды предоставлены силамъ природы. Шапоръ головки на промежутокъ очевидно, потуги сильны, головка готова прорѣзаться, — роженица вскрикнула: „теперь дитя памираетъ“, и съ этими словами у нея появились упадокъ силъ и чувство при-

Фиг. 128.



ближенія смерти. Д-ръ *Sack* не усомнился въ случившемся разрывѣ матки. Приглашенный проф. *Kilian* наложилъ щипцы, но головка не подалась и роженица умерла. Онъ снялъ щипцы и сдѣлалъ чрезвѣщечіе. И въ этотъ разъ съ трудомъ извлеченъ 10-ти-фунтовый младенецъ съ необыкновенно большою головою и твердыми костями черепа. Вскрытіе убѣдило въ разрывѣ лѣвой половины матки, который начинался спереди близъ зѣва и козвенно простирался на тѣло матки, соответственно тому мѣсту, гдѣ оно примыкало къ острию вышеупомянутаго гребешка.

*Kilian*, выдѣлившій остистые тазы въ отдѣльную группу, полагаетъ, что многіе изъ нихъ остаются неузнанными, почему онъ совѣтуетъ, во веѣхъ случаяхъ внезапнаго разрыва матки безъ видимой причины, при вскрытіи удалять веѣ тазовые органы и тѣла и тщательно осматривать тазъ.

## VII. Тазы съ новообразованіями.

Опухоли, развивающіяся какъ въ полости малаго, такъ и большаго таза, тождественны съ опухолями, встрѣчающимися вообще на костяхъ всего скелета; онѣ встрѣчаются весьма рѣдко. Злокачественныя опухоли помѣщаются чаще на задней стѣнкѣ таза и на задней поверхности симфиза; остео-фибромы исходятъ б. ч. изъ боковыхъ стѣночекъ, энхондромы — нерѣдко также изъ передней стѣнки. Кромѣ этихъ опухолей встрѣчаются еще гиперостозы, экзостозы и остеофиты. Развиваясь изъ той или другой стѣнки таза, опухоли эти, не измѣняя формы таза, уменьшаютъ ёмкость его и служатъ препятствіемъ для прохожденія плода. Одиночныя небольшія, плоскія и гладкія опухоли, сидяція на широкомъ основаніи, не всегда представляютъ значительное препятствіе во время родовъ.

Подобный случай при вторыхъ, благополучно совершившихся родахъ мы наблюдали въ Академической клиникѣ въ 1863 г.,—плотный экзостозъ помѣщался на внутренней поверхности симфиза.

Но если подобныхъ костныхъ наростовъ, хотя и незначительной величины, находится нѣсколько и на различныхъ мѣстахъ таза, какъ это описываетъ *Kilian* или какъ это видно на одномъ экземплярѣ таза въ Прагѣ, то въ такомъ случаѣ они представляютъ значительное препятствіе во время родовъ, для окончанія которыхъ можетъ потребоваться не только наложеніе щипцовъ, но подчасъ и операціи, уменьшающія объемъ плода, и даже кесарское сѣченіе.

При распознаваніи небольшихъ опухолей, сидящихъ на задней стѣнкѣ таза вблизи мыса, легко смѣшать ихъ съ понизившимся мысомъ и, наоборотъ, понизившійся мысъ можно принять за опухоль таза. Опухоли, исходящія изъ боковыхъ стѣнокъ таза могутъ быть смѣшаны съ хроническимъ воспаленіемъ одного или обоихъ тазобедренныхъ сочлененій (см. ф. 130 и стр. 238).

Различныя опухоли, исходящія изъ тазовыхъ органовъ, смотря по величинѣ и плотности, могутъ также потребовать во время родовъ того или другого оперативнаго пособія.

Такъ и нашему наблюденію съ докторами *Этлингеромъ* и *Горайскимъ* въ 1861 г. представился случай, фиг. 129, совершенно подобный тому, который былъ описанъ *Merriman'омъ* въ 1821 году. Въ нашемъ случаѣ молодая дама Л... 26 л., перворождающая, была совершенно здорова до замужества и во время беременности. Во время родовъ, наступившихъ въ концѣ 1-го года замужества, дермоидная киста праваго яичника опустилась въ полость таза, ущемилась между мысомъ и головкою плода и образовала на оцнѣ весьма плотную и гладкую опухоль, которая занимала значительную часть (почти  $\frac{2}{3}$ ) тазовой полости и представляла непреодолимое препятствіе къ прохожденію плода. Несмотря на плотность опухоли, рѣшено было сдѣлать прободеніе ея въ части, всего болѣе выдававшейся во влагалище. Послѣ выпущенія около 6 фунтовъ коллоидной жидкости, опухоль уменьшилась и головка начала мало-по-малу опускаться. При изслѣдованіи, въ отверстіи прокола оказались волосы, которые при помощи зеркала и пинцета были извлечены въ значительномъ количествѣ. Нѣкоторые изъ нихъ были длиною около 10—12 см. Въ теченіи 20 часовъ, головка при правильныхъ потугахъ достигла выхода таза и почти начала прорѣзываться. Роженица внезапно стала жаловаться на боль живота, потуги сдѣлались неправильными при явномъ упадкѣ пульса, обморокахъ и рвотѣ. Сердцебіеніе плода, бывшее до сихъ поръ отчетливымъ, сдѣлалось неяснымъ. Немедленно приступлено къ положенію щипцовъ. Нѣсколькими тракціями извлеченъ мертвый младенецъ. Мать, спустя часъ послѣ окончанія родовъ, умерла отъ кровотеченія въ брюшную полость, вслѣдствіе разрыва тѣла матки. До родовъ никто изъ насъ не видѣлъ больную. Докторъ *Горайскій* былъ приглашенъ на 3-й день родовъ.

Мнѣ пришлось кромѣ того наблюдать еще два совершенно тождественныхъ случая и одинъ случай, въ которомъ препятствіемъ для родовъ служилъ фиброидъ матки. Въ первыхъ двухъ случаяхъ киста яичника, величиною въ голову взрослого человѣка, занимала полость таза, и многорожавшія, въ теченіи многихъ часовъ, не могли разрѣшиться. По вправленіи кисты, подъ хлороформомъ, роды въ обонхъ случаяхъ окончились силами природы въ теченіи получаса.

Въ третьемъ случаѣ у 35-лѣтней женщины, беременной въ 4-й разъ, почти вся полость малаго таза была выполнена твердою, гладкою, малоподвижною и малочувствительною опухолью; влагалищную часть шейки едва можно было достать надъ верхнимъ краемъ симфиза. Нѣсколько лѣтъ т. п. *Scanzoni* опредѣлилъ у нея опухоль на ретровертированной маткѣ. Подъ хлороформомъ мнѣ удалось вправить опухоль введенными



въ рукавъ двумя пальцами, причѣмъ она проскользнула вверхъ по правому крестцово-подвздошному сочлененію. Послѣ вправленія опухоли, нижній сегментъ матки, увеличенной соотвѣтственно 8-му мѣсяцу беременности, опустился совмѣстно съ баллотированною головкою пемного въ полость таза; каналъ шейки свободно проходитъ до *os int.*

Фиг. 129.



Черезъ брюшныя стѣнки прощупывается, справа отъ матки, неволиѣ отдѣляющаяся отъ нея фиброзная опухоль шириною въ 15 и длиною въ 12 см.; слѣва у дна помѣщается другая фибро-миома съ широкимъ основаніемъ, величиною въ голубиное яйцо.

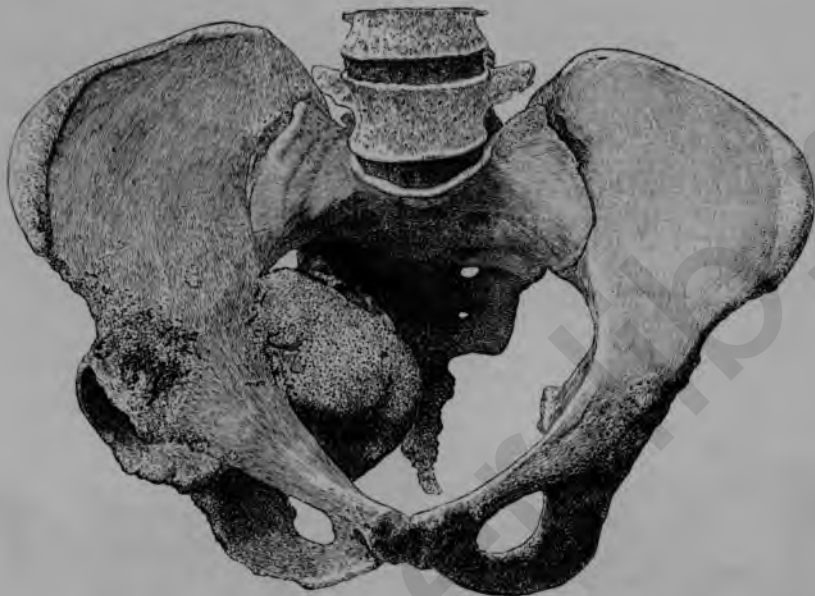
Хотя сокращенія матки, вызванныя вправленіемъ, и прекратились черезъ 3 дня, тѣмъ не менѣ чувствительность опухоли, въ теченіи двухъ недѣль, усилилась настолько, что не позволяла беременной двигаться. Въ виду этого возбуждены преждевременные роды сперва помощью горячихъ душь и затѣмъ, послѣ неудачи, повторнымъ введеніемъ кольеприптера; послѣ излитія водъ сокращенія матки усилились и роды окончились черезъ 10 часовъ. Послѣродовой періодъ протекъ благополучно. На 13-й день родильница выписалась изъ Сиб. Род. Зав. здоровою вмѣстѣ съ слабо развитымъ ребенкомъ. Во время пребыванія ея въ Род. Зав. опухоль уменьшилась едва на  $\frac{1}{2}$  см.; она помѣщалась широкимъ основаніемъ на задне-правой стѣнкѣ матки.

Для примѣра опухолей, исходящихъ изъ стѣнокъ таза, привожу слѣдующіе шесть тазовъ (фф. 130, 131, 132, 133, 134 и 135), изъ

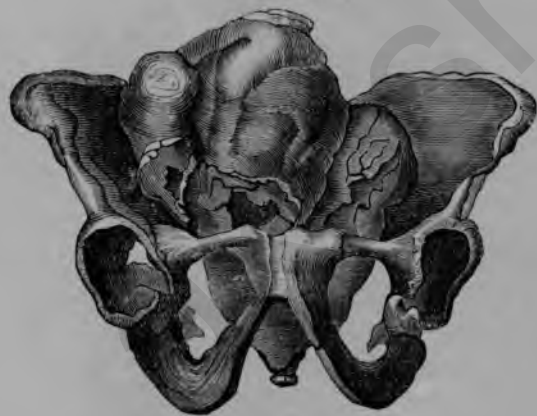
которыхъ тазъ *Stadler'a* и *Hecker'a* (ф. 130) нахожу полезнымъ привести болѣе подробно; роды, какъ при этомъ, такъ и при слѣд. за нимъ двухъ тазахъ (ф. 131 и 132), окончены кесарскимъ сѣченіемъ.

Фигура 130 представляетъ тазъ съ правостороннимъ хроническимъ кокситомъ, добытый д-ромъ *Stadler'омъ* изъ трупа 35-лѣтней первородящей, умершей спустя 14 ч. послѣ кесарскаго сѣченія. Вырѣзанный тазъ былъ отосланъ въ Мюнхень къ профессору *C. Hecker'у*, который и описалъ его (ор. cit).

Фиг. 130.



Фиг. 131.



Фиг. 132.



Фиг. 131. Тазъ, описанный *Naegle*, съ громаднымъ экзостозомъ, который развился изъ крестцовой впадины и, занявъ значительную часть малаго таза, поднялся черезъ входъ въ большой тазъ. Ф. 132. Тазъ, описанный *Shekleton'омъ*, съ огромною остеоомою.

„Крѣпкаго тѣлосложенія женщина на 17-мъ г., по всей вѣроятности вслѣдствіе неудачнаго прыжка, заболѣла воспаленіемъ праваго тазо-бедреннаго сочлененія, послѣ чего она замѣтила незначительное укороченіе правой ноги и ограниченную подвижность праваго тазобедреннаго сочлененія. Въ половинѣ беременности она двѣ недѣли провела

въ постели, по причинѣ сильной боли въ пострадавшей конечности. Приглашенному на роды д-ру *Stadler*'у повивальная бабка сообщила, что, несмотря на 13-часовую продолжительность родовъ и усилившіяся послѣ истечения водъ (8 ч. отъ начала родовыхъ болей) маточныя сокращенія, роды нисколько не подвигаются впередъ; что, несмотря на повторное изслѣдованіе, она не могла достигнуть зѣва матки и что ей никогда не приходилось находить такую твердую, какъ она полагала, предлежащую головку. Съ помощью наружнаго изслѣдованія опредѣлено II-ое затылочное положеніе. Введенные въ рукавъ два пальца тотчасъ же наткнулись на тѣсно прилегающую къ правой стѣнкѣ полости малаго таза твердую какъ камень опухоль, которая настолько выполняла полость таза, что между лѣвою стѣнкою его и опухолью можно было помѣстить лишь *два* поперечныхъ пальца. Открытый на два пальца зѣвъ матки помѣщался такъ высоко, что его едва можно было достигнуть верхушкою 3-го пальца; за зѣвомъ прощупывалась головка.

„Въ виду такого суженія *ex consilio* рѣшено было произвести кесарское сѣченіе. Операніи произведена съ соблюденіемъ антисептики. Вслѣдъ за разрѣзомъ передней стѣнки матки появилось колоссальное кровотеченіе, которое могло быть остановлено только перевязкою болѣе крупныхъ сосудовъ и быстрымъ шиваніемъ раны, послѣ особенно труднаго извлеченія слегка асфиктическаго мальчика и по удаленіи послѣда. Новорожденный вскорѣ былъ оживленъ; вѣсъ его 3625 грм. Несмотря на принятые мѣры, развился острый перитонитъ и черезъ 14 ч. послѣ операнія родильница умерла. При вскрытіи, послѣ удаленія тазовыхъ органовъ оказалось, что вся костная опухоль покрыта довольно плотнымъ и толстымъ слоемъ жира, который, къ сожалѣнію, второпяхъ былъ большею частью удаленъ

Фиг. 133.



Фиг. 134.



Ф. 133. Тазъ *Scanzoni*, съ губчатымъ костнымъ наростомъ величиною въ дѣтскую головку, развившимся съ наружной стороны правой сѣдалищной кости и впѣдвившимся черезъ *for. obturat.* въ полость малаго таза. Ф. 134. Тазъ съ громадною раковою опухолью (см. *Ed. Martin*, *op. cit.*).

„Скелетированный тазъ сохраняется въ патолого-анатомическомъ кабинетѣ въ Мюнхенѣ; вѣсъ его съ верхнею  $\frac{1}{3}$  бедеръ 1180 грм. Тазъ вообще правильной формы, входъ слегка асимметричный; емкость таза даже увеличена, напр.  $K = 12.0$ . Измѣненія правой стѣнки таза весьма рѣзко бросаются въ глаза, они обусловлены хроническимъ страданіемъ кости; лѣвая половина таза совершенно нормальна. Верхушка головки праваго бедра не представляется нормально закругленною; на поверхности ея, какъ при *Malum coxae senile*, существуютъ различной величины отгипсованныя площадки. Свободный край правой верхлужной впадины, по причинѣ равномернаго отложенія новообразованной костной массы, выдается болѣе чѣмъ на 1.0 надъ поверхностью; въ области раз-

решаюся такимъ образомъ края вертлужной впадины, на наружной поверхности правой подвздошной кости, находится значительное сталактитообразное отложение твердой костной массы губчатого вида то въ формѣ остеофитовъ, то въ формѣ грибовидныхъ, или расположенныхъ въ видѣ колонокъ, костныхъ перекладнѣ. *Os ilei* представляется, въ этомъ мѣстѣ, незначительно гипертрофированною. На внутренней поверхности правой стѣнки таза, начиная отъ *linea arcuata interna dextra*, въ просвѣтъ таза вдается костная опухоль, которая сливается съ *spina ischii dextri* и достигающая узкой части малаго таза. Опухоль, какъ видно на фиг. 130, занимаетъ всю боковую стѣнку правой половины таза; она плотна какъ кость, поверхность ея испещрена массою мелкихъ отверстій; окружность ея 15.0, высота 7.7. Размеры таза: D. sp. 26.0. D. cr. 29.0, conj. ext. 17.0 (?) conj. diagon. 13.2, K=12.0, попер. разм. входа (отъ верхушки опухоли) 9.7, правый косой 13.9, лѣвый косой 12.8. Прямой широкой части 13.0, поперечный (отъ опухоли) 6.2. Прямой узкой части 11.5, поперечный 5.3. Прямой выхода 11.0, поперечный—9.8. Въ этомъ тазу, какъ видно, значительно укорочены поперечные діаметры входа и широкой части полости—почти на 4.0; болѣе укороченъ поперечный разм. узкой части, менѣе же всего поперечн. разм. выхода (только на 1.2).

Фиг. 135.



Ф. 135. Тазъ *Leopold'a* съ экзостозомъ въ видѣ длинной иглы на лѣвой подвздошной впадинѣ.

„При такой степени суженія малаго таза невозможно было и думать о рожденіи доношеннаго младенца *per vias naturales*, поэтому въ данномъ случаѣ несомнѣнно было показаніе произвести именно кесарское сѣченіе, а не какую либо другую операцию, такъ какъ перфорация головки съ послѣдующею кефалотриксисю или краниоклазією, встрѣтила бы непреодолимое препятствіе, не говоря уже о томъ, что пришлось бы пожертвовать жизнью плода, не улучшая тѣмъ предсказаніе относительно исхода родовъ

для матери. Быть может, операция *Porro* была бы здѣсь болѣе умѣстна, во 1-хъ потому, что она никогда не сопровождается такимъ колоссальнымъ кровотеченіемъ, отъ котораго, собственно говоря, въ данномъ случаѣ и умерла роженица, и во 2-хъ потому, что прогнозъ при операциіи *Porro*, какъ кажется, болѣе благоприятенъ, нежели при кесаревомъ сѣченіи по старому способу“.

Привожу случай родовъ съ опухолью, исходившею изъ лѣвой горизонтальной вѣтви лонной кости, сообщенный профес. *А. Макъевымъ* въ Москвѣ.

Здоровая женщина, по ремеслу прачка, \* два раза рожала благополучно. Вскорѣ послѣ вторыхъ родовъ она замѣтила надъ правую горизонтальною вѣтвью небольшую опухоль, причинявшую ей вначалѣ тупую, ноющую боль, которая однако вскорѣ прекратилась, почему она и перестала обращать вниманіе на опухоль. Третьи роды начались въ срокъ, воды истекли въ теченіи первыхъ сутокъ; несмотря на постоянно сильныя боли, роды не подвигались впередъ. Измученная, со слабымъ пульсомъ, она поступила въ Московскую университетскую клинику черезъ трое сутокъ отъ начала родовыхъ болей. При осмотрѣ живота сейчасъ же бросилась въ глаза довольно глубокая желобоватая бороздка, начинавшаяся на уровнѣ пупка, нѣсколько вправо отъ него, и направлявшаяся влѣво и внизъ; эта бороздка раздѣляла животъ на двѣ части: верхнюю шаровидную, въ которой помѣщалось дно матки, и нижнюю болѣе плоскую, занятую твердую какъ кость, слегка выпуклою въ нижнемъ отдѣлѣ опухолью, которая начиналась на 1 поп. пал. ниже пупка и, направляясь къ лѣвой сторонѣ симфиза, переходила на лѣвую горизонтальную вѣтвь; большая часть опухоли помѣщалась справа; до праваго гребенка она не доходила на 1 и до лѣваго—на 3 поп. пальца; поперечный размѣръ ея 15.0, продольный (по бѣлой линіи) 12.0. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено, что на всемъ протяженіи горизонтальной части лонной кости находится возвышеніе толщиной около 3.0, переходящее въ вышеописанную опухоль, главная масса которой направлялась къ задней стѣнкѣ таза и выполнила большую часть правой половины малаго и большаго таза, вслѣдствіе чего для прохода младенца оставалась свободною только лѣвая половина таза. *Conj. spuria* 7.0—7.5. Такъ какъ матка была вполне открыта, то тотчасъ же подъ хлороформомъ приступлено къ прободенію высокостоящей надъ входомъ и подвижной головки живаго младенца. Роды окончены извлеченіемъ головки помощію наложеннаго на нее краниокласта, причѣмъ головка проведена была черезъ лѣвую половину таза. На 10-й день родильница выписалась здоровою.

### VIII. Закрытые тазы. *Pelvis obtecta.*

Такъ называются тазы, въ которыхъ входъ въ малый тазъ затрудненъ сильно искривленными впередъ поясничными позвонками. Названіе это относится собственно къ спондилолистетическимъ тазамъ въ которыхъ, по причинѣ соскальзыванія V поясн. позвонка, остальные поясничные, а иногда и послѣдніе грудные позвонки образуютъ, какъ извѣстно, лордотическую дугу, достигающую своею выпуклостью нерѣдко симфиза, причѣмъ наиболѣе выпуклая часть лордоза помѣщается во входѣ или даже ниже его и такимъ образомъ закрываетъ входъ. Не вижу основанія, почему къ закрытымъ тазамъ не причислять, разъ терминъ, этотъ принятъ, и тазы съ рахитическимъ лордозомъ (см. выше, случай *G. Braun'a* и *A. Kilian'a*). Въ практическомъ отношеніи почти совершенно безразлично, какаго бы происхожденія ни былъ лордозъ, такъ какъ въ томъ и другомъ случаѣ подлежащая часть встрѣчаетъ одинаковое препятствіе. Возможность вставленія головки зависитъ конечно отъ

степени закруженія входа, т. е. отъ степени лордоза, который самъ по себѣ отнюдь не служитъ указаніемъ на спондилолистезъ. Совмѣстное существованіе лордоза съ уменьшеннымъ наклоненіемъ таза говоритъ въ пользу спондилолистеза, увеличенное же наклоненіе таза при той же степени искривленія поясничныхъ позвонковъ впереди говоритъ въ пользу рахитическаго лордоза.

*Добавленіе I.* Переломы тазовыхъ костей срастаются большею частью неправильно, послѣдствіемъ чего является неправильная форма таза. Переломы лонныхъ костей, а также верхняго праваго или лѣваго крыла крестцовой кости, ведутъ къ образованію косаго таза. Подобные тазы встрѣчаются весьма рѣдко, потому что внѣшнія причины, могущія произвести переломъ, причиняютъ обыкновенно тяжелыя поврежденія какъ въ мягкихъ частяхъ, окружающихъ тазъ, такъ и въ брюшныхъ и тазовыхъ органахъ, вслѣдствіе чего больныя обыкновенно умираютъ, хотя были случаи и выздоровленія. Замѣчательно, что при заживленіи переломовъ, вблизи сочлененій тазовыхъ костей, находили отложеніе костныхъ элементовъ въ сочлененіяхъ и затѣмъ полное ихъ окостенѣніе. Примѣромъ этого можетъ служить тазъ, фиг. 136, описанный профессоромъ *Otto*.

Фиг. 136.



Въ этомъ случаѣ при первыхъ родахъ, на 4-й день отъ начала ихъ, однимъ врачомъ наложены были щипцы на головку мертваго плода. Послѣ выздоровленія, на 20-ой недѣлѣ, осталось недержаніе мочи. Родильница перенесла сильное воспаленіе матки. Въ это время въ гноѣ, истекавшемъ въ большомъ количествѣ изъ влагалища, найдены были секвестры. Спустя два года она снова забеременѣла. Наложеніе щипцовъ и прободеніе головки оказались безуспѣшными и роженица умерла, не разрѣшившись отъ бремени. При вскрытіи кромѣ 10-ти-фунтоваго младенца, разрыва матки и другихъ поврежденій въ мягкихъ частяхъ таза, найдены еще *переломъ правой горизонтальной вѣтви лонной кости*, вблизи лоннаго сочлененія, вслѣдствіе чего произошло *окостенѣніе и полное сращеніе какъ лоннаго, такъ и праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія*. Переломъ произошелъ при первомъ наложеніи щипцовъ. Тазъ обще-суженный косою, вытянутъ во входѣ и въ выходѣ по правому косому діаметру. Діаметры таза: Cr. 10", Sp. 8" 3'", K. 3 1/2". Самый короткій діаметръ соответствовалъ разстоянію мыса отъ правой лонной вѣтви— 2"; поперечный входа 4" 5"', правый косою 4 1/2", лѣвый косою 3 1/2".

Въ музеѣ *Dupuytren'a* хранится тазъ, въ которомъ сложный переломъ вертлужной впадины съ раздробленіемъ ея зажилъ мозолью, выдающеюся на 4.0 въ полость таза.

Такіе неправильно сросшіея переломы могутъ быть приняты за опухоли, исходящія изъ стѣнокъ таза, и такъ же какъ и послѣднія препятствовать прохожденію плода, а потому и потребовать оперативнаго окончанія родовъ.

Профессоръ *A. W. Otto* описалъ нормальный по формѣ и величинѣ женскій тазъ, замѣчательный тѣмъ, что головки бедеръ глубоко вдавлены въ вертлужныя впадины, вслѣдствіе чего дно послѣднихъ (правое на  $1\frac{1}{2}$ " , а лѣвое на  $\frac{3}{4}$ " ) вдается въ просвѣтъ таза. На верхушкѣ выпяченнаго въ видѣ опухоли дна вертлужной впадины ( $2\frac{3}{4}$ " въ діаметрѣ у основанія) находится небольшое отверстіе. Правая вертлужная впадина настолько глубока, что въ ней, кромѣ головки бедра, вмѣщается вся нормально длинная шейка ея, причемъ большой вертлугъ сочленяется съ верхнимъ краемъ вертлужной впадины, а малый, при разгибаніи бедра, заходитъ на сѣдалищный бугоръ; вслѣдствіе этого движеніе праваго бедра было значительно затруднено, бедро могло быть только немного повернуто внутрь и слегка флектировано. Движеніе лѣвымъ бедромъ было еще болѣе ограничено костными разроженіями на шейкѣ бедра, на томъ мѣстѣ, гдѣ она соприкасалась съ краемъ суженнаго отверстія вертлужной впадины. Стоять эта женщина могла не иначе, какъ согнувъ тѣло подъ прямымъ угломъ. *Ligg. transv.* обѣихъ вертлужныхъ впадинъ представляются окостенѣвшими. Правое крестцово-подвздошное сочлененіе анкилозировано на нѣкоторомъ протяженіи.

*Ch. Hewitt Moore* описалъ тазъ одного каменотеса, на котораго за нѣсколько лѣтъ до смерти упала тяжелая балка, вслѣдствіе чего произошелъ переломъ правой сѣдалищной и лонной кости, и переломъ лѣвой вертлужной впадины, причемъ часть головки лѣваго бедра проникла въ тазъ.

*Добавленіе II.* Благодаря подвижности сочлененія копчика съ крестцовой костью, прямой діаметръ выхода, какъ извѣстно, удлиняется во время родовъ, поэтому неподвижность этого сочлененія можетъ замедлить прорѣзываніе головки; препятствіе будетъ еще значительнѣе, если копчикъ въ то же время окажется вывихнутымъ кпереди.

Намъ нѣсколько разъ приходилось наблюдать продолжительную задержку головки въ узкой части полости малаго таза, обусловленную вдавшимся въ просвѣтъ таза копчикомъ, сросшеннымъ съ крестцовой костью; съ усиленіемъ потужной дѣятельности это препятствіе большею частью преодолевается, причемъ намъ не разъ приходилось слышать трескъ, какъ бы отъ перелома, въ моментъ выхожденія головки. Въ одномъ только случаѣ анкилоза копчика были наложены щипцы, причемъ во время тракцій ясно слышенъ былъ трескъ; по извлеченіи плода пайденъ былъ переломъ анкилоза копчика. Въ остальныхъ же случаяхъ, окончившихся силами природы, ни перелома копчика, ни вдавленія на головкѣ младенца намъ не приходилось наблюдать.

*Wagner* описалъ случай, въ которомъ существовали не только анкилозъ копчика съ крестцомъ, но и окостенѣніе *Ligg. sacro-coccygea antica et postica*. Въ случаѣ *Behrends*'а окостенѣніе ограничивалось началомъ и концемъ *Ligg. tuberoso et spinoso-sacral*. У *Sömmering*'а описанъ тазъ съ окостенѣніемъ остисто-крестцовой связки.



Л И Т Е Р А Т У Р А.

Ayres. Meckel's Handb. d. patholog. Anat. T. I, p. 705. Aitken. Edinb. 1784. Ahlfeld. Bestimmung d. Grösse u. d. Alters d. Frucht. Arch. f. Gynaek. Bd. II, p. 352. Ahlfeld. Berichte u. Arbeiten etc. Leipzig 1833. Ahlfeld. Pelvis inversa. Arch. f. Gynaek. Bd. XII, Hft. 1. Ahlfeld. Ein Beitrag zur Therapie b. engem Becken. Ibid. Bd. VI, Hft. 3. Ammon. D. angeborene chirurg. Krankh. d. Menschen etc. Berlin 1842. Anward. Journ. d'Accouchement № 24, 1883. Baginsky. Rachitis. Tübingen 1882. Bailly. Cyphose. 1869. Баландинъ. О прохожденіи норм. кривизнъ позвоночника у человека. Сиб. Двс. 1871. Balandin. Klinische Vorträge. Hft. 1. St.-Pctb. 1883. Barnes. On spondylolisthesis etc. Obst. Trans. Vol. VI, p. 78, 1865. Baudelocque. Principes sur l'art des accouchem. etc. Paris 1775. Billeter. Inaug. Diss. Zürich 1862. Birnbaum. Ein Becken mit Ueberhebung d. Lendenwirbel etc. Monatsschr. f. Gebkd. 1869. Bd. XXI, p. 340. Blachez. Grossesse compliquée de tumeurs. Arch. d. Tocolog. 1879. Blasius. Spondylolisthesis in Folge von Caries lumbosacralis. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XXXI, Hft. IV. Bonnet. Philosoph. Transact. 1724. Vol. 33, № 384. Boissard. De la forme de l'excavation pelvienne etc. Paris 1884. Bouvier. Leçons s. l. maladies d. l'appareil locomoteur. Paris 1858. C. Braun. Lehrbuch d. gesammten Gynaekologie. Zweite Auflage. Wien 1881. G. Braun. Spondyloparembolie. Wiener med. Wochenschr. № 24—26, 1857. G. Braun. Erfahrungen über seltene nicht verschiebbare Beckentumoren. Ibid. № 4, 1863. E. Braune. Ein Fall v. trichterförmigem Becken. Arch. f. Gynaek. Bd. III, p. 154. Бредовъ. (Кесарское сечение при остеомалиціи). Пророк. Общ. рус. врач. Сиб. 1862. Breisky. Beiträge z. geburtsh. Beurtheilung d. Beckenausganges. Med. Jahrb. Bd. XIX, Hft. 1. 1870. Breisky. Zur Diagnose d. spondylolisthetischen Beckens an d. lebenden Frau. Arch. f. Gynaek. Bd. IX, Hft. 1. Breisky. D. extramediane Einstellung d. Kindskopfes etc. Prag. Vierteljahrschr. 1869, p. 58. См. также Arch. f. Gynaek. Bd. I, p. 173. Breisky. Ueber d. Einfluss d. Kyphose etc. Wiener med. Jahrb. 1865. Breslau. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. VI, p. 457. Breslau. Ibid. B. XVIII, p. 411. Brunneau. D. tumeurs fibreuses du bassin etc. Thèse. Strassb. 1863. Busch. Atlas. Berlin 1834. Busch u. Moser. Handbuch d. Geburtskunde. Bd. I, p. 332. Büttner. Beschreib. d. inneren Wasserkopfes etc. Königsberg 1776. Byford. On mens. of the pelv. Americ. Journ. LXXXI, p. 292. Calmel. Des vices d. conf. du bassin etc. Thèse. Montpellier 1863. Casati. Sulla osteomalacia, oss etc. Milano 1871. Chantreuil. Etudes s. les difformités d. bassin chez les kyphot. Thèse. 1869. Chantreuil. Gaz. hebdom. 1870. Chopmann. Arch. d. Tocolog. 1881. Charpentier. Traité prat. d'Accouchements. Paris 1883. Chiara. Indicazioni che presento i vizi pelvici durante la gravidanza. Tesi di Torino. Paris 1864. Chiara. La evolutione spont. etc. Milano 1878. Chiari. Tumoren d. weiblich. Beckens. Allg. Wiener med. Zeitschr. p. 43. 1878. Choisis. Les vices d. conf. du bassin etc. Thèse de Paris. 1878. Comelli. Arch. univ. di med. et chirurg. 1875. Crève. Von d. Krankheiten d. weiblichen Beckens. Berlin 1795. Crouzat. De la mensurat. du Diamètre promontopubien. Gaz. des hôpít. 1882. No. 27. Crouzat. Progrès méd. 1882. No. 34. Cuzzi. Щипцы и поворотъ при тазѣ Naegle. Отд. отпечатъ изъ Giornale internaz. di scienze mediche. Napoli 1881. Czarda. Pelvigoniometer. Illustr. Vierteljahrschr. d. ärtz Polytechn. p. 64, 1881. Danyau. Nouvelles observations etc. Journ. d. chirurgie p. Malgaigne. Mars, p. 75. 1845. Dawson. Обще-равномерно-сжуженный тазъ. Краниотомія Смерть. Amer. Journ. of obstetr. Nov. 1883. Depaul. Examen comparatif de deux bassins vicieés etc. Bull. d. l. Soc. anat. p. 122, 1881. Depaul. Dict. encyclop.; article Bassin. Didier. Thèse. Strassburg. 1874. Dohrn. Ueber d. Beziehung zwischen Conj. ext. u. Conj. vera. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. XXIX, p. 291. Dohrn. Die Erkenntniss d. Conj. vera aus d. Masse d. Conj. diag. Ibid. XXX, p. 241. Dohrn. Ueber Beckenmessung. Volkman's Samml. klinisch. Vorträge. № 11. Dohrn. Zur Kenntniss d. allgemein zu weiten Becken. Arch. f. Gynaek. Bd. XXII, Hft. 1. Drachmann. Hosp. Tidende. 2. R. VII. 1880. Drouineau. Thèse de l'osteomalacie. Strasb. 1861. Duncan. Illustr. and Corroborat. of the Principles etc. Reseaches in Obst. Edinbg. p. 113, 1866. Duncan. Trans. of Obst. Soc. London. XII, p. 151. Dupuytren. Repert. d'Anat. et de Phys. 1826. Dupuytren. Leçons

orales d. clinique chirurgicale. T. III. Art. VIII, p. 205. Paris 1832. Eberth. Die fötale Rachitis. Leipzig 1871. Ender. Spondylolisthesis. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. 1869. Bd. XXXIII, p. 247. Engel. D. Wirbelsäulekrümmungen. Wiener med. Wochenschr. 1868—72. Engel. D. coxalgisches Becken. Ibid. 1872. Engelken. Merkwürdige Form von platten Becken. Inaug. Abhandl. München 1878. Fabbri. Descrizione di una pelvi etc. Bologna 1861. Fabbri. Del baccino obliquo ovale. Memor. terza. Bologna 1870. Fallenius. Zur Diagnose d. Beckens Giessen 1858. Fassbender. Ueber d. pseudo u. rachitisch osteomalatisches Becken. Zeitschr. f. Gebkd. u. Gynaek. Bd. II, Hft. 2. Fehling. Pelvis obtecta. Arch. f. Gynaek. Bd. IV, Hft. 1. Fehling. Die Form d. Beckens beim Foetus u. Neugeborenem etc. Arch. f. Gynaek. Bd. X, Hft. 1. Feist. Ueber d. Mechanismus d. Geburt in mässig verengten rachitischen Becken. Schmidt's Jahrb. 1864. Bd. 121. Феноменовъ. Къ учению о кифотическомъ тазѣ etc. Дисс. Сиб. 1880. Férié. Coxalgie. Soc. anat. 1877. Fischel. Ueber Frequenz u. Prognose d. Geburt bei engem Becken. Allgemeine Wiener med. Zeitung № 42, 1882. Frey. Beitrag zur Beckenmessung mittelst biegsamer Stäbe. Inaug. Diss. Strassburg. 1880. Eritsch. Ein durch Fractur schräges Becken. Halle 1879. Fritsch. Klinik d. geburtshülflichen Operationen. 1880. Frolicp. Zwei Typen des weibl. Beckens. Beiträge f. Gynäk. 1883. Festschr. z. Credé's Jubil. Fürst. Rachitisches Becken mit doppeltem Promontorium. Arch. f. Gynaek. Bd. VII, Hft. 3. Fürst. Die Maass- u. Neigungsverhältn. d. Beckens etc. Leipzig 1875. Гарфункель. Обь измѣрении выхода таза. Дисс. Сиб. 1876. Germann. Ueber innere Beckenmessung etc. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. Supplem. XVIII, p. 174. Гинцбургъ. О расценлен-помъ тазѣ etc. Московск. мед. Газ. № 18, 1873. Göth. Ueber genauere Bestimmung d. Winkels etc. Arch. f. Gynaek. B. XXI, Hft. 3. Goodell. The Mechanism of natural etc. Transact. of the intern. med. congr. of Philadelphia p. 777, 1877. Grawitz. Ueber d. Ursachen d. angebor. Hüftgelenkverrenk. Virch. Arch. Bd. 74, Hft. 1. 1878. Graefe. Zwei foetal-rachitische Becken. Arch. f. Gynaek. Bd. VIII, p. 500. De-Grient-Dreux. De sceloto puellae osteomal. e mort. Grening. 1844. Grenser. Ein Fall von querverengtem Becken. Diss. inaug. Leipzig 1866. W. Gruber. Neue Anomalien etc. Berlin 1849. Gruner. Ueber d. Werth äusser. Schrägmaasse d. grossen Beckens. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. XXXIII, p. 478. Guérin. Mémoires sur les caractères génér. du rachitisme. 1839. Gurlt. Ueber einige durch Erkrank. d. Gelenkverbind. verursachte Misstaltungen d. menschl. Beckens. Berlin 1854. Gusserow. Beitrag zur Lehre von schrägverengt. Becken. Arch. f. Gynaek. Bd. XI, Hft. 2. Gusserow. Bemerkungen etc. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. Bd. XXIII, p. 328. Gusserow. Beitrag zur Lehre von d. Osteomalacie. Ibid. Bd. XX, p. 19. Hamilton. Traité des fractures et des luxations. Paris 1883. Hardies. Obst. Journ. of Great Britain. 1874. Hayn. Beiträge z. Lehre v. schrägvalen Becken. Königsberg 1852. Hausmann. Ueber Echinococcus als Geburtshinderniss. Arch. f. Gynaek. Bd. XII, Hft. 1. Hecker. Ueber eine durch rechtsseitige chron. Coxitis in hohem Grade verengt. Becken. Arch. f. Gynaek. Bd. XVII, p. 41. Hecker. Ein schrägverengt. Becken mit durch chron. Entz. bedingt. Synostose d. rechten Kreuzdarmbeinfuge. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. Bd. VII, p. 6. Henning. Die höheren Grade d. weiblich. Osteomalacie. Arch. f. Gynaek. Bd. V, Hft. 3. Henning. Weibliches Becken aus vorchristlicher Zeit. Ibid. Bd. VIII, p. 365. Henriounet. De l'engagement d. l'extrémité pelvienne etc. Thèse. Paris 1884. Hergott. Spondylizeme. Arch. de Tocolog. 1877. Howitz. Ein Instrument z. Messung d. Beckens. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. Bd. XIX, p. 355. Hoening. Beiträge z. Lehre von kyphotisch verengt. Becken etc. Bonn 1870. Hofmeier. Zur Casuistik d. Stachelbeckens etc. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. X, Hft. 1. Hohl. Zur Pathologie d. Beckens. Leipzig 1852. Holst. Fall von schrägverengtem Becken. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. Bd. I, p. 1. 1853. Hubert. Développement du bassin. Bruxelles 1856. Hubner. Beschreibung zweier part. Kindll. Becken etc. Marburg 1851. E. Hueter. Lumbosacralkyphot. Becken. etc. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. V, Hft. 1. C. Hueter. Disputatio de singulare exemplo pelvis forma infantili etc. Marburgi 1837. Hugenberger (Москва). Ein schräg-ovales, rachitisch-hydror-rhachisches Becken. Arch. f. Gynaek. Bd. XIV, Hft. 1. Hugenberger (Москва). Ein kyphotisch querverengtes Becken. St.-Petersb. Med. Zeitsch. Bd. XV, Hft. 4. 1868. Hu-

genberger. Fall flexiler Halisterese. *Ibid.* Neue Folge. 1872. Bd. III, Hft. 1. Hunnius. De pelvi oblique ovata. Diss. inaug. Dorpatensi 1851. E. Huter. Un nouveau bassin couvert etc. Diss. inaug. Strashourg 1878. Joerg. Verkrümmungen d. menschlichen Körpers. Leipzig 1816. Jones. Quelques considérations pratiques etc. Paris 1864. Kabierske jun. Ueber d. Bestimmung d. Conj. vera etc. *Centrbl. f. Gynaek.* 1883, № 28—40. Kassowitz. Abhandl. ueber Rachitis. Abth. I, Wien 1882. Kassowitz. Die Ursachen d. Gelenkschlaffheit bei d. Rachitis. *Centralbl. f. Chirurgie*, 1882. № 24. Kézmarysky. Ein neuer Fall v. Erweiterung d. osteomalat. Beckens während d. Geburt. *Arch. f. Gynaek.* Bd. IV, Hft. 3. Kehrer. Zur Entwickel. d. rachitisch. Beckens. *Ibid.* Bd. V, Hft. 1. Kehrer. Ein portativer Tastzirkel. *Ibid.* Bd. II, Hft. 1. Kehrer. Pelicologische Studien. Hft. 3. Giessen 1869. H. Kilian. De pelvi nana sive aequabiliter justo minore. *Prolusio academ.* Bonnæ. H. Kilian. Die Geburtslehre etc. Th. II, 1840. H. Kilian. Die operative Geburtshülfe. Bd. I. 1849. H. Kilian. De spondylolisthesi etc. Bonnæ 1853. H. Kilian. Schilderungen neuer Beckenformen etc. Mannheim 1854. H. Kilian. Das halisteretische Becken etc. Bonnæ 1857. Aem. Kilian. De rachitide etc. Diss. inaug. Bonnæ 1855. Kiwisch. Beiträge f. Gebkd. Abth. I. Würzburg 1846. Kirmisson. Des malformations congénitales de l'articul. de l'épaule. *Revue mens. d. méd. et d. chirurg.* 1878, p. 498. Kleinwächter. Asymmetr. verengt. rachitisch. Becken etc. *Arch. f. Gynaek.* Bd. XIII, Hft. 3. Kleinwächter. Grundriss d. Geburtshülfe. Wien 1877. Kleinwächter. Geburt bei querverengt. Becken. *Arch. f. Gynaek.* Bd. I, p. 156. Klingelhoef. In quo loco pelvis promontor. positum sat. Diss. inaug. Marburg 1853. Knarz. Ueber d. Verhält. d. Beckenumf. zum Beckeneingange. *Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr.* XXXIV, p. 51. Kornmann. Ueber ein allg. verengt. schrägverschob. Exostosenbecken etc. *Arch. f. Gynaek.* Bd. VI, Hft. 3. Kornfeld. Dystokie wegen Beckenenge u. Uterusfibromen. *Centrbl. f. Gynaek.* 1883, № 36. Коршъ. Къ вопросу о влияніи беременности на подвижн. сочлен. таза. *Дисс. Спб.* 1881 г. Korsch (St. Petersburg). Ein während d. Geburt constatirter Fall v. Beweglichkeit d. Gelenkverbind. d. kyphotischen Beckens. *Arch. f. Gynaek.* Bd. XIX, Hft. 3. König. Ueber d. rachitisch-kypho-scoliotischen Becken etc. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* 1876, p. 139. Krause. Die Theorie u. Praxis d. Geburtshülfe. 1853. Th. 2, p. 260. Kriele. Zerreissungen d. Beckengelenke während d. Geburt. Inaug. Diss. Halle 1882. Kros. Ower schefvermauwde bekken etc. Leyden 1858. Krönlein. Die Lehre von d. Luxationen. *Deutsche Chirurgie*, Lief. 26. Kraussold. *Centralbl. f. Chirurgie* 1881, № 5. Krukenberg. Beschreibung dreier spondylolisthetischer Becken. *Arch. f. Gynaek.* Bd. XXV, Hft. 1. Kúsmin (Москва). Ueber Beckenfracturen. *Wiener med. Jahrb.* 1882, Hft. 1. Küstner. Ein Luxationsbecken mit Hüftbeinankylose d. kranken Seite. *Arch. f. Gynaek.* Bd. VIII, Hft. 2. Küstner. Die exacte Messung aller Dimensionen d. kl. Beckens an d. lebend. Frau. *Ibid.* Bd. XVII, Hft. 1. Küstner. Weitere Beiträge z. exacten inneren Beckenmessung an d. lebend. Frau. *Deutsche med. Wochenschr.* 1881, № 18. Künecke. Durch Beckenenge bedingter ungewöhnlicher Mechanismus einer Gesichtslage. *Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr.* Bd. XXIV. Kürsteiner. Beitrag z. Casuistik d. Beckengeschwülste etc. Inaug. Diss. Zürich 1863. Kurz. Ein Beckenmesser z. directen Messung d. Conj. vera. *Centrbl. f. Gynaek.* 1883, № 32. Lange. Vortrag ueber ein kyphotisch querverengt. Becken etc. *Arch. f. Gynaek.* Bd. I, Hft. 2. Лазаревичъ. De pelvis feminae mediendæ rationibus. Diss. inaug. Kiowia 1857. Lazarewitsch (Харьковъ). Pelvimeter zur inneren u. äusseren Beckenmessung mit gleichzeitiger Bestimmung d. Beckenneigung. *Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr.* Bd. XXXI. Лазаревичъ. Курс акушерства. Харьковъ 1879. Lambl. Ueber d. Synostosis sacroiliaca etc. *Vierteljahrsschr. f. d. p. Heilk.* XI Jahrg. Bd. IV. 1854. Lambl. *Ibid.* 1858. Bd. IV, p. 177. Lambl. *Prager Vierteljahrsschr.* 1855. Leopold. Ueber die Veränderungen durch einseitige angeb. oder erworb. Oberschenkelluxation. *Arch. f. Gynaek.* Bd. V, Hft. 3. Leopold. Die scoliotisch u. kyphotisch-rachitische Becken. Leipzig 1879. Leopold. Weitere Untersuchungen etc. (о томъ же). *Arch. f. Gynaek.* Bd. XVI, Hft. 1. Leopold. Ueber ein schrägverzogenes rachitisches Becken mit seltenen zahlreichen Exostosen. *Ibid.* Bd. IV. Lennoir. Atlas complémentaire d. tous les traités d'accouchement. Paris 1869. C. Litzmann. D. schräg-ovale Becken etc. in Gefolge einseitiger Coxalgie. Kiel 1853. C. Litzmann. Die Formen

des Beckens etc. Berlin 1861. C. Litzmann. Natürliche Geburt eines ausgetragen, lebend. Kindes bei im höchstem Grade schrägverschobenem Becken etc. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. XXIII, p. 249. C. Litzmann. Die Geburt bei engem Becken. Leipzig 1884. H. Litzmann. Ein durch mangelhafte Entwicklung d. Kreuzbeins querverengtes Becken. Arch. f. Gynäk. Bd. XXV, Hft. 1. Lobstein. Bull. d. l. fac. méd. 17. Löhlein. Zur Lehre von durchweg zu engem Becken. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1876, p. 37. Löhlein. Zur Beckenmessung etc. Ibid. Bd. XI, Hft. 1. Маевскій. Исторія болѣзни женщины, страдавшей дефектомъ рукава и передн. стѣнки мочевого пузыря. Протоколы Виленскаго Мед. Общ. № 8 и 9. 1874 г. Maggioli. (Два случая расщепленныхъ тазовъ). Annali univ. di med. etc. 1881. Makejew (Москва). Becken einer multipara mit einer Neubildung auf dessen Vorderwand. Arch. f. Gynäk. Bd. XVIII, Hft. 1. Malgaigne. Traités de fractures et de luxations. Tome II. Paris 1855. C. Martin. Zur Kenntniss d. engen Beckens bei Gebärenden. Arch. f. Gynäk. Bd. I, Hft. 1. C. Martin. Beckenmessungen an verschied. Menschenrassen. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. XXI, p. 23. Martin. Neigungen u. Beugungen d. Beckens. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1876, Hft. 1. Ed. Martin. Kyphoscoliotisch-querverengtes Becken etc. Ibid. p. 339. Ed. Martin. Ueber d. Krebs etc. Illustr. med. Zeitung. 1861. Bd. III, Hft. 4. Aug. Martin. Ueber Seitenlagerung bei durch gerade verengt. Becken erschwerten Geburten. Ibid. p. 30. Mayer. Beckenenge durch Entwicklung einer fibrösen Geschwulst etc. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. XVIII, p. 354. Marchant de Bentz. Exostose du sacrum. Journal de Bruxelles 1864. Menzel. Ein durch Combination von Synostosis ileosacralis, Periostitis chr. pelvis u. Coxalgie verengtes Becken. Arch. f. Gynäk. Bd. XXIII, Hft. 1. Menzel. Ein Beitrag zur Differentialdiagnostik d. engen Beckens. Centralbl. f. Gynäk. 1884, № 28. Meyer. Mechanik d. Scoliosis. Virchow Arch. 1866. A. Michaelis. Das enge Becken nach eigenen Beobachtungen u. Untersuchungen. 1851. Herausgegeben von C. Litzmann. A. Michaelis. Von d. Schwangersch. u. Geburt beim engem Becken. Vierteljahrsschr. f. d. pract. Heilkunde. Jahrg. IX. Bd. 3. Prag 1852. Moor. Das in Zürich befindliche kyphotisch querverengtes Becken. Zürich 1865. Monti. Статья Rachitis. Realencyclopedie Bd. XI. Moreau. Traité pratique des accouchements. Atlas. Münch. Beiträge zur Lehre von d. osteomalatischen Frauenbecken. Giessen 1851. P. Müller. Zur Frequenz u. Aetiologie d. allgemein verengten Beckens. Arch. f. Gynäk. Bd. XVI, Hft. 2. Naegele sen. Erfahrungen u. Abhandlungen etc. Mannheim 1812, p. 407. Fr. Naegele. Das weibliche Becken etc. Carlsruhe 1825. Fr. Naegele. Das schrägverengte Becken etc. Mainz 1839. Fr. Naegele (Grenser). Lehrbuch d. Geburtshülfe. 8-te Auflage. Mainz 1872. Nicolas. De la mensuration obstétricale etc. Diss. inaug. Neuchâtel 1870. Franz Neugebauer. Zur Entwicklungsgeschichte des Spondylolisthetischen Beckens u. seiner Diagnose. Dorpat 1882. (смотри также его статьи о томъ же въ Arch. f. Gynäk. Bd. XIX по XXII). Negri (въ Миланѣ). Кифотическій тазъ съ кривою правого тазобедреннаго сочлененія. Annal. di ostetr. Dec. 1882. Olshausen. Ueber d. Ansichten d. Entstehung. d. Spondylolisthesis etc. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. Bd. XXIII, Hft. 2. Olshausen. Ein neuer Fall von spondylolisthetischem Becken. Ibidem 1864, p. 180. Osterloh. Einige Beiträge etc. Arch. f. Gynäk. Bd. IV, Hft. 3. Otto. Ueber d. Ursachen u. d. Entstehungsweise d. schräg oder einseitig verengt. Becken. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. Bd. XXVIII. Pravaz (fls). Considérations sur l'étiologie des luxations congénitales de femur. Gaz. d. hôp. 11 Juin 1881. Перляевъ. Наблюденія надъ конфигураціею дѣтской головы во время родовъ. Дисс. Сиб. 1879. Petit. Bassin vicie etc. Arch. de Tocologie 1876, p. 239. Pergulaz. Ein neuer Fall v. spondylolisthetischem Becken. Inaug. Diss. Basel 1879. Pfannkuch. Ueber d. Körperform d. Neugeborenen. Arch. f. Gynäk. Bd. IV, Hft. 2. Pfeiffer. Ueber d. durch Entzündung fehlerhafte Frauenbecken. Inaug. Diss. Giessen 1853. Pinard. Les vices de conformation du bassin etc. Paris 1874. Ploss. Zur Verständigung über ein gemeinsames Verfahren zur Beckenmessung. Arch. f. Anthropologie. Bd. XV, Hft. 3. Ploss. Zur Frage ueber das Racenbecken. Arch. f. Gynäk. B. VII, p. 326. Polk. (о сколіозѣ). New-York. med. record. April 1883. Prochownik. Ueber Beckenmeinung. Arch. f. Gynäk. Bd. XIX. Prochownik. Ueber Beckenanthropologie. Bericht d. Sitz. d. gynäk. Section d. 56 deutsch. Naturforsch. Versamml. zu Freiburg i/B. Zweite

Sitzung. Putegnat. Sur les tumeurs fibreuses intrapelviennes etc. Journ. d. med. Bruxelles, 1863, p. 36. Rehn. Gerhard's Handbuch f. Kinderkrkh. Bd. III, erste Hälfte. Reclus. Revue mens. d. med. et d. chirurg. p. 176, Paris 1876. Ritgen. Die alterwidrig gebaute Frauenbecken etc. Giessen 1853. Riess. Zur Kenntniss d. allgemein gleichmässig verengt. Beckens. Inaug. Diss. Marburg 1868. Robert. Des vices congénitaux d. conformat. des articulations. Thèse de Paris. 1851. Robert. Eine eigenthümliche angeborene Lordose (Spondylolisthesis) etc. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. Bd. V. 1855. Rohde. Arch. f. d. p. Heilkunde 1876, № 1. Roberts. Report of a case of caesarean section with remarks. Obst. Transact. Vol. IX. 1868. Rokitansky. Oesterreich. med. Jahrb. 1829. Rokitansky. Pathologische Anatomie. Bd. II. 1856. Roser. Ueber angeborene Hüftverrenkung. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie. 8-ter Congress 1879, p. 46. Рубинштейнъ. Обь измѣреніи угла между симфизомъ и Conj. vera. Протоколъ 4-го засѣданія секціи научн. мед. Слб. 28. XII. 1880, стр. 161; смотри также его статью Wahrung d. Priorität etc. въ Centralbl. f. Gynæk. 1881, № 23. Runge. D. Bestimmung d. Grösse d. Kindes vor d. Geburt. Diss. Strassburg 1875. Rumpe. Ein Beitrag zu dem Wachstumsverhältnisse d. norm. Beckens Gestaltung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. X, Hft. 2. Sassmann. Das Becken bei angebor. doppelseitiger Hüftgelenksluxation. Arch. f. Gynæk. Bd. V, Hft. 2. Sandifort. Mus. anatom. Vol. IV. Säger u. Klopp. Zur anatomischen Kenntniss d. angebor. Bauchcyste im Anschluss an einen Fall mehrfacher Bildung von Cysten d. Darmröhres u. accessorischer Gallenwege als Geburtshinderniss. Arch. f. Gynæk. Bd. XVI, Hft. 3. Schauta. Zur Casuistik d. Verletzungen d. Beckengelenke während d. Geburt. Allgem. med. Zeitung 1882, № 28. Schatz. Ein durch Hüftgelenksentzündung querverengtes Becken. Arch. f. Gynæk. Bd. I, Hft. 1. Schatz. Ueber Zerreibungen d. Beckenbodens bei d. Geburt. 1-te Sitzung d. 56 deutsch. Naturforscher-Versammlung zu Freiburg i/B. Scheffer. Ueber d. Verhalten d. Abstandes d. Sp. u. Cr. ilei zu d. Querdurchmesser d. Beckeneinganges. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. XXXI, Hft. 4, p. 299. Schellhorn. Ueber d. schräg-ovale Becken. Inaug. Diss. Erlangen 1855. Schildwächter. Ein exquisit osteomalatisches Becken. Inaug. Abhandl. Giessen 1850. Schliephake. Ueber pathologische Beckenformen beim foetus. Inaug. Diss. Leipzig 1882. Schmeidler. Geburt bei einem durch Lumbosacralalkyphose querverengten Becken. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. XXXI, Hft. 1, p. 31. C. Schroeder. Ueber d. Werth verschied. Messungsmethoden etc. Ibid XXIX, p. 23. C. Schroeder. Lehrbuch d. Geburtshülfe. Bonn 1884. Schwegel. Ein Frauenbecken mit einer massenhaften Knochenwucherung etc. Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr. Bd. II. 1858. Schwing. Neuer Fall von Spondylolisthesis. Vierteljahrsschr. f. pr. Heilkunde 1876. Schrenck. Studien ueber Schwangerschaft etc. bei der Estin. Inaug. Diss. Dorpat 1880. Schroeter. Anthropologische Untersuch. am Becken lebend. Menschen. Inaug. Diss. Dorpat 1884. Scanzoni. Lehrbuch d. Geburtshülfe. Wien 1867. Seibelli. Studio su i vizi del bacino. Thesi. Napoli 1867. Seibelli. Studio su le vere indicazioni nei vizi pelvici. Memoria. Napoli 1874. Shekleton. Въ Dublin Quarterl. Journ. Nov. 1850, p. 287. Seyffert. Ein querverengtes Becken etc. Verh. d. Physik. med. Gesellschaft in Wartsburg. Bd. I. 1853. Seyffert. Wiener med. Wochenschr. 3-ter Jahrgang 1853, № 3. Siebold. Neue Zeitschr. f. Gebkd. Bd. XXXIX. 1851. Sinclair. On that peculiar deformity of the Pelvis etc. Dublin Quarterly Journ. of med. Science 1855, № XXXIX. Смоленскъ. Практическія замѣчанія о ручномъ измѣреніи таза. Другъ здравія 1851. № 50. Tylor Smith. Lancet 1856. Smellie. On a distorsed Pelvis. London 1766. Spiegelberg. Zur Lehre vom schrägverengten Becken. Arch. f. Gynæk. Bd. II, Hft. 2. Spiegelberg. Lehrbuch d. Geburtshülfe. Lahr 1882. Spiegelberg. Bemerkungen ueber Geburtsverlauf u. Behandlung. beim engem Becken. Arch. f. Gynæk. Bd. VI, p. 324. Spaeth. Geschichte u. Beschreibung des ältesten d. bisher bekannten Becken mit sogenannter Dislokation d. letzten Lendenwirbel nach vorn. Zeitschr. d. k. k. Gesellsch. d. Aerzte zu Wien. 10-er Jahrgang 1854. Stanesko. Recherches cliniques sur l. rétréciss. du bassin etc. Paris. Stoltz. Ostéosarcome d. bassin. Gaz. d. hôp. 1848. Stromeyer. Ueber Atonie fibröser Gewebe u. deren Rückbildung. Würzburg 1840. Stroem (Швеція). Анкилогическій косо-сжуженный газъ. Искусств. преждевр. роды. Nordiskt med. arkiv. Bd. XIV, № 25. Сутугинъ. Ви-

доизмѣненіе тазомѣра Боделока Сиб.—Сутугинъ. Опредѣленіе срока беременности по величинѣ угробнаго плода etc. Москва 1874. Sutugin. On the means of ascertaining the length of gestation etc. *Obst. J. of Gr. Britain.*, Sept. 1875 p. 397. Сукочевъ Московск. мед. газета 1862. № 15. Swedelin. (Сиб.). Ein neuer Fall von klinisch beobachteter Spondylolisthesis. *Arch. f. Gynæk.* Bd. XXII, Hft. 2. Tauffer. Die Kyphose d. Lumbartheil d. Wirbelsäule u. querverengte Becken etc. *Centrbl. f. Gynæk.* 1880, № 2. Толочниновъ (Кіевъ). Два случая остеомалации. *Мед. Вѣстникъ* 1879. № 3. Thomas. Das schraegverengte Becken etc. *Monatsschr. f. Gebkd. u. Fraunkr.* Bd. XX, p. 384. Trefurt. Ueber d. Ankylose d. Steissbeins etc. *Göttingen* 1836. А. Е. г. Чернова-Попова. Способъ измѣренія угла, образуемаго лоннымъ соединеніемъ съ прямымъ размѣромъ входа въ тазъ. Протоколы Общ. Русск. врачей въ Сиб. 1880; смотри, также *Centrbl. f. Gynæk.* 1880, № 26. Gramer. Ueber Bestimmung d. Grösse d. Kindes vor der Geburt. *Inaug. Diss. Bern* 1883. Turner (Гибралтаръ). Новый способъ измѣренія таза. *Edinburgh med. journ.* Mai 1882. Van Huevel. Mémoire sur la pelvimétrie etc. 2 édit. Gand 1841. Van den Bosch. *Bull. d. l'acad. Belgique.* Tome XIII. 1879. Veit. Die Entstehung d. Form d. Beckens. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. IX, Hft. 2. Villeneuve. *Gazette de Paris* 1847, № 2. Volkmann. Krankheiten d. Bewegungsorgane. *Erlangen* 1865—72. Vrolick. Ueber eine vollkommene Verwachsung d. Gelenke an d. Kreuz-Darm- und Schambeine etc. *Amsterdam* 1841. Weber. Enarratio consumptionis rachiticæ etc. *Bonnae* 1862. Weber. Die Osteomalacie etc. Gummibecken. *Prager Vierteljahrsschr.* 1873. Weber-Ebenhof. Zwei neue spondylolisthetische Becken. *Vierteljahrsschr. f. pract. Heilkunde.* Bd. XX, p. 121. Wenzel. Ueber d. Krankheiten am Rückgrate. *Bomberg* 1824. Wiener. Ueber Echinococcusgeschwülste d. Beckens als Geburtshinderniss. *Arch. f. Gynæk.* Bd. XI, Hft. 3. Whitam. Cystocele какъ препятствіе во время родовъ. *Brit. med. journ.* Mai 12, p. 907. Wilhelm. Untersuchungen ueber d. Geräumigkeit d. Beckens etc. *Inaug. Diss. Bern* 1883. Winckel. Ueber einen Fall von chronischer Osteomalacie etc. *Monatsschr. f. Gebkd. u. Frauenkr.* Bd. XXIII. Winckel. Klinische Beobachtungen zur Dystokie durch Beckenenge. *Leipzig* 1882. Winckler. Eine neue Art eines sowohl d. Erweiterung wie d. Verengerung fähigen Beckens. *Ibid.* Bd. I, Hft. 2. Winckler. Zur Beckenmessung. *Ibid.* Bd. I, Hft. 3. Воскресенскій. Случай родовъ съ Kyphosis sacrolumbalis, наблюдавшійся въ клиникѣ профес. Рейна. Кіевъ 1884. Zini. Ein durch Hydrorrhachis lumbosacralis missgestaltetes u. allgemein verengtes Becken. *Arch. f. Gynæk.* Bd. VIII, Hft. 3, p. 547.

## ГЛАВА IV.

### ОБЪ АНЭСТЕТИЧЕСКИХЪ СРЕДСТВАХЪ ВООБЩЕ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЖЕ ОБЪ УПОТРЕБЛЕНІИ ХЛОРОФОРМА ВЪ АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКѢ.

Въ этой главѣ я намѣренъ говорить объ анестетическихъ средствахъ, вошедшихъ въ употребленіе въ новѣйшее время, главнымъ образомъ объ эфирѣ и хлороформѣ, а затѣмъ о закиси азота, бромистомъ этилѣ и нѣкоторыхъ другихъ.

Небезынтересно однакоже упомянуть, что врачи всѣхъ временъ заботились объ утоленіи боли при различныхъ операціяхъ; съ этою цѣлью они употребляли различныя наркотическія средства внутрь и снаружи. Такъ уже *Dioscorides*, *Plinius*, *Apuleus* упоминаютъ о возможности произвести общую анестезію. Въ XII и XIII столѣтіяхъ *Hugo de Lucca* и *Theodoric* употребляли для этого искусственно приготовленную губку, извѣстную подъ именемъ *Spongia somnifera*. Этотъ препаратъ приготовлялся такимъ образомъ, что губку напитывали опиѣмъ и другими наркотическими веществами, преимущественно же *Atropa mandragora*, и потомъ высушивали. Предъ употребленіемъ губку клали въ горячую воду и больного заставляли вдыхать пары до усыпленія. Французскій хирургъ *Dauriol* утверждаетъ, что этимъ способомъ онъ вызывалъ анестезію, достаточную для уничтоженія боли при операціяхъ. Кромѣ того у различныхъ авторовъ древности упоминается объ употребленіи корня, сѣмянъ и листьевъ *Atropae mandrag.*, какъ о средствахъ болеутоляющихъ и снотворныхъ. Многіе изъ греческихъ и римскихъ писателей, какъ-то: *Galen*, *Aretaeus*, *Celsus* и др. приписывали преимущественно мандрагорѣ только-что упомянутыя свойства. Съ давнихъ временъ также испытывали анестетическое дѣйствіе паровъ различныхъ веществъ изъ царствъ растительнаго и минеральнаго, какъ-то: *cicuta virosa*, *lycoperdon bovista*, *cannabis indica* и т. п. *Dioscorides* увѣряетъ, что мемфисскимъ камнемъ, превращеннымъ въ порошокъ и приложеннымъ къ какой либо части человѣческаго тѣла, можно произвести сильную мѣстную анестезію. По описанію его, камень этотъ находится близъ Мемфиса въ Египтѣ, имѣетъ незначительную величину и различный цвѣтъ, поверхность излома его имѣетъ жирный блескъ. По подобной разсказъ, хотя и заключааетъ въ себѣ интересную идею, однако не заслуживаетъ довѣрія. Многіе другіе писатели упоминаютъ, что въ ихъ время существовали различныя секретныя средства, съ помощью которыхъ можно было сообщить свойство нестерпимости членамъ человѣческаго тѣла, которые будто бы могли оставаться непо-



врежденными при испытаніи огнемъ на судѣ Божиѣмъ (Ордали). Въ прошедшемъ столѣтіи докторъ *Moore* производилъ анестезію, прижимая турникетомъ нервный стволъ, идущій къ члену, назначенному для оперированія. Онъ описываетъ въ своемъ сочиненіи <sup>1)</sup> случай ампутаціи въ верхней трети голени, которую произвелъ *John Hunter* въ *S-t Georges Hospital*, причемъ этимъ способомъ была вызвана полная анестезія.

Только въ послѣднія 25—30 лѣтъ удалось ввести въ медицинскую практику истинно-полезныя анестетическія средства, при помощи которыхъ сдѣлалось возможнымъ облегчать страданія больныхъ при операціяхъ. Къ такимъ средствамъ нужно отнести преимущественно—эфиръ и хлороформъ. Вслѣдъ за примѣненіемъ эфира и хлороформа въ хирургіи, явилась идея объ употребленіи ихъ и въ акушерствѣ, сначала при патологическихъ родахъ, требующихъ оперативныхъ пособій, а впоследствии и при нормальныхъ—для облегченія боли. Многіе высказались противъ примѣненія хлороформа при нормальныхъ родахъ, приводя въ подтвержденіе своего мнѣнія различныя научныя и нравственныя доводы.

До введенія хлороформа въ медицинскую практику употребляли нѣкоторое время преимущественно эфиръ.

### 1. Объ эфирѣ. *Aether s. Aether sulfuricus.*

Эфиръ <sup>2)</sup> впервые примѣненъ въ акушерской практикѣ эдинбургскимъ профессоромъ акушерства *sir James Simpson* омъ въ *Maternity Hospital of Edinburgh* 19-го января 1847 г. Въ представившемся для перваго опыта случаѣ имъ былъ сдѣланъ поворотъ на ножки при неправильномъ тазѣ. Опытъ этотъ увѣнчался полнымъ успѣхомъ и извѣщенъ обществу акушеровъ въ Эдинбургѣ 20 января 1847 г. (*Edinb. monthly Journ.* 1847. Vol. 47, p. 639). Фактъ этотъ убѣдилъ *Simpson*'а, что подъ вліяніемъ вдыхаемаго эфира у роженицы наступаетъ полная анестезія при совершенно нормальныхъ сокращеніяхъ матки. Ободренный этою счастливою попыткою, *Simpson*, въ теченіи трехъ слѣдующихъ недѣль, сдѣлалъ нѣсколько наблюденій надъ дѣйствіемъ паровъ эфира при правильныхъ родахъ и въ одномъ случаѣ при извлеченіи младенца щипцами; 10-го февр. того же года онъ представилъ эти факты обществу акушеровъ въ Эдинбургѣ.

Несмотря на столь убѣдительныя доказательства, нашлось много противниковъ анестезіи, главнѣйшіе изъ нихъ были: *Montgomery* въ Дублинѣ, *Gream, Barnes, Reid* и *Ramsbotham* въ Лондонѣ, *Meigs* въ Филадельфіи и нѣкоторые въ Германіи и во Франціи. Но гипотетическія возраженія этихъ авторовъ вскорѣ рушились передъ благопріятными для этеризаціи фактами, сообщенными какъ самимъ *Simpson* омъ, такъ и другими акушерами въ различныхъ ученыхъ медицинскихъ и акушер-

<sup>1)</sup> Method of preventing or diminishing pain in several operations of surgery. London 1784.

<sup>2)</sup> Эфиръ открытъ *Valerius Cordus* омъ въ 1634 году. Очищенный эфиръ представляетъ безцвѣтную, свободную отъ примѣси кислоты и улетучивающуюся безъ остатка жидкость съ 0.728 специфическимъ вѣсомъ, которая и употребляется для этеризаціи.

скихъ обществахъ Англіи, Шотландіи, Ирландіи, Германіи, Америки и у насъ въ Россіи <sup>1)</sup>).

Эфиръ (какъ въ чистомъ видѣ, такъ и въ смѣсяхъ съ закисью азота), и послѣ вторичнаго введенія его въ хирургию, не вошелъ въ акушерскую практику. Даже въ тѣхъ странахъ, въ которыхъ хирурги по настоящее время анестезируютъ больныхъ исключительно эфиромъ, акушеры во время родовъ предпочитаютъ давать хлороформъ.

Причина этого заключается въ слѣдующихъ трудно устранимыхъ при родахъ главнѣйшихъ недостаткахъ этеризаціи.

1) Легкая воспламеняемость эфира, требующая большой осторожности во время примѣненія его при огнѣ; между тѣмъ большинство родовъ совершается ночью при лампѣ или свѣчахъ.

2) Сильная летучесть эфира, хотя это неудобство до нѣкоторой степени устраняется при помощи аппаратовъ, напр. *Clower'a*, *Ormsby* и др.; но они очень сложны, каучуковыя части ихъ отъ долгаго употребленія легко растворяются въ эфирѣ, почему всѣ эти аппараты скоро портятся и требуютъ тщательнаго ухода.

3) Удушье, кашель и въ особенности рвота, часто наблюдаемая при самомъ началѣ этеризаціи, составляютъ весьма непріятныя осложненія во время родовъ.

4) Скоро проходящее дѣйствіе эфира, требующее постоянной этеризаціи, сопряженной съ употребленіемъ его въ больномъ количествѣ, а также невозможность произвести неполную анестезію.

5) Запахъ эфира для многихъ женщинъ весьма непріятенъ; и наконецъ

6) пробужденіе у многихъ нерѣдко сопровождается нервными припадками.

## II. О хлороформѣ. *Chloroformium* (*Formylum trichloratum*).

Не прошло и 10 мѣсяцевъ со времени перваго примѣненія этеризаціи въ акушерствѣ, какъ тотъ же самый *Simpson* (въ ноябрѣ 1847 г.) предложилъ замѣнить эфиръ хлороформомъ <sup>2)</sup>, который вскорѣ почти совершенно вытѣснилъ эфиръ изъ хирургической и акушерской практики. Но и послѣ введенія хлороформа во всеобщее употребленіе хирурги и нѣкоторые врачи въ Бостонѣ, Лионѣ, Неаполѣ и въ другихъ

<sup>1)</sup> Профес. *Пироговъ* въ 1847 г. въ Петербургѣ употребилъ въ первый разъ съ хорошимъ успѣхомъ эфиръ, при наложеніи щипцовъ, вдувая по способу *Duroy*, при помощи особаго аппарата, пары эфира въ прямую кишку (*Другъ Здравія* 1847 г. № 15, стр. 117). Докторъ *Ляховичъ* въ Вильнѣ 26 февр. 1847 г. примѣнилъ эфиръ при операциіи *prolapsus intestini recti cum prolapsu uteri*. Случай этотъ былъ въ госпиталѣ *Савичъ*. Кажется, *Ляховичъ* первый началъ употреблять эфиръ въ Россіи, чему доказательствомъ служитъ записка, читанная проф. *Адамовичемъ* 12 февраля 1847 г. въ обществѣ виленскихъ врачей о новомъ примѣненіи эфира.

<sup>2)</sup> Хлороформъ открытъ въ Германіи *Liebig'омъ* (изъ хлорала) въ 1831 г. и *Soubeyran'омъ* во Франціи (изъ спирта и хлоридовой известки). Оба химика работали независимо другъ отъ друга, оба они не знали, что получили хлороформъ, и думали, что это былъ *Ether trichlorique*. Въ 1834 г. *J. B. Dumas* опредѣлилъ составъ новаго вещества и назвалъ его хлороформомъ.

городахъ не переставали употреблять общую этеризацію. Въ Великобританіи до начала 70-хъ годовъ общая этеризація въ хирургической практикѣ была почти забыта, но въ виду увеличенія смертныхъ случаевъ отъ хлороформированія и упрощенія способа этеризаціи д-ромъ *Joy*. *Jeffries* оми, главнымъ же образомъ руководствуясь мнѣніемъ знаменитаго фізіолога *Schiff'a*, высказавшагося на основаніи экспериментовъ въ пользу эфира, и англійской комиссіи, учрежденной для изученія дѣйствія хлороформа и рѣшившей, что общая анестезія отъ эфира менѣе опасна, чѣмъ таковая же отъ хлороформа, многіе хирурги въ лондонскихъ, шотландскихъ и другихъ госпиталяхъ Англии возвратились къ этеризаціи, которая у нѣкоторыхъ изъ нихъ и по настоящее время въ исключительномъ ходу. Хлороформъ же и закись азота употребляются рѣдко. Въ Швейцаріи этеризація повидимому примѣняется съ успѣхомъ. Въ Вѣнѣ профес. *Billroth* употребляетъ смѣсь хлороформа, эфира и спирта.

У насъ въ Петербургѣ хирурги, сколько мнѣ извѣстно, исключительно употребляютъ хлороформъ. Нашъ талантливый хирургъ д-ръ *Reyerz* предпочитаетъ давать старикамъ эфиръ, людямъ же средняго возраста, смотря по обстоятельствамъ, то хлороформъ, то эфиръ; при хорошемъ общемъ питаніи и при нормальномъ состояніи сердца и легкихъ онъ употребляетъ хлороформъ, при ожирѣніи сердца и тяжелыхъ травматическихъ поврежденіяхъ — эфиръ. Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, въ которыхъ полная анестезія не достигается эфиромъ, подъ конецъ этеризаціи д-ръ *Reyerz* прибавляетъ хлороформъ; дѣтей же онъ анестезируетъ всегда хлороформомъ. Что касается до меня, то я по настоящее время остаюсь сторонникомъ хлороформированія, которое употребляю какъ при гинекологическихъ, такъ и при акушерскихъ операціяхъ, а равно и при нормальныхъ родахъ.

При моихъ гинекологическихъ операціяхъ внезапная асфиксія случилась только 2 раза: 1 разъ *обморочная* асфиксія при экстирпаціи *glandulae vulvo-vaginalis*, — другой разъ *астматическая*, при предположеніи сдѣлать изслѣдованіе и кровавое расширеніе *vulvae*, при вагинизмѣ. Въ первомъ случаѣ у особы весьма нервной, трусливой, послѣ 4 или 5 вдыханій хлороформа, поднесеннаго сразу близко ко рту, пульсъ упалъ, дыханіе стало поверхностнымъ, лицо и губы поблѣднѣли. Тотчасъ хлороформированіе прекращено, окна открыты, произведено искусственное дыханіе, хлопанье по лицу мокрымъ полотенцемъ, благодаря чему больная черезъ 2—3 минуты пришла въ себя, пульсъ и дыханіе возстановились и операція произведена безъ анестезіи. Это случилось въ то время, когда я не приписывалъ большаго значенія методическому хлороформированію. Во 2-мъ случаѣ у истерической особы, изнѣженной, не могшей имѣть *coitum*, въ теченіи двухлѣтняго замужества, по причинѣ вагинизма, всякое прикосновеніе *ad vulvam* вызывало рядъ конвульсивныхъ припадковъ, оканчивавшихся полною картиною истеріи. Хлороформа употреблено 2 унціи, въ теченіи часа, послѣ чего обнаружилась полная картина асфиксіи. Тѣ же средства, что и въ первомъ случаѣ, возстановили дыханіе; по не только операція, но даже надеждающаго гинекологическаго изслѣдованія не удалось сдѣлать. Попытка введенія пальца въ вагину, при цѣлости *hymen'a*, вызвала, несмотря на полную анестезію, рядъ клоническихъ судорогъ и сильное напряженіе брюшныхъ стѣнокъ. Изслѣдованіе было испытано дважды, еще до появленія припадковъ асфиксіи. Больная во время изслѣдованія не чувствовала ни малѣйшей боли. Дурныхъ послѣдствій отъ хлороформа не было. Черезъ 8 дней, послѣ предварительнаго подкожнаго вприскиванія *morphii hydrochlor.* въ количествѣ  $\frac{1}{4}$  грана, больная уснула менѣе, чѣмъ

одною унціею хлороформа и цѣль изслѣдованія и операциі достигнута, хотя тоже съ нѣкоторыми затрудненіями, по причинѣ судорогъ, но въ меньшей степени. Больная во время операциі кроваваго расширенія, соединеннаго съ насильственнымъ растяженіемъ *vulvae*, ничего не чувствовала. Нелишнимъ считаю замѣтить, что сколько мнѣ ни приходилось изслѣдовать подъ хлороформомъ женщинъ (приблизительно около 20), страдавшихъ вагинизмомъ, я не припоминаю ни одного случая, при которомъ введеніе пальца въ вагину не вызывало бы болѣе или менѣе сильныхъ рефлекторныхъ судорогъ, хотя удавалось больнымъ доводить до полной анестезіи. Мало того, я имѣю подъ моимъ наблюденіемъ и по настоящее время двухъ дамъ, которыя страдаютъ вагинизмомъ въ такой формѣ, что только при извѣстныхъ благоприятныхъ условіяхъ онѣ могутъ перенести *coitum*; одна рожала 3, другая 2 раза; при этомъ у одной изъ нихъ почти всякій разъ *post coitum* тотчасъ обнаруживается каталепсія, которая приблизительно черезъ 20—30 мин. проходитъ сама собою. Изслѣдованіе во время беременности и родовъ причиняло имъ боль, кромѣ того во время родовъ подъ хлороформомъ замѣчались такія же судорожныя подергиванія, какъ и безъ хлороформа, причемъ больныя иногда сознавали, что изслѣдованіе было произведено, а иногда нѣтъ. Прорѣзываніе головки у нихъ совершалось относительно легко, иногда даже безъ хлороформа. Замѣчательно, что беременность и роды у нихъ не повліяли благоприятно на вагинизмъ.

Наука и человѣчество всего болѣе обязаны *Simpson* у не только примѣненіемъ, но распространеніемъ и изслѣдованіемъ, путемъ опыта и клиническихъ наблюденій, дѣйствія хлороформа на животный организмъ. Онъ первый началъ изслѣдовать дѣйствіе этого средства на организмы, начиная съ низшихъ животныхъ (*Lumbricus terrestris*, *Julus sabulosus*, *Hirudo medicinalis* и т. п.) и восходя постепенно до человѣка. Низшихъ животныхъ онъ употреблялъ для изслѣдованія мѣстной анестезіи, высшихъ же и человѣка для изслѣдованія какъ общей, такъ и мѣстной анестезіи. Онъ испыталъ вдыханіе хлороформа надъ самимъ собой и надъ своими товарищами (*Keith, Duncan*) <sup>1)</sup>.

Первоначальному распространенію хлороформа во Франціи немало содѣйствовали, хотя не совсѣмъ успѣшно, одинъ изъ самыхъ осторожныхъ и раціональныхъ акушеровъ, профес. *Chailly-Honoré*, испытавшій первоначально дѣйствіе хлороформа на самомъ себѣ. Страдая *neuralgia ischiadica*, онъ много разъ вдыхалъ пары хлороформа по нѣсколько часовъ, и каждый разъ получалъ значительное облегченіе, безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій. Небезынтересно, что во Франціи примѣненіе анестезіи хлороформомъ, и въ особенности неполной при нормальныхъ родахъ, вошло въ употребленіе гораздо позже, чѣмъ въ Германіи и у насъ въ Россіи, не говоря уже объ Америкѣ. Французскіе авторы обвиняютъ въ этомъ знаменитаго акушера профес. *P. Dubois* и отчасти *Malgaigne*'а, которые въ парижской академіи высказались не въ пользу неполной (акушерской) анестезіи, и въ силу ихъ мнѣнія, закономъ дозволена была только полная анестезія при оперативныхъ пособіяхъ, не-полная же строго запрещена.

Несмотря на работы французскихъ врачей, хотя и немногочислен-

<sup>1)</sup> Интересный опытъ сдѣлалъ *Simpson* надъ растеніемъ *Mimosa pudica*, которое отъ продолжительнаго (болѣе пяти минутъ) дѣйствія паровъ хлороформа погибало безвозвратно, отъ менѣе же продолжительнаго вліянія паровъ оно теряло только на нѣкоторое время свою характеристическую раздражительность.

ныя, появившіяся въ печати, несмотря также на то, что анестезія хлороформомъ была дважды примѣнена съ успѣхомъ у англійской королевы Викторіи (въ 1853 и 1857 гг.) и 1 разъ у императрицы Евгеніи (въ 1856 г.), употребленіе его во Франціи еще очень долго не прививалось.

Только черезъ 28 лѣтъ стараніями д-ра *Olliff*'а и его преемника *Campbell*'я, основанными на собственныхъ наблюденіяхъ, и подъ вліяніемъ успѣшнаго примѣненія этого благотворнаго средства въ Англии, удалось уничтожить официальное запрещеніе анестезіи хлороформомъ, несмотря на противодѣйствіе столь почтенныхъ авторитетовъ, каковы *Pajot*, *Deraul* и нѣкоторые другіе.

У насъ, хлороформъ въ первый разъ былъ употребленъ въ Москвѣ, профес. *Подемъ* 9-го декабря 1847 г. при камнесѣченіи у 10-лѣтняго мальчика. Въ 1847 же году и тоже въ декабрѣ мѣсяцѣ, высочайше повелѣно было произвести съ величайшею осторожностію испытаніе надъ дѣйствіемъ хлороформа въ 1-мъ С.-Петербургскомъ военно-сухопутномъ госпиталѣ (нынѣ военномъ Николаевскомъ), въ присутствіи военно-медицинскаго ученаго комитета, и во 2-мъ Спб. военно-сухопутномъ госпиталѣ (нынѣ клиническомъ), въ присутствіи членовъ конференціи Императорской Спб. Медико-хирургической академіи и *В. В. Пелликана* (отца). Вслѣдствіе этого, во 2-мъ сухопутномъ госпиталѣ, 27-го декабря, профессоромъ *И. И. Заблоцкимъ* впервые были сдѣланы подъ хлороформомъ пять операцій. Полная анестезія произведена была посредствомъ вдыханія чистаго хлороформа, который былъ приготовленъ въ фармацевтической лабораторіи той же академіи профес. *Ю. К. Траппомъ*. Хлороформъ комиссіею единогласно признанъ весьма сильнымъ анестетическимъ средствомъ, имѣющимъ нѣкоторыя преимущества предъ эфиромъ и годнымъ для медицинскаго употребленія.

Хлороформъ въ акушерской практикѣ до сихъ поръ не могъ быть замѣненъ другими анестетическими средствами, которыхъ въ настоящее время имѣется до 30 препаратовъ, принадлежащихъ къ соединеніямъ: метиловымъ, этиловымъ, пропиловымъ, амиловымъ и каприловымъ, а равно къ углеводородамъ и эфирнымъ масламъ.

Въ нашихъ аптекахъ имѣется 2 препарата хлороформа: 1) *Chloroformium e spiritu vini* и 2) *Chloroformium e chloralo*. Прежній *Chloroformium anglicanum* былъ тоже *e chloralo paratum*. Оба препарата отличаются только способомъ приготовленія. Хотя самымъ чистымъ считается *Chloroformium e chloralo*, но теперь всякій хлороформъ, выдерживающій нижеслѣдующія пробы испытанія, обладаетъ съ нимъ одинаковыми качествами и годенъ для анестезированія. Дѣло въ томъ, что самый чистый хлороформъ, если онъ не содержитъ около  $\frac{1}{2}\%$  спирта, способенъ къ разложенію отъ дѣйствія свѣта и воздуха, поэтому теперь всегда на заводахъ прибавляютъ небольшое количество  $95\%$ -аго спирта для избѣжанія опасныхъ послѣдствій.

Для общаго анестезированія долженъ быть употребляемъ самый чистый хлороформъ. При малѣйшемъ подозрѣніи въ недоброкачественности этого *моуцественнаго* и *благотворнаго*, но вмѣстѣ съ тѣмъ под-

часть и *небезопаснаго средства*, врачу, особенно въ провинціи, гдѣ иногда трудно достать чистый препаратъ, не только полезно, но необходимо знать его качества и пробы. Понятно, эти послѣднія должны быть испытаны прежде, чѣмъ приступлено будетъ къ употребленію хлороформа<sup>1)</sup>.

Съ того времени (около 33 лѣтъ тому назадъ), какъ я сталъ употреблять хлороформъ, сначала при производствѣ акушерскихъ операцій, а впослѣдствіи при нормальныхъ родахъ, а равно и при гинекологическихъ операціяхъ, ни къ какимъ аппаратамъ, придуманнымъ для производства общей анестезіи, я не прибѣгалъ. Обыкновенно изъ носоваго платка, компресса или салфетки дѣлается воронкообразный колпачекъ, въ узкую часть его кладется кусокъ простой ваты, который прикрѣпляется англійской булавкой. Въ видахъ соблюденія экономіи въ хлороформѣ иногда между складками колпачка кладется бумага. Въ Спб. Родовспомогательномъ Заведеніи употребляется самый простой аппаратъ *Skinner'a*, имѣющій видъ небольшой маски, состоящей изъ фланелеваго мѣшка, натянутаго на проволочную сѣтку (фиг. 137). Для дозировки хлороформа всего лучше имѣть градуированную стклянку по прилагаемому рисунку (фиг. 138). Подъ рукой всегда должны находиться: *Liq. ammonii caustici*, щипцы для вытягиванія языка, шприцъ для подкожнаго впрыскиванія возбуждающихъ средствъ, нѣсколько полотенецъ и тазъ или какая либо другая посуда на случай рвоты. При производствѣ акушерскихъ операцій необходимъ помощникъ для анестезированія, который слѣдитъ за дѣйствіемъ хлороформа и принимаетъ всѣ мѣры предосторожности, отвѣтствуя въ томъ только случаѣ, если эти послѣднія имъ были упущены. При физиологическихъ родахъ, помощника для этой цѣли не требуется.

1) 1. *Качества хлороформа.* Онъ долженъ быть совершенно безцвѣтенъ, прозраченъ, собственнаго, для большинства людей пріятнаго запаха, сладковатаго жгучаго вкуса и совершенно летучъ безъ всякаго остатка. Удѣльный вѣсъ при содержаніи 1% безводнаго спирта=1.485.

2. *Пробы:* а) Въ спиртѣ и эфирѣ растворяется, не образуя никакой мути.

б) При взбалтываніи хлороформа съ чистою водою (1: 20) образуется мутноватый водный растворъ хлороформа. Черезъ нѣсколько времени водная жидкость сливается и испытывается реактивною бумажкою—синюю и красною, причемъ не должно быть ни кислой, ни щелочной реакціи.

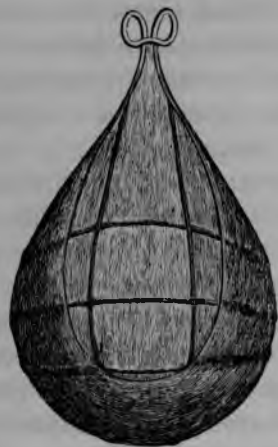
в) Въ реактивную трубку вливаютъ 3j спирта, 5 капель раствора азотно-кислаго серебра, взбалтываютъ, прибавляютъ 3β хлороформа и опять взбалтываютъ. При этомъ не должно образоваться никакой мути, указывающей на присутствіе соляной кислоты и другихъ хлористыхъ соединеній.

г) Капель 10 хлороформа вливаютъ въ трубку, прибавляютъ 3β раствора іодистаго калия (1: 20) и наблюдаютъ поверхность хлороформа. Если онъ чистъ, то обѣ жидкости прозрачны и безцвѣтны. Если же хлороформъ содержитъ даже слѣды хлора, тогда на границѣ обѣихъ жидкостей появляется фіолетовое окрашиваніе. Это прекрасная проба.

е) Въ стклянку съ притертою пробкою вливаютъ 3β хлороформа и 3β чистой крупнкой (безцвѣтной) сѣрной кислоты; смѣсь взбалтываютъ и оставляютъ на часъ. Чистый хлороформъ не придастъ сѣрной кислотѣ ни малѣйшаго окрашиванія, хлороформъ же, содержащій хлористыя соединенія этила, амила и пр., окраситъ сѣрную кислоту въ бурый цвѣтъ. Стклянка передъ употребленіемъ должна быть выполоскана сѣрною кислотою.

Обыкновенно сначала я самъ хлороформирую, затѣмъ это дѣло поручаю акушеркѣ или одному изъ членовъ семейства, которые по моему указанію и подѣ моимъ руководствомъ, смотря по надобности, то удаляютъ, то приближаютъ къ лицу роженицы колпачекъ съ хлороформомъ. Самой роженицѣ никогда не слѣдуетъ довѣрять ни хлороформа, ни хлороформирования. Не слѣдуетъ приступать къ хлороформированію

Фиг. 137.



Фиг. 138.



безъ согласія роженицы. Въ настоящее время не только интеллигентныя роженицы, но и простолюдинки сами просятъ облегчить ихъ страданія хлороформомъ. По моему убѣжденію, врачи, заботящіеся объ облегченіи человѣческихъ страданій, не вправѣ отказать въ этомъ и роженицамъ, примѣняя надлежащимъ образомъ хлороформированіе къ данному случаю. Позволительнымъ считаю предлагать роженицѣ хлороформъ съ нѣкоторою даже настойчивостью въ тѣхъ только случаяхъ, гдѣ онѣ имѣютъ терапевтическое показаніе, т. е. гдѣ необходимо устранить одну изъ аномалій родового акта или произвести какую либо операцію.

Способъ хлороформирования слѣдующій:

Роженица остается въ постели въ горизонтальномъ положеніи на спинѣ съ приподнятою верхнею частью туловища. Все то, что можетъ стѣснять дыханіе и кровообращеніе, удаляется. Кишечникъ и мочевой пузырь должны быть опорожнены, если этого не было сдѣлано въ началѣ родовъ. Искусственные зубы должны быть удалены. Грудь обнажается настолько, чтобы во время хлороформирования можно было слѣдить за дыханіемъ. Лампа или свѣча устанавливается такъ, чтобы грудь и лицо были достаточно освѣщены. Кругомъ соблюдается тишина; на вопросы хлороформируемой не слѣдуетъ отвѣчать. Само собою разумѣется, что, прежде чѣмъ приступлено будетъ къ хлороформированію, опредѣляется состояніе легкихъ, сердца и пульса.

Послѣ всего этого, наливаемъ на вату около Эж или отъ 30 до



40 капель <sup>1)</sup> хлороформа и подносимъ колпачекъ къ носу и ко рту роженицы, удерживая его на нѣкоторомъ разстояніи (около 5 см.); совѣтуемъ роженицѣ дышать спокойно и равномерно съ открытымъ ртомъ. Никогда *не слѣдуетъ* приближать колпачекъ сразу ко рту и къ носу роженицы, ибо смѣшеніе паровъ хлороформа съ значительнымъ количествомъ (до 96<sup>0</sup>/о) атмосфернаго воздуха необходимо въ виду того, что введеніе сразу большаго количества хлороформа можетъ, при температурѣ комнаты выше 18<sup>0</sup> R., вызвать *spasmus glottidis*, асфиктическіе припадки и параличъ сердца. Хлороформъ, попадая на кожу лица и носа, вызываетъ родъ эритемы, поэтому недурно эти части смазать губною помадою, кольдкремомъ или вазелиномъ. Послѣ нѣсколькихъ вдыханій, убѣдившись, что роженица переноситъ хорошо хлороформъ, колпачекъ, смотря по надобности, можно приблизить ко рту.

Съ самаго начала хлороформированія и до пробужденія бдительно слѣдимъ за *дыханіемъ, пульсомъ, зрачками и лицомъ роженицы, а также не упускаемъ изъ виду родовую дѣятельность матки*. Послѣ достаточнаго числа вдыханій (отъ 10 до 20), въ громадномъ большинствѣ случаевъ, роженицы становятся спокойнѣе и, смотря по продолжительности промежутковъ между болями, по воспримчивости организма къ хлороформу, а равно и по тому, въ какомъ нравственномъ и психическомъ настроеніи находится анестезируемая, слѣдующія маточныя сокращенія вызываютъ или незамѣтныя, или болѣе слабыя болевыя ощущенія. Въ это время роженицы могутъ правильно отвѣчать на предлагаемые вопросы и иногда заявляютъ о своемъ блаженномъ состояніи; дыханіе при этомъ совершается нормальнымъ образомъ; пульсъ чаще всего замедляется, но становится полнѣе, ритмически болѣе правильнымъ. Зрачки расширяются, но правильно реагируютъ. На лицѣ видно спокойствіе. Дѣятельность маточныхъ сокращеній и брюшнаго пресса не измѣняется, а въ случаяхъ бывшей дотолѣ неправильности она видимо улучшается. Иногда же наблюдается кратковременное психическое и мускульное возбужденіе, выражающееся бредомъ въ различныхъ видахъ, напр. безсвязною болтливостью, крикомъ, декламаціею, пѣніемъ, смѣхомъ, изъявленіемъ чувствъ уваженія или любви, или напротивъ бранью и т. п., а также конвульсивными подергиваніями различныхъ группъ мышцъ, *trismo*, тоническими судорогами конечностей, за которыми слѣдуетъ расслабленіе мышцъ, а затѣмъ полное спокойствіе, сопровождающееся, повидимому естественнымъ, глубокимъ сномъ, въ теченіи нѣсколькихъ минутъ. Весьма вѣроятно, что вліянію хлороформа, въ этомъ періодѣ анестезіи всего сильнѣе подвергаются мозговыя полушарія.

Описанное состояніе составляетъ предѣлъ *неполной*, такъ называемой *акушерской анестезіи*, которую, мнѣ кажется, всего цѣлесообразнѣе назвать *болеутоляющею*. Сознаніе при ней въ большинствѣ случаевъ сохраняется. Эта степень анестезіи примѣняется при нормальныхъ

---

<sup>1)</sup> Капли хлороформа очень легковѣсны, одна капля его вѣситъ 0.020 грамма или 1/50 грана.

родахъ и можетъ быть безнаказанно поддерживаема, смотря по надобности и сообразно воспримчивости организма въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, болѣе или менѣе продолжительное время. Познакомившись съ дѣйствіемъ хлороформа на анестезируемую роженицу и замѣтивъ по часамъ продолжительность промежутковъ между маточными сокращеніями или потугами, подносимъ хлороформъ за нѣсколько секундъ до ихъ наступленія. Въ случаѣ же, если этотъ расчетъ окажется невѣрнымъ, нужно воспользоваться стономъ или какимъ-либо другимъ движеніемъ роженицы, свидѣтельствующимъ о появленіи родовой боли. Поддерживая анестезію, удастся иногда подмѣтить и число потребныхъ для успокоенія роженицы вдыханій хлороформа. По мѣрѣ того, какъ хлороформъ улетучивается, подливаемъ его вновь въ небольшомъ количествѣ, сообразно его дѣйствію.

*Полная* или такъ называемая *хирургическая* анестезія, требующая болѣе продолжительнаго дѣйствія хлороформа, выражается полною потерей сознанія и уничтоженіемъ рефлексовъ, причѣмъ дыханіе и кровообращеніе остаются ненарушенными и зрачки слабо реагируютъ. Повидимому, въ этомъ періодѣ анестезіи остается въ своей силѣ только функція продолговатаго мозга. При полной анестезіи производятся хирургическія и акушерскія операціи. Родовая дѣятельность матки иногда на непродолжительное время (отъ 10 до 20 мин.) останавливается, но послѣ этого отдыха матка и брюшной прессъ продолжаютъ работать съ прежнею силою, въ случаѣ же, если дѣятельность ихъ была ненормальна, то она дѣлается правильнѣе. Впрочемъ остановка потужной дѣятельности матки чаще бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ роженица сразу доводится до полной анестезіи, при постепенномъ же, хотя и продолжительномъ хлороформированіи съ перерывами остановка потугъ случается рѣже.

Что касается до *дѣйствія хлороформа*, то съ тѣхъ поръ, какъ *Simpson* положилъ прочное начало употребленію паровъ хлороформа въ акушерской практикѣ, явился громадный рядъ работъ, относящихся къ разъясненію дѣйствія хлороформа не только на животный организмъ вообще, не исключая и человѣка, но и въ частности на роженицъ, какъ при патологическихъ, такъ и при физиологическихъ родахъ, а также и на утробнаго младенца. Несмотря однакоже на громадные труды знаменитыхъ экспериментаторовъ всѣхъ интеллигентныхъ странъ свѣта, вопросъ о физиологическомъ дѣйствіи хлороформа на человѣчскій организмъ остается до сихъ поръ открытымъ, въ смыслѣ сущности дѣйствія. Большинство врачей и физиологовъ полагаетъ, что кровь, подъ вліяніемъ вдыхаемаго хлороформа, не измѣняется въ своихъ составныхъ частяхъ и служитъ только передаточною средою, доносящею до нервныхъ центровъ вещество, дѣйствующее на нихъ доселѣ неизвѣстнымъ образомъ; меньшинство же изслѣдователей доказываетъ, что кровь претерпѣваетъ измѣненія, сосредоточивающіяся въ красныхъ кровяныхъ шарикахъ. По *Claude Bernard* у, подъ вліяніемъ хлороформа развивается анэмія мозга.

То же самое слѣдуетъ сказать и о дѣйствіи хлороформа на роже-

ницъ, а именно, что оно недостаточно выяснено экспериментальнымъ путемъ, поэтому поневолѣ приходится довольствоваться только клиническими наблюденіями, которыя тоже разнорѣчны.

Извѣстно, что при хлороформированіи весьма опасныя припадки появляются или со стороны легкихъ, или со стороны сердца, или же со стороны того и другого вмѣстѣ. Эти припадки могутъ появиться иногда въ самомъ началѣ хлороформированія при *относительно* чрезмѣрномъ насыщеніи организма хлороформомъ, въ другихъ же случаяхъ они обнаруживаются лишь вслѣдствіе слишкомъ *продолжительнаго* его употребленія. Разстройство дыханія обнаруживается въ формѣ асфиксіи или постепенно, или внезапно, причеиъ лицо и губы синѣютъ, глаза выпячиваются, шейныя вены напругаются, дыханіе становится хрипящимъ, поверхностнымъ, наконецъ, дыхательныя движенія грудной клѣтки прекращаются и стѣнки живота представляются плотными, напряженными и неподвижными. Къ этому присоединяется, а иногда и предшествуетъ *trismus* съ западеніемъ языка назадъ, причеиъ надгортанный хрящъ прижимается къ черпаловиднымъ. Остановка дыханія и прекращеніе пульса, а равно и неправильности ихъ проявляются раньше другихъ припадкоиъ асфиксіи; вмѣстѣ съ остановкою дыханія исчезаетъ и пульсъ, иногда же наоборотъ сначала исчезаетъ пульсъ, а потомъ останавливается дыханіе. Причина такого затрудненнаго дыханія, точнѣе выдыханія, зависитъ или отъ судорожнаго (рефлекторнаго), или отъ механическаго закрытія голосовой щели инородными тѣлами, случайно туда попавшими, напр. кусочками твердой пищи при рвотѣ, искусственными зубами и т. д.

*Внезапное появленіе обморока (syncope, апоѳ)*, безъ малѣйшихъ предвѣстниковъ со стороны дыханія и пульса, принадлежитъ къ самымъ зловѣщимъ и опаснымъ. Сердечныя тоны становятся неясными или даже вовсе не слышатся. Лицо представляется осунувшимся, блѣднымъ, съ трупнымъ оттѣнкомъ (*facies hippocratica*), нижняя челюсть отвисаетъ, зрачки сильно расширяются и не реагируютъ, роговица тускнѣетъ. Изъ вскрытой артеріи кровь не идетъ вовсе или сочится по каплямъ и бываетъ темнаго цвѣта. Мышцы парализуются <sup>1)</sup>.

Опыты *Scheinesson'a* съ нѣкоторою достовѣрностью указываютъ на то, что пары хлороформа прямо дѣйствуютъ на сердце и что подъ вліяніемъ ихъ можетъ развиваться параличъ сердечныхъ и дыхательныхъ нервныхъ центровъ.

Прозект. *К. Н. Виноградовъ* своими микроскопическими изслѣдованіями сердца лягушекъ и нѣкоторыхъ теплокровныхъ животныхъ, а равно и изслѣдованіемъ двухъ сердецъ людей, умершихъ во время хлороформированія, доказываетъ, что при отравленіи хлороформомъ нервныя узлы сердца подвергаются зернистому измѣненію съ помутнѣніемъ протоплазмы. Кроме того, сравнивая эти измѣненія съ таковыми же у людей, умершихъ отъ другихъ причинъ (въ томъ числѣ и отъ асфиксіи у повѣсившихся), онъ утверждаетъ, что эти измѣненія обуславливаются только отравленіемъ хлороформомъ.

Нельзя отвергать, что подобнаго рода асфиксіи не невозможны и

<sup>1)</sup> Желаящему познакомиться ближе съ мнѣніями различныхъ авторовъ относительно причинъ асфиксіи и другихъ опасныхъ осложненій при хлороформированіи рекомендую сочиненіе *Kappeler'a*.

при хлороформированіи рожениць, хотя я былъ до сихъ поръ настолько счастливъ, что не имѣлъ такого случая.

Не могу не обратить вниманія на то, что картина явленій при хлороформированіи не всегда проявляется въ такой послѣдовательности, въ какой она только что изложена, и что подчасъ весьма трудно положить границу между полною и неполною анестезіею. Въ какомъ бы порядкѣ эти явленія ни слѣдовали, они не должны озабочивать врача до тѣхъ поръ, пока *дыханіе* и *пульсъ* представляются правильными, а равно пока *родовая дѣятельность матки не нарушается*. На большинство рожениць хлороформъ дѣйствуетъ ideally хорошо, иногда бываетъ достаточно нѣсколькихъ вдыханій, чтобы дѣйствіе его обнаружилось непосредственно спокойнымъ сномъ съ прекращеніемъ болевыхъ ощущеній, причѣмъ роды подвигаются своимъ порядкомъ. Вообще возбужденіе, если и бываетъ, то проявляется весьма кратковременно и едва замѣтно, у женщинъ же нервныхъ, раздражительныхъ, истерическихъ и особенно у тѣхъ, которыя долгое время находились подъ гнетомъ тяжелаго нравственнаго впечатлѣнія (горя, страха, испуга и т. п.), явленія возбужденія бываютъ продолжительнѣе, и тогда боль хотя и уменьшается, но не такъ скоро. Мнѣ случалось неоднократно наблюдать у одной и той же роженицы, подвергаемой хлороформированію при нѣсколькихъ родахъ, неодинаковое дѣйствіе хлороформа <sup>1)</sup>. Изслѣдуя причины, можно было остановиться только на томъ, что неудовлетворительное дѣйствіе хлороформа, понятнo доброкачественнаго, зависѣло исключительно отъ нравственныхъ причинъ. Подобное же неодинаковое дѣйствіе хлороформа наблюдается не только у рожениць, но и у небеременныхъ, а равно и у мужчинъ.

<sup>1)</sup> Примѣромъ не всегда одинаковаго дѣйствія хлороформа на человѣческой организмъ можетъ служить одинъ, очень близкій мой знакомый. Онъ страдалъ съ юношескаго возраста *neuralgia nervi trigemini*, а въ послѣднее время, вслѣдствіе эмфиземы легкихъ, — астматическими припадками, которые появлялись преимущественно ночью и сопровождались спазмодическимъ кашлемъ, въ видѣ наркosisмовъ, продолжавшимся иногда часа 2 сряду. Испытавъ почти безъ успѣха морфій, кодеинъ, *extr. hyosциami, chloral. hydrat.* въ среднихъ дозахъ, онъ въ хлороформѣ нашелъ единственное палліативное средство, которое дѣйствовало благотворно, прекращая наркosisмъ безъ преувеличенія въ нѣсколько секундъ и пока безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій. Въ теченіи прошлой зимы онъ испытывалъ надъ собой десятки разъ вліяніе хлороформа и продолжалъ это средство до лѣта, пока ему не удалось въ Эмсѣ избавиться отъ своего страданія. Обыкновенно на узелокъ платка наливали отъ 20 до 25 капель хлороформа, который онъ клалъ между зубами и дѣлалъ глубокія вдыханія. При первыхъ двухъ вдыханіяхъ онъ ощущалъ чувство ссаденія въ гортани, при 3 и 4 шумъ и легкій звонъ въ ушахъ, при 5 и 6 какое-то пріятное ощущеніе во всемъ организмѣ, при 7 или 8 вдыханіи уже ничего не помнилъ и засыпалъ, кашель прекращался и онъ преспокойно спалъ нѣсколько часовъ и просыпался довольно бодрымъ. Однакоже 2 или 3 раза случилось, что подъ вліяніемъ усталости и раздраженнаго состоянія хлороформированіе вызвало возбужденное состояніе, обнаруживавшееся рѣчью о томъ дѣлѣ, которымъ онъ былъ заинтересованъ въ теченіи дня и попыткою бѣжать съ постели. Когда это случилось первый разъ, его разбудили и онъ помнилъ, о чемъ говорилъ; послѣ пробужденія кашель и стѣненіе въ груди усилились, ему дали еще хлороформа, и послѣ нѣсколькихъ вдыханій онъ уснулъ и про-

Кромѣ того не могу не упомянуть о тѣхъ, впрочемъ, рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ наблюдалось ослабленіе, а иногда и временное прекращеніе потугъ и вообще родовой дѣятельности. Я убѣжденъ, что ненормальное нервное состояніе, будетъ ли оно угнетенное или возбужденное, играетъ весьма важную роль при анестезированіи. Это отчасти доказывается родовымъ актомъ. Роженица, ожидающая облегченія своихъ страданій отъ хлороформа, при поднесеніи его ко рту вдыхаетъ пары совершенно спокойно, между тѣмъ какъ женщина, готовящаяся къ операціи, находится въ болѣе или менѣе тревожномъ состояніи, подъ гнетомъ страха смерти или отъ хлороформа, или отъ операціи. Кромѣ того, роженицы большею частью бываютъ здоровы, со здоровыми легкими и *нормальнымъ* сердцемъ, больныя же, подлежащія хирургическимъ операціямъ, часто бываютъ ослаблены патологическими процессами, подчасъ же страдаютъ болѣзнями сердца и легкихъ. На основаніи этого я принялъ для себя за правило, никогда не объявлять *роженницъ*, что ей можетъ представиться надобность въ томъ или другомъ оперативномъ пособіи. Мнѣ неоднократно случалось одну и ту же особу хлороформировать во время родоразрѣшенія и при хирургической операціи (хотя бы напр. при вырваніи зуба); въ *первомъ* случаѣ хлороформъ дѣйствовалъ вполне удовлетворительно, во *второмъ* же явленія возбужденія преобладали, почему для анестезіи требовалось гораздо больше и хлороформа и времени.

Что касается до вліянія анестезіи на *продолжительность всего родового акта*, то для разрѣшенія этого весьма важнаго и вмѣстѣ съ тѣмъ очень труднаго по многосложности вопроса приняты были во вниманіе съ одной стороны изгоняющія силы матки, съ другой сопротивленіе, встречаемое плодомъ при прохожденіи его черезъ родовые пути. Этимъ способомъ дѣло однако не выяснилось, ибо одни акушеры утверждали, что подъ вліяніемъ хлороформа роды замедляются, другіе же, наоборотъ, доказывали, что они ускоряются. Тогда обратились за рѣшеніемъ этого вопроса къ частотѣ наложенія щипцовъ, полагая, что если роды при хлороформированіи затягиваются, то число наложенія щипцовъ при ономъ должно быть больше, чѣмъ это было до употребленія хлороформа, и наоборотъ, если роды при хлороформированіи ускоряются, то потребность въ щипцахъ должна быть меньше. Изгоняющую силу матки старались опредѣлить экспериментальнымъ путемъ, изслѣдуя у постели роженицъ силу, частоту и продолжительность каждой боли, а равно и продолжительность паузъ (*Winckel*, *Гуровичъ* и *Pinard*). Хотя работы *Winckel*'я и *Гуровича* и подтвердили единогласно голословныя мнѣнія тѣхъ акушеровъ, которые утверждали, что паузы удлиняются, а *акте* боли укорачивается, но въ самомъ методѣ изслѣдованія вкрались неизбѣжныя неточности. Подъ вліяніемъ различныхъ обстоятельствъ процессъ родовъ и безъ хлороформированія представляется весьма сложнымъ, из-

снулся по обыкновенію. Для успокоенія кашля, случавшагося днемъ, достаточно было 4—5 выдыханій хлороформа.

мѣнчивымъ, сократительная дѣятельность матки разнообразною, промежутки неодинаковой продолжительности; при томъ рука самаго опытнаго акушера не всегда можетъ съ математическою точностью опредѣлить начало, *асте* и конецъ каждой отдѣльной боли. Работы *Winckel*'я и *Lувровича* безспорно положили прочное основаніе для дальнѣйшихъ изслѣдованій въ этомъ направленіи; однако работы ихъ нельзя считать разрѣшающими вопросъ окончательно; быть можетъ, примѣненіе токодинамометра разъяснитъ точнѣе вопросы, относящіеся къ дѣйствию анестетическихъ средствъ вообще на родовую дѣятельность матки.

*Частота наложенія щипцовъ* тоже не дала ожидаемыхъ результатовъ, по причинѣ малочисленности наблюдений.

Чтобы сколько возможно осязательнѣе убѣдиться въ дѣйстви *паровъ* хлороформа на изгоняющія силы, имѣющія прямую связь съ продолжительностью родовъ, я сдѣлалъ нѣсколько десятковъ наблюдений въ періодъ прорѣзыванія головки плода. Для этого избраны были мною преимущественно первородящія съ правильными потугами и совершенно нормальнымъ ходомъ родовъ. Мнѣ кажется, что въ этомъ періодѣ всего нагляднѣе можно судить о вліяніи потужной силы на поступательное движеніе подлежащей части и особенно головки, а равно до нѣкоторой степени и о способности промежности къ растяженію. На основаніи этихъ наблюдений я могу сказать, что во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ удавалось роженицѣ удержать въ границахъ *неполной анестезіи*, замѣтнаго вліянія этой послѣдней на потужную дѣятельность не было; во всѣхъ же тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ анестезія приближалась къ *полной*, потужная дѣятельность прекращалась на весьма непродолжительное время отъ 10 до 30 мин. (*maximum*). Напираніе головки на промежность, постепенное растяженіе послѣдней и наружныхъ дѣтородныхъ частей, а также успѣшное прорѣзываніе головки указывали на то, что дѣйствіе потугъ на ходъ родовъ при *неполной анестезіи* остается такимъ же, какъ и безъ хлороформированія. При *полной анестезіи*, особенно вызванной сразу, потуги б. ч. ослабѣваютъ, иногда даже прекращаются на довольно продолжительное время, а при весьма сильномъ насыщеніи роженицы хлороформомъ прорѣзываніе головки можетъ замедлиться настолько, что въ виду сохрaненія жизни плода можетъ потребоваться спорынья или даже наложеніе щипцовъ. Поэтому въ 4-мъ (2-мъ) періодѣ родовъ нужно сообразоваться съ дѣйствіемъ хлороформа на потужную дѣятельность и умѣть соразмѣрять количество его съ особенностями даннаго случая. Какъ при *полной*, такъ и при *неполной анестезіи* болевыхъ ощущеній не бываетъ или по крайней мѣрѣ они ослабѣваютъ.

Резистенція промежности повидимому не подчиняется вліянію хлороформа. Не могу однакоже не упомянуть о томъ, что цѣлость промежности сохраняется труднѣе при хлороформированіи, чѣмъ безъ онаго. Это объясняется однакоже не вреднымъ вліяніемъ хлороформа на промежность, а тѣмъ, что нѣкоторыя изъ роженицъ подъ вліяніемъ анестезіи сильно мечутся и, не будучи въ состояніи владѣть собою, не вы-

держиваютъ требуемаго положенія въ этомъ періодѣ родовъ и лишаютъ возможности поддерживать промежность надлежащимъ образомъ. Поэтому всего лучше, въ этомъ періодѣ родовъ, давать роженицамъ, находящимся подъ вліяніемъ анестезіи, положеніе на боку, все равно будетъ ли это перворождающая или многорожавшая.

Принимая въ соображеніе всѣ обстоятельства родового акта, я на основаніи многочисленныхъ наблюденій пришелъ къ заключенію, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ хлороформированіе, примѣняемое рационально, не удлиняетъ родового акта. Вся трудность при хлороформированіи заключается въ томъ, что даже при большой опытности и навыкѣ весьма трудно уловить индивидуальную воспримчивость роженицы къ хлороформу и опредѣлить потребное количество его для производства неполной анестезіи. При умѣломъ хлороформированіи, соответственно каждому отдѣльному случаю, напр. при неправильныхъ сокращеніяхъ матки, при спазмодическихъ потугахъ, при спазмѣ маточнаго зѣва, родовый актъ безъ сомнѣнія сокращается. Въ этихъ случаяхъ со-вѣтуютъ доводить роженицу до полной анестезіи, удерживать ее въ этомъ состояніи около  $\frac{1}{2}$  часа, затѣмъ хлороформированіе прекращать на нѣкоторое время и потомъ снова возобновлять. Иногда при этомъ оказывается весьма полезнымъ впрыскиваніе подъ кожу морфія или употребленіе хлорала въ клистирахъ до  $\frac{3}{\beta}$  на одинъ разъ.

Если даже допустить, что анестезія удлиняетъ роды, то спрашивается, что легче для роженицы: родить ли, страдая напр. одинъ часъ, или безъ страданій вдвое дольше? Конечно всякая женщина согласится на послѣднее.

*Въ какомъ періодѣ родовъ всею лучше начинать хлороформированіе?* По поводу этого вопроса были высказаны различныя мнѣнія. Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ роженицы всего сильнѣе страдаютъ во время прохожденія предлежащей части плода, черезъ маточный зѣвъ, то съ самаго начала примѣненія мною анестезіи къ физиологическимъ родамъ, я принялъ за правило начинать хлороформированіе въ періодѣ раскрытія маточнаго зѣва, когда предлежащая часть напираетъ на нижній отрѣзокъ матки и механически содѣйствуетъ раскрытію зѣва. Въ это время вслѣдствіе мѣстнаго раздраженія не только раздражительность матки, но и всего организма усиливается. Этому правилу я слѣдую и въ настоящее время, конечно съ нѣкоторыми исключеніями, требующими иногда болѣе ранняго, иногда болѣе поздняго хлороформированія. Жестокія и невыносимыя боли, въ какомъ бы періодѣ родовъ онѣ ни появлялись, устраняются или значительно облегчаются хлороформированіемъ. Къ слишкомъ раннему же хлороформированію вообще не слѣдуетъ прибѣгать. Мнѣніе акушеровъ, допускающихъ хлороформированіе только въ періодѣ изгнанія плода, не совсѣмъ вѣрно. Стоитъ только понаблюдать эти два періода родовъ (т. е. раскрытіе зѣва и прорѣзываніе головки) и поразспросить у роженицъ, то громадное большинство ихъ скажетъ, что потуги легче маточныхъ сокращеній.



Роженицы, по рожденіи младенца на свѣтъ, обыкновенно просыпаются отъ хлороформа сами собою, въ случаѣ же надобности ихъ легко разбудить, освѣжая лицо вѣромъ, вспрыскивая водой, *eau de Cologne*, или поднося къ носу *liquor ammonii caustici*. Изгнаніе послѣда совершается обыкновенно безъ хлороформа. Едва ли хлороформированіе имѣеть вредное вліяніе на послѣдовья маточныя сокращенія, почему сомнительно, чтобы анестезія причиняла маточныя кровотеченія.

На послѣродовой періодъ хлороформъ, по моимъ наблюденіямъ, имѣеть скорѣе полезное, чѣмъ вредное вліяніе. Въ первые часы послѣродоваго періода, самочувствіе родильницъ бываетъ удовлетворительно. Крайне рѣдко мнѣ приходилось наблюдать непродолжительную головную боль, а еще рѣже тошноту и рвоту. Въ обратномъ развитіи матки, мнѣ не приходилось замѣтить какихъ либо неправильностей, которыя зависѣли бы исключительно отъ анестезіи. Во многихъ случаяхъ у многоорожавшихъ, послѣродовья боли при употребленіи хлороформа были менѣе болѣзненны, чѣмъ бывшія при прежнихъ родахъ, веденныхъ безъ хлороформа. Я охотно присоединяюсь къ мнѣнію акушеровъ, полагающихъ, что анестезированіе косвенно противодѣйствуетъ послѣродовымъ заболѣваніямъ и тѣмъ содѣйствуетъ скорѣйшему возстановленію общаго состоянія здоровья.

Смертныхъ случаевъ отъ хлороформированія роженицъ, сколько мнѣ извѣстно, у насъ въ Россіи не было. На сдѣланный мною запросъ черезъ газету „Врачъ“ (№ 51, 1883 г., стр. 814), ни одного заявленія до сихъ поръ не послѣдовало. Въ этомъ запросѣ, я просилъ товарищей въ Россіи сообщить мнѣ: не представился ли наблюденію кого либо изъ нихъ случай хлороформированія роженицы со смертельнымъ исходомъ, и описаніе сопутствовавшихъ обстоятельствъ. Изъ 40 случаевъ, обнародованныхъ противниками анестезіи и разобранныхъ *E. Dutertré* о<sup>1)</sup>, оказывается, что только два смертныхъ случая можно съ нѣкоторою вѣроятностью приписать анестезіи хлороформомъ.

Несмотря однакоже на все это, нельзя согласиться съ мнѣніемъ *Romiti, Fredé, Trousseau* и другихъ, которые абсолютно отвергаютъ возможность смерти отъ хлороформированія роженицъ. Поэтому акушеру необходимо знать неблагопріятныя осложненія, могущія встрѣтиться при хлороформированіи, а равно и тѣ пособія, которыя при оныхъ употребляются. Въ случаѣ рвоты, нужно приподнять голову и наклонить ее въ ту или другую сторону, для того чтобы удобнѣе было воспринимать извергаемое, и слѣдить, чтобы оно не попало въ дыхательное горло. Обыкновенно нѣсколько усиленныхъ вдыханій хлороформа останавливаетъ рвоту. Впрочемъ, тошнота и рвота у роженицъ случается крайне рѣдко. Прикушенный, вслѣдствіе *trismus*, языкъ освобождается пшаделемъ или ложкою. При западываніи языка, съ появленіемъ затрудненнаго дыханія, языкъ вытягивается пальцами и, въ случаѣ надобности, удерживается устроенными специально для этого щип-

<sup>1)</sup> Op. cit. p. 208—227.

чиками. Этому способствуют также оттягиваніемъ нижней челюсти впередъ, надавливая двумя пальцами сзади на ея углы. При продолжительномъ психическомъ возбужденіи, сопровождающемся мѣстными тоническими и клоническими судорогами, весьма полезнымъ оказывается предварительное подкожное впрыскиваніе *morphii hydrochlorici* отъ  $\frac{1}{8}$  до  $\frac{1}{4}$  грана. Впрочемъ, подобное состояніе встрѣчается весьма рѣдко и то у роженицъ истерическихъ.

Хотя мнѣ, благодаря той осторожности, съ которой я въ теченіи 30 лѣтъ примѣнялъ хлороформированіе у роженицъ, ни разу не пришлось наблюдать внезапное исчезновеніе пульса съ синкопальной асфиксіею при первыхъ вдыханіяхъ хлороформа, однакоже не могу отвергать, что подобный случай можетъ встрѣтиться въ акушерской практикѣ, даже при соблюденіи всѣхъ предосторожностей <sup>1)</sup>.

При отравленіи хлороформомъ примѣняются тѣ же пособія, которыя употребляются вообще и у не роженицъ. При подачіи пособія, главное показаніе состоитъ въ восстановленіи дыханія и дѣятельности сердца. При явленіяхъ постепенно развивающейся асфиксіи, обнаруживающейся неправильностью пульса и дыханія, хлороформированіе должно быть *прекращено* или *вовсе*, или *на время*. Къ повторному хлороформированію, вслѣдъ за его прекращеніемъ, прибѣгаемъ только при крайней необходимости и то съ большою осторожностью. При болѣе или менѣе сильномъ коллапсѣ, впрыскиваемъ подъ кожу около *3j t-rae moschi orient.*, и въ случаѣ надобности впрыскиваніе повторяемъ. Въ томъ случаѣ, если паузы между родовыми болями значительно удлиняются, а равно если послѣднія ослабѣваютъ, я прекращаю хлороформированіе. Въ случаѣ грозныхъ явленій, т. е. прекращенія пульса и дыханія, нужно открыть окна и двери и какъ можно поспѣшнѣе приступить къ производству искусственнаго дыханія. Для этого роженица остается на кровати въ горизонтальномъ положеніи съ согнутыми ногами, съ откинутаю назадъ и опущенною какъ можно ниже головою; языкъ роженицы нужно вытянуть какъ можно сильнѣе, осмотрѣть зѣвъ и, въ случаѣ надобности, очистить его, надгортанный же хрящъ приподнять пальцемъ. Помощникъ становится сбоку или у изголовья роженицы, обхватываетъ полными руками нижнюю часть грудной кѣтки и сильно ее сжимаетъ; затѣмъ, отнявъ ладони и захвативъ пальцами дуги реберъ, онъ старается расширить грудную кѣтку, оттягивая ребра вверхъ и кнаружи. Этотъ приемъ необходимо повторять каждыя 3 секунды (сообразно съ числомъ дыхательныхъ движеній при нормальныхъ условіяхъ) въ теченіи отъ 15 до 30 мин., ибо были случаи, въ которыхъ оживленіе удавалось по истеченіи 20 минутъ отъ прекращенія пульса и дыханія (*Kennedy*). Одновременно съ этимъ, весьма полезно примѣненіе вспомогательныхъ средствъ, какъ-то: обтираніе лица снѣгомъ или льдомъ, опрыскиваніе его или чистой водой просто изо-рта, или съ примѣсью *eau de Cologne* изъ пуль-

<sup>1)</sup> Къ сожалѣнію я не могу съ достовѣрностью указать точной цифры роженицъ, у которыхъ было мною примѣнено хлороформированіе; могу однакоже приблизительно считать ихъ сотнями.

веризатора, хлопанье мокрым полотенцем по лицу, накапывание воды со значительной высоты на подложечку. Сильная струя холодной воды, направленная на подложечку, действует очень энергично. Къ вспомогательнымъ средствамъ относятся также раздраженіе слизистой оболочки носа перомъ смоченнымъ или въ *liq. ammon. caustici* или въ *acet. aromat.*, введеніе въ прямую кишку куска льда и растираніе (*massage*) нижнихъ конечностей.

Только что описаннымъ способомъ искусственнаго возбужденія дыханія, близко подходящимъ къ способу *Max Schüller'a* <sup>1)</sup>, мнѣ удалось въ двухъ упомянутыхъ случаяхъ, при гинекологическихъ операціяхъ, предотвратить печальный исходъ.

Способъ *Schüller'a* отличается отъ способа *Silvestri* <sup>2)</sup> только приемами, употребляемыми для суженія и расширения грудной кѣтки, а именно: при совершенно тѣхъ же условіяхъ со стороны хлороформированной, что и при предыдущемъ способѣ, хлороформаторъ становится позади изголовья, сгибаетъ руки больной въ локтяхъ и помѣщаетъ ихъ на передней поверхности груди, затѣмъ онъ захватываетъ оба локтя и, сильно натягивая внизъ, крѣпко прижимаетъ ихъ къ грудной кѣткѣ; послѣ этого, выпрямивши руки больной, приподымаетъ ихъ вверхъ до соприкосновенія съ головой и въ этомъ положеніи удерживаетъ ихъ около 2 сек. Такимъ образомъ, опусканіемъ рукъ больной способствуютъ выдыханію и удаленію паровъ хлороформа, остающихся въ дыхательныхъ органахъ, приподнятіемъ же рукъ, вслѣдствіе натяженія грудныхъ мышцъ, — расширенію грудной кѣтки и вдыханію. Только что изложенный способъ возбужденія дыханія по своей простотѣ, скорой удобопримѣнности въ каждомъ данномъ случаѣ, а равно рациональности и надежности заслуживаетъ предпочтенія передъ всѣми другими, не исключая и электричества. *Charles Kidd* особенную пользу видѣлъ отъ электрическаго тока, направленнаго на мышцы: *intercostales*, *scaleni*, *serrati* и т. д. Онъ же совѣтуетъ акупунктуру діафрагмы. Если обыкновенныя средства оказываются недостаточными, то въ госпитальной практикѣ, рекомендуемъ приложить одинъ полюсъ обыкновеннаго электро-магнитнаго аппарата къ *nervus phrenicus*, въ томъ мѣстѣ, гдѣ *m. omohyoideus* переключивается *cum m. sternocleidomastoideo*, а другой къ седьмому межреберному пространству. Въ крайнихъ случаяхъ прибѣгаемъ къ ларинготрахеотоміи.

Отвѣтить на вопросы: въ какомъ количествѣ хлороформъ слѣдуетъ давать роженицамъ при самомъ началѣ анестезированія и какое количество его вообще можно дать въ теченіи опредѣленнаго времени и въ продолженіи всего родового акта, — весьма трудно. Съ нѣкоторою опредѣленностью можно еще отвѣтить только на первый вопросъ. Выше уже было сказано, что въ началѣ обыкновенно я наливаю на вату хлороформа около *Эj*, и вотъ почему. При самомъ началѣ введенія хлороформированія, когда я сталъ оное примѣнять

<sup>1)</sup> *Max Schüller*. Berlin. klin. Wochenschr. Juni 1879.

<sup>2)</sup> *Silvestri* (Grandesso). Gazzetta med. Italia provinc. Venete 1874.

только въ случаяхъ, требующихъ акушерскаго оперативнаго пособія, будучи подъ вліяніемъ ученія *Simpson'a*, я примѣнялъ и его способъ хлороформированія, т. е. наливалъ на вату 2 или 3 драхмы хлороформа заразъ и подносилъ колпачекъ къ носу роженицы, прикладывая его почти вплотную. Замѣтивъ у двухъ вышеприведенныхъ небеременныхъ явленія асфиксіи, потребовавшія, какъ мы видѣли, дѣятельныхъ мѣръ для восстановления дыханія, и кромѣ того, у 2 или 3 роженицъ затрудненное, прерывистое дыханіе, вѣроятно вслѣдствіе *spasmus glottidis*, заставившее прекратить на время хлороформированіе, я отказался навсегда отъ способа *Simpson'a* и сталъ употреблять исключительно вышеописанный способъ, т. е. *наливать на вату хлороформа очень мало (maximum 3β), и не приближать колпачка очень близко къ лицу, совѣтуя въ то же время больной дышать открытымъ ртомъ.*

Относительно же втораго вопроса ничего положительнаго нельзя сказать. Я обыкновенно выписываю для роженицы изъ аптеки (а не отъ дрогистовъ)  $\bar{3}ijj$  хлороформа и въ очень немногихъ случаяхъ этого количества оказывалось недостаточно на всѣ роды, большею частью достаточно бываетъ около  $\bar{3}ij$ , нерѣдко мнѣ приходилось употреблять всего только (*minimum*)  $\bar{3}ij$  и въ одномъ случаѣ (*maximum*) два фунта въ теченіи всего родоваго акта. Привожу вкратцѣ этотъ случай:

У роженицы, при врожденномъ удлинненіи влагалищной части матки, раскрытіе зѣва шло весьма медленно и сопровождалось спазмодическими, болѣзненными до изступленія, маточными сокращеніями. Послѣ предварительнаго кроваваго расширенія маточной шейки, роды были окончены, по прошествіи 48 час. отъ ихъ начала, труднымъ извлеченіемъ младенца щипцами; разрывъ плоднаго пузыря послѣдовалъ самъ собой за 12 час. до наложенія щипцовъ. Замѣчательно, что такая громадная доза хлороформа, употребленная въ теченіи двухъ сутокъ и кромѣ того трудное извлеченіе щипцами, при довольно высокою стояніи головки, причинившее неизбѣжную для матери значительную трауму, не причинили дурныхъ послѣдствій. Постродовой періодъ протекъ безъ всякихъ осложненій. Новорожденная оправилась послѣ легкой асфиксіи, осталась въ живыхъ и по настоящее время благоденствуетъ. Хлороформированіе въ этомъ случаѣ производилось сообразно съ болями, т. е. при усиленіи ихъ приемы хлороформа увеличивались, при ослабленіи уменьшались, а съ прекращеніемъ боли хлороформированіе прекращалось.

Просматривая литературу этого вопроса <sup>1)</sup>, я нашелъ нѣсколько подобныхъ исключительныхъ случаевъ, которые конечно, могутъ быть приняты въ число доказательствъ, что хлороформъ можетъ быть употребляемъ въ большихъ приѣмахъ. Спрашивается теперь, какими же правилами руководствоваться при хлороформированіи въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Соглашаясь вполне съ большинствомъ акушеровъ, опытныхъ въ дѣлѣ хлороформированія, слѣдуетъ принять за правило: руководствоваться не количествомъ хлороформа въ опредѣленное время, а дѣйствіемъ его на роженицу, т. е. явленіями имъ производимыми.

*Вліяніе хлороформа на плодъ въ различныя эпохи утробной его жизни, а равно и въ первые дни послѣ рожденія зрѣлаго младенца.* Въ настоящее время, раціональными изслѣдованіями окончательно установлено, что хлороформъ отъ матери переходитъ отчасти въ организмъ утроб-

<sup>1)</sup> Dutertre, l. c., p. 268—270.

наго младенца, что доказывается присутствіемъ хлороформа въ его мочѣ.

*Примѣч.* Еще въ 1848 г., *Hüter* задался этимъ вопросомъ и открылъ въ крови плаценты хлороформъ. Окончательно же разработали этотъ вопросъ *Zweifel, Porak* и *Kybasovъ*. Полемика *Zweifel*'я съ *Fehling*'омъ много содѣйствовала разъясненію этого вопроса въ утвердительномъ смыслѣ.

Что касается вліянія хлороформа на здоровье младенца во время утробной жизни и послѣ рожденія его на свѣтъ, то, разсматривая литературу по этому вопросу и присовокупляя свои наблюденія, я пришелъ къ убѣжденію, что хлороформъ безвреденъ какъ для того, такъ и для другого. Сомнительно также, чтобы неполная анестезія причиняла желтуху у новорожденныхъ. Въ безвредности хлороформированія для плода я неоднократно убѣждался, изслѣдуя его сердцебіеніе во время родовъ, не сопровождавшихся ни малѣйшимъ осложненіемъ. Согласно съ наблюденіями другихъ я находилъ, что оно при началѣ хлороформированія, въ большинствѣ случаевъ, ускоряется (на 8—12 ударовъ) на весьма короткое время и затѣмъ возвращается къ первоначальной частотѣ. Нельзя не указать на то, что такое вліяніе хлороформа на плодъ было наблюдаемо при употребленіи его въ небольшомъ количествѣ. Насколько вредно вліяніе большого количества хлороформа на плодъ, рѣшить безпристрастно весьма трудно, такъ какъ въ такихъ количествахъ онъ примѣняется исключительно при неправильныхъ родахъ, когда существуетъ много другихъ причинъ, могущихъ причинить слабость и даже смерть плода. Во всякомъ случаѣ нельзя вовсе отвергать возможность вреднаго вліянія хлороформа на плодъ на томъ только основаніи, что во время хлороформированія сердцебіеніе его отчетливо слышно, такъ какъ безошибочному изслѣдованію фетальнаго сердцебіенія не мало препятствуютъ стоны роженицы, безпокойство и боль, вызываемая приложеніемъ уха или стетоскопа къ брюшнымъ стѣнкамъ. Я думаю, что каждому акушеру не разъ случалось съ трудомъ находить сердцебіеніе плода, заглушаемое стопами матери, между тѣмъ какъ, послѣ употребленія хлороформа, оно представлялось отчетливымъ и во всѣхъ отношеніяхъ правильнымъ. Съ другой стороны я позволяю себѣ высказать, что даже есть случаи, въ которыхъ хлороформированіе сохраняетъ жизнь плода, напр., при спазмодическихъ боляхъ, при спазмѣ зѣва, а можетъ быть, и при эклампсіи.

Я не могу представить неопровержимыхъ фактовъ, и въ литературѣ таковыхъ не имѣется, которые убѣдили бы меня, что хлороформъ самъ по себѣ можетъ быть причиною выкидыша. Не припоминаю даже ни одного случая выкидыша, который бы послѣдовалъ за выдергиваніемъ, во время беременности, зубовъ, которое производилось, по моему совѣту, подъ хлороформомъ. Въ литературѣ имѣются примѣры, что беременность не прерывалась даже послѣ такихъ операцій, какъ лапаротомія и овариотомія, несмотря на обильное употребленіе хлороформа.

У меня былъ слѣдующій случай: одной 40-лѣтней беременной въ 1-й разъ, по моему приглашенію, профес. *Ландцертонъ*, на 4-мъ мѣсяцѣ беременности, было произведено вылуценіе липомы изъ брюшныхъ стѣнокъ вблизи пупка, величиною въ голову взрослого человѣка. И такъ какъ во время операціи оказалось, что липома плотно срос-

слась на пространствѣ полуладони съ брюшиной, то пришлось удалить значительный кусокъ послѣдней. Хлороформа употреблено мною около  $\frac{3}{4}$  унціи. Несмотря на это беременность не была нарушена. Роды наступили въ срокъ и протекли благополучно. Новорожденный хорошо сформированъ.

*Вліяніе хлороформа на младенца чрезъ посредство молока матери.* Вопросъ этотъ съ акушерской точки зрѣнія не представляетъ особеннаго интереса, ибо новорожденный прикладывается къ груди матери чрезъ 8—12 часовъ по окончаніи родовъ. Весьма вѣроятно однако, что хлороформъ въ ограниченномъ количествѣ переходитъ въ молоко кормилицы, но, можетъ ли онъ дѣйствовать на младенца снотворнымъ образомъ, подобно опиатнымъ препаратамъ, требуется еще подтвержденіе, несмотря на то, что въ наукѣ имѣются 2 немаловажныхъ факта. Такъ, *Chassaïgnac* сообщилъ случай, въ которомъ новорожденный большую часть сутокъ провелъ въ сонливомъ состояніи съ ноблѣднѣвшимъ лицомъ, вслѣдствіе того, что мать, проснувшись отъ хлороформированія два часа спустя послѣ родовъ, вскорѣ накормила его грудью. *Scanzoni* наблюдалъ, что новорожденный спалъ глубокимъ сномъ 8 часовъ и послѣ этого еще 1 или 2 дня былъ въ состояніи агитаціи, вслѣдствіе того, что мать покормила его спустя 3 часа по пробужденіи отъ хлороформа.

Изъ всего вышесказаннаго о хлороформѣ, а равно, руководствуясь многочисленными своими наблюденіями надъ роженицами, я пришелъ къ слѣдующему заключенію. Примѣненіе хлороформа заслуживаетъ полной рекомендаціи не только при неправильныхъ, но и при правильныхъ родахъ. Вызывая болеутоляющіе и снотворные эффекты, хлороформъ, при рациональномъ употребленіи его, вообще не ослабляетъ родовой дѣятельности, равно какъ при соблюденіи предписываемыхъ наукою и практикою предосторожностей не грозитъ опасными послѣдствіями ни для роженицы, ни для плода.

Къ числу такихъ предосторожностей, *прежде всего*, относится *чистота самаго медикамента*, затѣмъ: 1. Хлороформированіе роженицы должно производиться постепенно и съ перерывами. Насыщеніе организма хлороформомъ сразу (*d'emblée*) большими дозами не должно быть допускаемо. Слѣдуетъ наливать на вату или на колпачекъ *maximum*  $\frac{5}{8}$  заразъ.

2. Такъ какъ конечная цѣль хлороформированія во время нормальныхъ и патологическихъ родовъ заключается въ уничтоженіи болевыхъ ощущеній, поддающихся, какъ извѣстно, далеко неодинаково анестезіи, то количественное регулированіе хлороформа, обусловливаемое индивидуальностью каждаго отдѣльнаго случая, должно составлять главную заботу; иногда эта случайность можетъ представить трудно разрѣшимую задачу для хлороформатора.

3. Хлороформированіе, при правильныхъ родахъ, не должно быть доведено до полного безсознательнаго состоянія (т. е. до полной анестезіи). Неполную анестезію (акушерскую) можно поддерживать въ теченіи многихъ часовъ <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Въ одномъ, впрочемъ, исключительномъ случаѣ я поддерживалъ хлороформированіе 48 час., безъ всякой опасности и ущерба для здоровья матери и плода (см. стр. 263).

4. Полная и продолжительная анестезія ослабляетъ, а иногда даже прекращаетъ маточныя сокращенія на довольно значительное время, а потому можетъ быть уместна только въ исключительныхъ и напередъ опредѣленныхъ случаяхъ.

5. Въ случаѣ неблагопріятнаго дѣйствія хлороформа на общее состояніе роженицы или на родовую дѣятельность ея, хлороформированіе должно быть прекращено и, въ случаѣ надобности, замѣнено другими средствами, напр. смѣсью закиси азота съ кислородомъ, или паровъ хлороформа съ кислородомъ, а такъ же хлораль-гидратомъ, *морфіемъ* или *кодеиномъ*.

6. *Secale cornutum*, данное тотчасъ послѣ пробужденія отъ анестезіи, вызываетъ маточныя сокращенія, точно такъ же, какъ и безъ предварительнаго употребленія хлороформа.

7. Морфій, выпрыснутый подъ кожу, или хлораль въ клистирахъ, употребленные во время хлороформированія, обыкновенно способствуютъ скорѣйшему дѣйствію хлороформа на роженицъ.

8. На здоровье роженицъ и родильницъ умирное хлороформированіе не оказываетъ вреднаго вліянія, точно также и на здоровье младенца какъ во время родовъ, такъ и послѣ рожденія его на свѣтъ, хотя поступленіе хлороформа въ кровь плода не подлежитъ сомнѣнію.

9. Врачебная наука, стремящаяся къ облегченію страданій чловѣка, не вправѣ отказывать въ хлороформѣ роженицамъ, желающимъ воспользоваться этимъ пособіемъ; съ другой стороны, ни въ какомъ случаѣ не должно при нормальныхъ родахъ настаивать на хлороформированіи, если того не желаетъ роженица.

**Показаніемъ** для терапевтическаго примѣненія хлороформа въ акушерствѣ служатъ слѣдующіе случаи: I. У женщинъ изнѣженныхъ, нервныхъ, раздражительныхъ, у которыхъ вслѣдствіе болѣзненныхъ маточныхъ сокращеній является сильное безпокойство, даже бредъ п какъ бы временное помраченіе умственныхъ способностей.

II. При неправильныхъ, спазмодическихъ боляхъ, находящихся въ тѣсной связи со спазмомъ зѣва и влекущихъ за собою замедленное его раскрытіе. При этомъ края зѣва представляются хотя тонкими, но напряженными, жесткими, при дотрогиваніи болѣзненными и суховатыми, съ повышенной температурою влагалища. Въ случаяхъ замедленія раскрытія зѣва, зависящаго отъ инфильтраціи новообразованиями, анестезія не оказываетъ того благотворнаго вліянія, какое наблюдается при идиопатическомъ спазмѣ.

III. Во всѣхъ случаяхъ мѣстныхъ и общихъ судорогъ (eclampsia). Когда бы ни появились приступы эклампси, — во время беременности, родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ, — необходимо прежде всего удалить, если это возможно, причину, напр. гиперемію мозга и т. п.

IV. При преждевременныхъ родахъ, а равно при выкидышѣ, хлороформированіе примѣнимо только въ случаяхъ, требующихъ производства какой-либо болѣзненной операціи.

V. При всѣхъ большихъ акушерскихъ операціяхъ, какъ то:



а) При поворотахъ какъ легкихъ, такъ и въ особенности при трудныхъ; главное затрудненіе при послѣднихъ зависитъ отъ судорожныхъ сокращеній матки и спазма зѣва, вслѣдствіе чего не только введеніе руки акушера въ дѣтородныя части, но и обыкновенное изслѣдованіе пальцемъ причиняетъ роженицѣ нестерпимыя боли. Въ этихъ случаяхъ нужно роженицу доводить до полной анестезіи и, не медля, производить поворотъ.

б) При наложеніи щипцовъ. Здѣсь должно принять во вниманіе то обстоятельство, что извлеченіе младенца щипцами совершается гораздо легче и правильнѣе тогда, когда существуютъ потуги. Я въ этихъ случаяхъ стараюсь не доводить роженицу до полной анестезіи. Наложивъ щипцы, я не произвожу сейчасъ тракцій или произвожу ихъ съ значительными промежутками, до тѣхъ поръ, пока не обнаружатся потуги. Если больная просыпается, а потуга еще не послѣдовала, то я даю большой пріемъ спорыни, грань 10 или 12, и съ появленіемъ потуги снова хлороформирую, но весьма умеренно. Нѣкоторые акушеры совѣтуютъ накладывать щипцы до хлороформирования, а тракціи или собственно извлеченіе младенца производить подъ вліяніемъ хлороформа. Это совѣтуютъ въ томъ предположеніи, что неопытный операторъ можетъ щипцами повредить зѣвъ матки и нижній отрѣзокъ ея, захвативъ между ложкою щипцовъ и головкою младенца лоскутъ гипертрофированной влагалищной части матки, или полипъ, сидящій въ зѣвѣ, пуповину и т. п., и усыпленная роженица не въ состояніи будетъ обнаружить боли, зависящей отъ этой грубой и, по моему мнѣнію, непростительной неосторожности. Это правило съ перваго взгляда кажется основательнымъ, но, принимая въ соображеніе, что самый болѣзненный моментъ этой операціи есть введеніе и размѣщеніе ложекъ на головкѣ, то хлороформированіе послѣ наложенія щипцовъ не будетъ достигать цѣли. Притомъ врачъ, не упражнявшійся десятки разъ на фантомѣ и не знающій основательно правилъ наложенія щипцовъ, едва-ли рѣшится приступить къ операціи.

в) Только что изложенное правило, котораго я придерживаюсь при наложеніи щипцовъ, по моему мнѣнію, еще строже должно быть соблюдаемо при извлеченіи младенца за ножки, ножку и ягодицы какъ при первоначальныхъ, такъ и при послѣдовательныхъ положеніяхъ нижнимъ концомъ плода, потому что отсутствіе потугъ при этой операціи затрудняетъ освобожденіе ручекъ и извлеченіе головки ручными пріемами.

г) При насильственномъ родоразрѣшеніи (*accouchement forcé*), хлороформированіе имѣетъ полное показаніе, но только не въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ оно требуется по причинѣ подлежащаго дѣтскаго мѣста и гдѣ роженица ослаблена повторными маточными кровотечениями. *Simpsom* и въ этихъ случаяхъ производилъ нужныя операціи подъ хлороформомъ; признаюсь, я ни разу не рѣшился на это, опасаясь дурныхъ послѣдствій.

е) При кесарскомъ сѣченіи, чревосѣченіи (*laparotomia*), элитротоміи, краніоклазіи, размозженіи головки кефалотрибомъ, распиливаніи ея помощью щипцовъ съ пилою *Van Huevel*'я, при эмбриотоміи и операціи

обезглавливаніи плода (*decapitatio seu detruncatio*) хлороформированіе вполнѣ показуется.

f) При черепосверленіи (*perforatio cranii*) собственно имѣть надобности въ хлороформированіи. Эта операція безболѣзненна.

g) При отдѣленіи и выведеніи дѣтскаго мѣста хлороформированіе можетъ быть употреблено въ тѣхъ случаяхъ, когда роженица не ослаблена обильнымъ маточнымъ кровотеченіемъ. Особенно оно можетъ быть полезно при ущемленіи дѣтскаго мѣста.

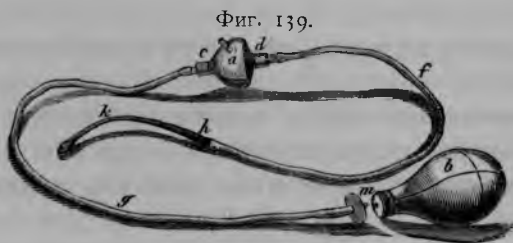
h) Понятно, что всѣ акушерскія операціи, сами по себѣ безболѣзненныя, не требуютъ хлороформированія, какъ-то: кровавое расширеніе половой расщелины, кровавое расширеніе маточнаго зѣва, искусственный разрывъ оболочекъ плоднаго яйца, искусственное возбужденіе какъ преждевременныхъ родовъ (*accouchement provoqué*), такъ и законнаго выкидыша.

i) Хлороформированіе имѣетъ мѣсто во время беременности при невралгіяхъ и преимущественно оно необходимо при производствѣ различныхъ хирургическихъ операцій, не исключая извлеченія зубовъ при одонталгіи.

**Противопоказанія:** Упадокъ силъ роженицы вслѣдствіе кровотеченія. Болѣзни органовъ кровообращенія и дыханія. Апоплексія мозга. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ примѣняли мѣстную анестезію.

*Мѣстная анестезія* какой либо части человѣческаго тѣла вызывается струею паровъ хлороформа, направленною на эту часть. Разработкою этого вопроса мы всего болѣе обязаны англичанамъ. Они впервые заявили о возможности вызвать мѣстную анестезію, наливая хлороформъ на какую либо часть тѣла или погружая ее въ оный, или наконецъ струею паровъ хлороформа. Вышеупомянутые опыты *Simpson'a* и статьи, обнародованныя о мѣстной анестезіи въ двухъ англійскихъ журналахъ (*Lancet* и *Medical Association Journal* за іюль 1848 г.), дали поводъ къ дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ и изобрѣтенію различныхъ аппаратовъ. Такъ, въ 1853 году *Dr. Hardy* въ Дублинѣ, въ ноябрьской книжкѣ *The Dublin Quarterly Journal of Medical Science*, напечаталъ весьма любопытную статью подъ заглавіемъ: „о мѣстномъ употребленіи паровъ хлороформа при леченіи различныхъ болѣзней“ (*On the local application of the vapour of chloroform in the treatment of various diseases*). Въ статьѣ этой онъ предлагаетъ особеннаго устройства инструментъ для производства мѣстной анестезіи непрерывною струею паровъ хлороформа. Аппаратъ этотъ онъ назвалъ „анестетическимъ душемъ“ (*Anaesthetic Douche*; прежде аппаратъ этотъ былъ въ употребленіи для мѣстной анестезіи *per vaginam*). Аппаратъ *Scanzoni*, ф. 139, состоитъ изъ стекляннаго сосуда *a*, вмѣщающаго около  $\frac{3}{4}$  жидкости. Черезъ отверстіе наливается хлороформъ. Отростокъ *d* соединяется съ каучуковою трубкою *f*, оканчивающеюся роговымъ или гуттаперчевымъ наконечникомъ *k*, съ однимъ или нѣсколькими отверстіями; отростокъ *e* соединяется съ трубкою *g*, сообщающеюся съ пузырькомъ *b*. Этотъ послѣдній, во время употребленія аппарата, надѣвается на конецъ трубки *m* изъ вулкани-

зированнаго каучука. Хлороформа наливается около  $\mathcal{Z}\text{jj}$ ; пары его, скопляющіеся въ верхней части сосуда, изгоняются при сжиманіи пузыря рукою.



*Simpson* изъ своихъ опытовъ, касающихся мѣстной анестезіи, вывелъ слѣдующіе результаты.

1) У низшихъ (*articulata* и *batrachia*), равно какъ и у высшихъ животныхъ, полная мѣстная анестезія можетъ быть произведена или дѣйствіемъ струи паровъ хлороформа, направленной на ограниченную часть тѣла животныхъ, или смачиваніемъ ея хлороформомъ.

2) Часть человѣческаго тѣла, напримѣръ нога, рука и т. п., подвергнутая вліянію паровъ хлороформа, хотя и лишается чувствительности, но анестезія никогда не достигаетъ той степени, при которой операція была бы безболѣзненна.

3) Всѣ прочія анестетическія средства, испытанныя для этой цѣли *Simpson* омъ, оказались неудобными. Одни изъ нихъ, прежде чѣмъ произвести мѣстную анестезію, сильно дѣйствуютъ на весь организмъ, другія же раздражая кожу, обуславливаютъ гиперемію и даже воспаленіе ея. Съ своей стороны, я долженъ замѣтить, что струя паровъ хлороформа, направленная на часть тѣла, пораженную невралгіею, ослабляетъ, а иногда и совершенно прекращаетъ боль, но на весьма непродолжительное время. При замедленномъ раскрытіи маточнаго зѣва во время родовъ, зависящемъ отъ спазма зѣва, безъ патологическихъ измѣненій влагалищной части матки, мы пробовали нѣсколько разъ примѣнять мѣстную анестезію. Для этой цѣли стеклянный маточный наконечникъ, съ нѣсколькими отверстиями, соединенный съ вышеописаннымъ аппаратомъ, вводился въ рукавъ до зѣва и затѣмъ дѣйствовали струею паровъ хлороформа. Въ началѣ этотъ способъ намъ казался довольно успѣшнымъ, но впослѣдствіи мы принуждены были отказаться отъ него въ виду часто появляющагося сильнаго жженія съ послѣдующимъ общимъ возбужденіемъ.

Къ мѣстнымъ анестетическимъ средствамъ нужно отнести также и углекислоту. При нѣкоторыхъ условіяхъ она производитъ болѣе сильную мѣстную анестезію, чѣмъ хлороформъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда она дѣйствуетъ на части тѣла покрытыя слизистою оболочкою, или если погрузить въ нее членъ обнаженный отъ кожицы, напримѣръ при ожогѣ. Кромѣ того, струя углекислоты, направленная на слизистую оболочку рукава и влагалищной части матки, производитъ анестезію, не причиняя подобно хлороформу чувства жженія. Въ этомъ отношеніи углекислота имѣетъ преимущество передъ хлороформомъ.

Въ настоящее время мѣстная анестезія родовыхъ путей во время родовъ, по небезопасности, всеми оставлены.

### СМѢСИ ХЛОРОФОРМА СЪ ДРУГИМИ СРЕДСТВАМИ.

Въ виду *опасности*, иногда встрѣчавшейся при анестезированіи чистымъ хлороформомъ, хирурги старались приискать способы къ устраненію этого неудобства. Съ этою цѣлью пытались примѣнить различныя смѣси, какъ то:

1. Смѣсь хлороформа съ алкоголемъ и эфиромъ.

а) Смѣсь 2 частей хлороформа съ 6 ч. эфира, извѣстная подъ именемъ „*вѣнской анестетической*“ микстуры.

б) Смѣсь 2 ч. хлороформа съ 3 ч. эфира и 1 ч. абсолютнаго алкоголя—*Chesterfield'*овская госпитальная анестетическая микстура.

в) Хлороформъ съ алкоголемъ по равной части (*Bigelow* и *Snow*) или 1:2 (*Sansom* и *Ellis*).

г) *Brown* къ 2 частямъ хлороформа и 1 ч. алкоголя прибавлялъ въ небольшомъ количествѣ эфирныя масла, употребляемыя для *eau de Cologne* (?) и наконецъ *d-r Barr* въ Филадельфіи въ 1880 г. предложилъ смѣшивать 1 ч. хлороформа съ 3 частями эфира и 2 ч. алкоголя. Все эти смѣси оказались для хирургическихъ цѣлей непригодными. *Billroth* употребляетъ, кажется и до настоящаго времени, свою смѣсь, состоящую изъ 3 частей хлороформа, 1 ч. сѣрноокислаго эфира и 1 ч. чистаго спирта. Одинъ изъ главныхъ недостатковъ всехъ этихъ смѣсей заключается въ разнородной ихъ летучести: эфиръ гораздо быстрѣ (почти въ 6 разъ) испаряется, чѣмъ хлороформъ, а этотъ послѣдній скорѣе, чѣмъ алкоголь; поэтому больной сначала подвергается влиянію паровъ эфира, потомъ хлороформа и наконецъ алкоголя. Понятно, что дѣйствию хлороформа больной подвергается въ самое опасное время анестезированія. Это весьма важное неудобство *Ellis* старался устранить придуманнымъ имъ аппаратомъ, въ которомъ летучесть веществъ, можетъ быть урегулирована по желанію хлороформатора, въ немъ именно смѣшивались не жидкости, входящія въ составъ смѣсей, а ихъ пары. Этотъ аппаратъ, хотя и остроумный, не вошелъ однако же въ употребленіе, какъ весьма сложный и дорогой.

Въ виду вышесказаннаго, мы не находили полезнымъ примѣнять эти смѣси въ акушерской практикѣ.

2. Смѣсь хлороформа со спорыньею или эрготиномъ.

Эта смѣсь едва ли можетъ быть примѣнима въ акушерской практикѣ, такъ какъ эрготинъ вовсе не летучъ, и потому предложеніе употреблять эту смѣсь для предупрежденія послѣродоваго маточнаго кровотеченія не заслуживаетъ подражанія. Совмѣстное же употребленіе хлороформа со спорыньею или эрготиномъ я испыталъ неоднократно съ успѣхомъ. Я давалъ спорынью въ порошокѣ отъ 6 до 10 гр. на пріемъ, отъ 2—3 пріемовъ, черезъ 10—15 мин., въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ по причинѣ сла-

бости потуговъ предстояло извлеченіе младенца щипцами. Если потуги отъ спорыньи достаточно усиливались, то я хлороформировалъ роженицу и затѣмъ уже приступалъ къ наложенію щипцовъ. Потуги при предварительномъ дѣйствіи хлороформа болшею частью не ослабѣвали. Съ такою же пользою спорынья была примѣняема мною и въ тѣхъ случаяхъ, когда потуги ослабѣвали отъ пресыщенія роженицы хлороформомъ. Спорынья назначалась мною только что сказаннымъ способомъ, въ промежуткѣ между хлороформированіемъ, соблюдая возможно продолжительный промежутокъ между прекращеніемъ хлороформированія и пріемомъ спорыньи. Подкожное впрыскиваніе эрготина во время хлороформированія я не примѣнялъ.

3. *Употребленіе хлороформа одновременно съ препаратами опиѳа.* Совмѣстное употребленіе хлороформа съ соляно-кислымъ морфіемъ довольно часто и съ пользою употребляется мною не только въ акушерской, но и въ гинекологической практикѣ. Прежде я давалъ внутрь отъ  $\frac{1}{6}$  до  $\frac{3}{4}$  гр. *morphii hydrochlor.* приблизительно за  $\frac{1}{2}$  или  $\frac{3}{4}$  часа до начала хлороформированія; въ настоящее же время при хлороформированіи впрыскиваю подъ кожу отъ  $\frac{1}{8}$  до  $\frac{1}{6}$  гр., въ крайне рѣдкихъ случаяхъ болше. Способъ этотъ оказываетъ видимо полезное дѣйствіе у субъектовъ нервныхъ, раздражительныхъ, истерическихъ, а равно у злоупотребляющихъ спиртными напитками и трудно поддающихся вліянію хлороформа. При совмѣстномъ дѣйствіи морфія и хлороформа возбужденнаго состоянія въ большинствѣ случаевъ или вовсе не бываетъ, или оно продолжается недолго; *spasmus glottidis* и рвота встрѣчаются рѣже; вслѣдствіе всего этого требуется меньше хлороформа для достиженія акушерской анестезіи, словомъ, дѣйствіе хлороформа на роженицу улучшается.

Подобное дѣйствіе хлороформа мы наблюдали также послѣ предварительнаго употребленія опіатной настойки *per rectum*.

4. Совмѣстное употребленіе: а) *хлороформа съ хлораломъ*, б) *хлороформа съ хлораломъ и морфіемъ* и нѣкоторыми другими наркотическими, напр., белладонною.

Всѣ эти средства, а равно и смѣси, приведенныя въ пунктѣ 1 и 2, мало изслѣдованы и повидимому не представляютъ преимуществъ въ особенности въ акушерской практикѣ, такъ что при физиологическихъ родахъ пока нѣтъ основаній отступать отъ обыкновеннаго способа хлороформированія, котораго мы и придерживаемся.

5. *Хлороформъ въ смѣси съ кислородомъ.*

Смѣсь эта давно употреблялась англійскими хирургами, но самымъ простымъ способомъ, безъ всякаго опредѣленія пропорціи, въ которой слѣдуетъ смѣшивать эти оба вещества. *J. Neudörfer* <sup>1)</sup> точно опредѣлилъ степенъ насыщенія кислорода нарами хлороформа, потребную для анестезированія больныхъ; опредѣляя дозу хлороформа, нужную въ данномъ случаѣ, онъ имѣлъ въ виду вѣрнѣе устранить опасности при хлороформированіи по обыкновенному способу. Д-ръ

<sup>1)</sup> L. c. p. 365. Leipzig 1883 März.

Э. А. Бертельсъ <sup>1)</sup> въ Спб. сдѣлалъ рядъ наблюденій, относящихся къ разсматриваемой смѣси и результаты ихъ сообщилъ въ засѣданіи Спб. Медицинскаго Общества. Ему же, между прочимъ, удалось дважды произвести полную анестезію у такой больной, у которой мною были раньше испытаны безуспѣшно другіе анестезирующія средства, какъ-то: хлороформъ, эфиръ, смѣсь закиси азота съ кислородомъ и хлороформъ съ подкожнымъ впрыскиваніемъ соляно-кислаго морфія.

Идея *Neudörfer*\*а заключается въ томъ, что средство кровяныхъ шариковъ (преимущественно гемоглобина) къ хлороформу настолько сильнѣе средства ихъ къ кислороду, что иной разъ даже незначительнаго количества хлороформа бываетъ достаточно, чтобы прекратилось поглощеніе кислорода кровяными шариками. При хлороформированіи обыкновеннымъ способомъ больные вдыхаютъ относительно уменьшенное (до 16<sup>0</sup>/<sub>100</sub>) количество кислорода, т. е. при такихъ условіяхъ, когда кислородъ почти не поглощается кровью. Поэтому въ воздухѣ, содержащемъ анестезирующія смѣси, количество кислорода должно быть искусственно увеличено. *Neudörfer* сдѣлалъ выводъ изъ своихъ наблюденій, что обыкновенно для анестезіи достаточно 3<sup>0</sup>/<sub>100</sub> — 5<sup>0</sup>/<sub>100</sub> содержанія хлороформа въ кислородѣ; 20<sup>0</sup>/<sub>100</sub> хлороформа онъ считаетъ совершенно излишнимъ. Извѣстно, что 1 куб. стм. хлороформа даетъ (при обыкновенной температурѣ и нормальномъ давленіи) около 309 куб. стм. паровъ; поэтому, пропустивъ извѣстный объемъ кислорода чрезъ градуированный цилиндръ съ хлороформомъ въ гуттаперчевый мѣшокъ опредѣленной вмѣстимости, положимъ въ 20,000 куб. стм., можно по количеству испарившагося въ цилиндрѣ хлороформа вычислить и даже, по мѣрѣ надобности, произвольно измѣнить процентное содержаніе его въ кислородѣ; напр., при вмѣстимости мѣшка въ 20,000 куб. стм. паровъ хлороформа, при 10<sup>0</sup>/<sub>100</sub> его содержаніи, должно находиться 2,000 куб. стм.; раздѣливши это число на 309, получимъ приблизительно 6.5 куб. стм. или около 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> драхмъ жидкаго хлороформа; если же употребить только 1 драхму хлороформа, то получится смѣсь, которую *д-ръ Бертельсъ* и предлагаетъ примѣнять къ анестезированію, помощью *своего улучшеннаго* аппарата.

Весь снарядъ для приготовленія разсматриваемой смѣси состоитъ изъ двухъ резиновыхъ мѣшковъ одинаковой вмѣстимости; одинъ изъ нихъ (назовемъ его *A*) наполняютъ кислородомъ, другой же (*B*) служитъ резервуаромъ для смѣси. Оба мѣшка соединены резиновыми трубками съ закрытымъ двугорлымъ и градуированнымъ цилиндромъ для хлороформа. Давленіемъ руки на мѣшокъ *A* кислородъ изъ него переносится въ мѣшокъ *B*, и на пути пропускается чрезъ хлороформъ, находящійся въ градуированномъ цилиндрѣ; хлороформъ въ видѣ паровъ переходитъ вмѣстѣ съ кислородомъ въ мѣшокъ *B*. Приготовленную такимъ образомъ смѣсь больные вдыхаютъ изъ мѣшка посредствомъ хорошо прилаженной *Юнкеровской* маски.

<sup>1)</sup> Сообщенія и протоколы засѣданій С.-Петербургскаго Медицинскаго Общества за 1884 г., вып. 2, стр. 94.

Способъ этотъ *д-ромъ Бертельсомъ* былъ примѣненъ съ полнымъ успѣхомъ въ 10 случаяхъ, въ томъ числѣ дважды у моей вышеупомянутой больной.

Что касается до примѣненія этого способа у роженицъ, то 3—4 сдѣланныхъ наблюденій, хотя и усиленныхъ, еще недостаточно для оцѣнки достоинствъ этой смѣси. Предсказывая этому способу хорошую будущность, не могу не высказать, что онъ, по моему мнѣнію, принадлежитъ къ самымъ рациональнымъ; кромѣ того, и хлороформа расходуется весьма мало. Желательны, однакоже, опыты въ возможно обширныхъ размѣрахъ по опредѣленному плану, которые бы дали научно-практической матеріалъ для оцѣнки этой смѣси сравнительно съ другими анестетическими средствами и смѣсями.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Ueber die künstliche Anästhesie bei Geburten. Schmidt's Jahrbücher 1850. Bd. 65, p. 93. Einfluss des Chloroforms auf die Leibesfrucht. Schmidt's Jahrbücher 1851. Bd. 72, p. 25. Harnier. Ueber die Anwendung des Chloroforms in der Geburtshülfe. Neue Zeitschrift f. Geburtkunde 1851. Bd. XXXI, p. 36. Die neuere in London gebräuchliche Art der Anwendung des Chloroforms während der Geburt. Mitgetheilt von Dr. Kaufmann. Hannover 1853. Ed. C. J. von Siebold. Eine Stimme über die Anwendung des Chloroforms in der Geburtshülfe aus England. Neue Zeitschrift für Geburtkunde. XXVIII, p. 2. Chloroforminhalationen bei schweren Wendungen. Schmidt's Jahrbücher. Bd. 88, p. 64. W. Martin Coates. Observations on Chloroform and its administration. The Lancet 1853. Vol. I, pag. 491. Robert Lee. An account of seventeen cases of parturition in which Chloroform was inhaled with pernicious effects. The Lancet 1853. Vol. II, pag. 608. A. Yvonneau: De l'emploi du chloroforme etc. Paris 1853. Chailly-Honoré. Ueber die Fälle, in welchen die Aether- und Chloroform-Einathmungen bei Geburten angewendet werden dürfen, und in welchen sie zu meiden sind. (Bulletin general de thérapeutique). Monatsschr. f. Geburtsk. und Frauenkrankh. 1854. Bd. 3, p. 335. Helfft. Statistische Berichte über die Wirksamkeit des Chloroforms bei Entbindungen. Monatsschr. f. Geburtsk. und Frauenkrankh. 1854. Bd. 4, p. 191. Pomeroy. Tod bei Chloroforminhalation während des Gebärens. Americ. medic. Times N. S. VII, p. 20. Nov. Scanzoni. Ueber die Anwendung der Anæsthetica in der geburtshülflichen Praxis Scanzoni's Beiträge zur Geburtkunde und Gynäkologie. 1855. Bd. 2, p. 62. Moreton Stille. The psychical effects of ether-inhalation. The American Journal of dental science. Vol. V., New Series. Philadelphia 1855, pag. 113. John Snow. Chloroform in London and Edinburgh. The Lancet 1855. Vol. I, pag. 108. James Arnott. Do the advantages of Chloroform as an Anæsthetic exceed its disadvantages? The Lancet 1855. Vol. I, pag. 496. Spiegelberg. Ueber Anwendung des Chloroforms in der Geburtshülfe. Deutsche Klinik 1856, Nr. 12—15. Charles Meigs. Obstetrics: the Science and the Art. Philadelphia 1856. p. 364. J. R. Pretty: Aids during labour, including the administration of chloroform, the management of the placental and postpartem hæmorrhagie. London 1856. James Simpson. The obstetric Memoirs and contributions Edited by W. O. Priestley and Storer. Edinburgh 1856. Vol. II, pag. 510. Chapin A. Harris. Chloroform and its management. The American Journal of dental science edited. Vol. VI., New Series. Philadelphia 1856, pag. 229. Ueber die Anwendung des Chloroforms. Deutsche Klinik. 1856, № 11. p. 113. Dr. John Rowlison Pretty. Hülfreicher Beistand bei den Geburtswehen und Vorschriften über die Anwendung des Chloroforms bei der Niederkunft. Deutsch bearbeitet von Hugo Hartmann. Weimar 1857. De Chloroformii



usu oratio, quam sollemnibus anniversariis Universitatis Cesareæ Mosquensis die XII mensis Januarii anni 1857 habuit *Dr. Vladimir Koch*, artis obstetriciæ Professor (Рѣчи и отчетъ, произнесенные въ торжественномъ собраніи Императорскаго Московскаго Университета 12 Января 1857 года). Edw. B. Sinclair, A. B. and Geo. Johnston. Practical Midwifery, comprising an account of 13,748 deliveries which occurred in the Dublin Lying-in Hospital, during a period of seven years, commencing November 1847. London 1858. Charles Kidd, On the Value of anaesthetics aid in midwifery Communicated by Dr. Tannel Read. Transactions of the obstetrical Society of London, for the year 1860. Vol. II. London 1861. p. 340—361. Fordyce Barker, Essay on the use of Anaesthetics in Midwifery. The Transactions of the New York Academy of Medicine. Vol. II. Part. VIII. John M'Nab: On chloroform in puerperal convulsions. Edinb. med. Journ. Sept. 1863. Sh. Skinner: Brief remarks on anaesthesia in midwifery. Obstetr. Trans-act. 1863, p. 116. Chêdevergne. De l'emploi du chloroforme comme moyen de rendre la version possible dans le cas de rétraction tétanique de l'utérus. Bull. Thérap. Avril 1863. R. Johns. Practical observations on the injurious effects of chloroform inhalation during labour. Dublin. Quarterl. Journ. May 1863. (Пошла давно погашенъ вражды противъ употребленія хлороформа въ акушерствѣ). Verrier. De l'Anesthésie en obstétrique. Gazette des hôpitaux 1864 № 148, pag. 590. К. Гартманъ. Нѣкоторыя наблюденія надъ употребленіемъ хлороформа въ акушерствѣ. Другъ Здравія за 1851 г. №№ 34—35. Шклярскій читалъ въ XV засѣданіи общества русскихъ врачей въ Сиб. 1 марта 1851 г. записку „о статистическихъ свѣдѣніяхъ, представленныхъ знаменитѣйшими акушерами Европы о послѣдствіяхъ употребленія хлороформа при родахъ и мнѣнія ихъ о значеніи и пользѣ этого средства“, а равно представлялъ выводъ объ употребленіи хлороформа (описать случай употребленія его *propter causam excerebrationis et paracenthescos*). Шклярскій. Практическое наблюденіе надъ употребленіемъ хлороформа при родахъ. Труды общества русскихъ врачей за 1852 г., ч. V, стр. 263—270. Шлегель. Несчастный случай при анестезированіи хлороформомъ съ практическими замѣчаніями объ употребленіи этого болеутолятельнаго средства. Другъ Здравія за 1852 г., № 6. А. Красовскій. Судороги во время беременности, *eclampsia sub graviditate* (хлороформированіе при онахъ). Другъ Здравія за 1853 г. № 1. Случай этотъ былъ въ акушерской клиникѣ М. X. Акад. 1850 г. Жукъ.—De chloroformyli in eclampsia gravidarum, parturientium puerperarumque usu.—Dis. inaug. Dorpat 1857. Прозоровъ. Случай мѣстнаго употребленія хлороформа при сильномъ маточномъ кровотеченіи. Протоколы общества русскихъ врачей въ Сиб. за 1858—59 гг., стр. 380; Дубровскій. О хлороформѣ вообще, при операціяхъ, въ практическомъ отношеніи. Прот. общ. рус. врач. за 1861—62 г., стр. 235. Виноградовъ. Объ измѣненіи нервныхъ узловъ сердца при отравленіи хлороформомъ. Врачъ 1884 г., №№ 37—40. Желаящимъ поближе познакомиться съ литературою о хлороформированіи вообще и въ примѣненіи къ акушерству, преимущественно при физиологическихъ родахъ, рекомендую сочиненія: Emile Duterre. De l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels. Paris 1882. Д-ра О. Канелера. Анестезирующія средства, переводъ съ нѣмецкаго Д-ра В. В. Святловскаго. Трудъ весьма солидный, добросовѣстный, трактующій исключительно о хирургической анестезіи. Сиб. 1881 г. В. Rottenstein. Traité d'anesthésie chirurgicale etc Paris 1880. J. Neudoerfer. Zur Chloroformmarkose. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XVIII, Hft. 3 u. 4, p. 365. Leipzig 1883. März.

Закись азота. Nitrogenium oxydulatum (*protoxyde d'azote, oxide nitreux, Stickstoffoxydul, Веселяющій газъ, Laughing gaz (Davy), gaz hilarant, Lustgas, Lachgas, Wonnegas*).

Закись азота, какъ анестетическое средство, была изслѣдована гораздо раньше эфира и хлороформа и впервые примѣнена дантистами при выдергиваніи зубовъ. Почти черезъ 24 года послѣ открытія закиси

азота *Priestley* емь<sup>1)</sup>, знаменитый голландский химик *Humphry Davy*<sup>2)</sup> изслѣдовалъ дѣйствіе этого вещества на растеніяхъ, животныхъ, на людяхъ и, между прочимъ, на самомъ себя. Въ результатъ своихъ опытовъ онъ пришелъ къ заключенію, что вдыхаемая человекомъ закись азота въ большинствѣ случаевъ производитъ опьяненіе, сопровождающееся веселымъ настроеніемъ духа и смѣхомъ, возбуждаетъ нервную систему и обладаетъ болеутоляющимъ свойствомъ, продолжающимся короткое время. Только спустя 40 лѣтъ послѣ этого, въ 1844 году, дантистъ *Horace Wells* изъ Гарфорда открылъ въ этомъ газѣ анестетическое свойство; этимъ открытіемъ не замедлили воспользоваться другіе дантисты. Первый опытъ анестезированія закисью азота, давший толчекъ къ примѣненію ея дантистами на практикѣ, былъ произведенъ д-ромъ *Colton* омъ, причемъ дантистъ д-ръ *Smith* выдернулъ зубъ безъ боли. Послѣ нѣсколькихъ тысячъ подобныхъ успѣшныхъ опытовъ, д-ръ *Colton* учредилъ общество дантистовъ (*Colton dental association*) сперва въ Нью-Йоркѣ, а потомъ въ Бостонѣ, Филадельфіи, Балтиморѣ, Цинцинатѣ и Ст. Луи, въ которомъ приняли участіе все дантисты и, производя извлеченіе зубовъ подъ вліяніемъ анестезіи закисью азота, тщательно вели статистику. *Colton* же содѣйствовалъ распространенію этого способа въ Лондонѣ и Парижѣ. У насъ въ Петербургѣ дантисты изрѣдка тоже употребляли этотъ газъ. По статистикѣ *Colton*'а, оказалось, что въ Америкѣ и Европѣ при зубныхъ операціяхъ произведено анестезій веселящимъ газомъ болѣе милліона и при этомъ смертныхъ случаевъ было только 3, и то сомнительныхъ, а по *Goldstein*'у—7.

Несмотря однакоже на такую громадную цифру наблюденій, закись азота получила рациональное примѣненіе въ хирургіи, какъ средство, вызывающее полную и притомъ продолжительную анестезію, только со временъ *Paul Bert*'а (1878). До него разногласіе экспериментаторовъ колебалось между двумя мнѣніями: одни приписывали закиси азота специфическое болеутоляющее дѣйствіе, другіе же объясняли утоленіе боли асфиксіею, вслѣдствіе прекращенія доступа кислорода къ легкимъ. Заслуга знаменитаго физиолога проф. *P. Bert*'а заключается въ томъ, что онъ, послѣ глубокихъ соображеній и многочисленныхъ экспериментовъ надъ животными, фактически доказалъ: 1) что въ животномъ организмѣ, помещенномъ въ замкнутое пространство (напр., въ пневматической колоколь), наполненное смѣсью закиси азота съ кислородомъ въ пропорціи 85:15, при усиленномъ давленіи окружающаго воздуха (доведенномъ до двухъ атмосферъ), можно поддерживать полную анестезію продолжительное время (потребное для производства большихъ хирургическихъ операцій); 2) что при этомъ нѣтъ ни малѣйшей опасности для жизни,

<sup>1)</sup> *Priestley Joseph*. Experiments and observations on different kinds of air. London 1777, p. 132.

<sup>2)</sup> *Davy, sir Humphry*: 1) Researches, chemical and philosophical, chiefly concerning Nitrous Oxide or dephlogisticated nitrous air and its respiration. London 1800. 2) The medical and physical Journal conducted by *T. Bradley* and oth. London 1800. Vol. IV, p. 263.

и наконецъ 3) что смѣсь эта не нарушаетъ дѣятельности ни сердца, ни легкихъ и вообще индифферентно дѣйствуетъ на всѣ отправления животнаго организма, управляемая симпатическою нервною системою. На основаніи этихъ выводовъ, заявленныхъ *P. Bert'*омъ въ парижской медицинской академіи, была устроена сперва въ Парижѣ, а потомъ и въ Брюсселѣ пневматическая камера со всѣми приспособленіями для производства большихъ хирургическихъ операцій подѣ вліяніемъ анестезіи закисью азота съ кислородомъ. При этихъ условіяхъ, парижскіе хирурги *Péan* и *Labbé* въ госпиталѣ *S-t Louis* произвели нѣсколько большихъ операцій (одинъ *Péan* до 250) и нашли этотъ способъ вполне пригоднымъ для своихъ цѣлей и положили, такъ сказать, прочное начало дальнѣйшему примѣненію его въ хирургіи.

Разсматривая литературныя данныя, касающіяся примѣненія закиси азота въ терапіи, легко убѣдиться въ разнорѣчивости мнѣній относительно ея дѣйствія, а равно въ нераціональности ея употребленія. Одни врачи видѣли отъ нея пользу, другіе вредъ, иные даже предсказывали изгнаніе ея изъ терапіи. Въ виду этого хаоса профес. *С. П. Боткинъ* въ 1879 г. предложилъ д-ру *С. К. Кликовичу* заняться въ его лабораторіи и клиникѣ изученіемъ терапевтическихъ свойствъ закиси азота. Д-ръ *Кликовичъ*, тщательно изучивъ фізіологическое дѣйствіе закиси азота и въ особенности смѣси ея съ кислородомъ на животныхъ, на людяхъ и на самомъ себѣ, и получивши почти тѣ же результаты, которые были заявлены *P. Bert'*омъ, *Hermann'*омъ и немногими другими, на прочномъ основаніи приступилъ къ примѣненію ея на практикѣ. На этой разумной почвѣ онъ указалъ, при какихъ страданіяхъ можно ожидать пользы отъ разсматриваемой смѣси, и употребилъ ее съ успѣхомъ во многихъ представившихся ему случаяхъ. Работу *Кликовича*, безъ сомнѣнія, должно считать прочнымъ началомъ для дальнѣйшаго распространенія этого средства въ терапіи.

Имѣя въ виду главнымъ образомъ изслѣдовать примѣненіе смѣси закиси азота съ кислородомъ во время родовъ, я позволилъ себѣ ограничиться краткимъ изложеніемъ историческаго очерка относительно употребленія ея въ хирургіи и терапіи.

Идея примѣненія этой смѣси, какъ болеутоляющаго средства, во время родового акта а равно и первоначальное приведеніе ея въ исполненіе всецѣло принадлежатъ д-ру *С. Кликовичу*. Онъ принялъ въ соображеніе, съ одной стороны, кратковременность и періодичность болевыхъ ощущеній маточныхъ сокращеній и потугъ, а съ другой—быстроту наступленія и прекращенія дѣйствія закиси азота съ кислородомъ; въ то же время онъ разсчитывалъ, что смѣси этой сравнительно съ хлороформомъ нужно на весь родовый актъ почти въ 4 раза меньше (?), чѣмъ хлороформа; но онъ, повидимому, полагалъ, что хлороформированіе поддерживается во время паузы, между тѣмъ какъ этого не требуется при анестезированіи смѣсью. Вслѣдъ за заявленіемъ д-ра *Кликовича* въ медицинской прессѣ, въ Спб. Родовспомогательномъ Заведеніи д-ромъ *Э. Ф. Черневскимъ* произведенъ былъ рядъ наблюденій надѣ дѣйствіемъ

записи азота съ кислородомъ во время родовъ. Закись азота добывалась <sup>1)</sup>, по способу *Grohnwald'a*, подогрѣваніемъ амміачной соли и собиралась въ газометръ, гдѣ, согласно предложенію *Hermann'a*, 4 объема ея были смѣшиваемы съ 1 объемомъ кислорода. Эта смѣсь переносима была въ каучуковой подушкѣ къ постели роженицы и при употребленіи промывалась чистой водой посредствомъ двугорлой вульфовой стеклянки. Такимъ образомъ анестезируемыя получали промытую газовую смѣсь.

Прежде чѣмъ приступить къ анестезированію, роженицу нужно заблаговременно приучить вдыхать газъ; это дѣлается въ самомъ началѣ родовъ или во время паузы и требуется потому, что для лучшаго эффекта необходимы глубокія вдыханія и задерживаніе газа въ легкихъ на возможно продолжительное время. Первые вдыханія выгодно предлагать немного раньше наступленія болей еще и для того, чтобы роженица могла получить увѣренность въ пользѣ вдыхаемаго газа. Коль скоро удалось этого достигнуть, дальнѣйшее анестезированіе обыкновенно уже не представляетъ затрудненій со стороны роженицы. Опредѣливъ продолжительность паузы, маточныхъ сокращеній или потугъ, а равно и силу этихъ послѣднихъ, роженицу начинаютъ анестезировать. Обыкновенно за  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$  и даже за одну минуту до появленія боли, если это можно разсчитать, начинали давать смѣсь. Эффектъ обыкновенно наступалъ *minutum* послѣ 6, *maximum* послѣ 15 вдыханій. Анестезированіе начиналось со 2-го срока родовъ, когда матка была открыта по крайней мѣрѣ на 2 поп. пальца, и продолжалось иногда до конца родовъ (отъ 45 м. до  $9\frac{1}{2}$  час.), иногда же (при весьма короткихъ паузахъ) непрерывно отъ 15 до 40 м. Количество смѣси, потребной для каждаго случая, — весьма различно.

Сдѣлано всего 57 наблюденій, изъ нихъ 29 въ платномъ отдѣленіи Родовспомогательнаго Заведенія (на болѣе интеллигентныхъ субъектахъ), 17 въ общей родильной комнатѣ и 11 въ частной практикѣ; изъ этого числа въ 14 наблюденіяхъ были спазмодическія сокращенія матки (8 разъ всей матки и 6 разъ зѣва). Въ 8-ми случаяхъ наблюденія сдѣланы подъ контролемъ токодинамометра.

Изъ 43 нормальныхъ родовъ въ 12-ти случаяхъ получилось полное уничтоженіе чувства боли, въ 22-хъ болѣе или менѣе значительное облегченіе, въ 6-ти — весьма слабое, почти ничтожное, а въ 3-хъ случаяхъ у рожениць обнаружилось сильное возбужденіе (съ легкими подергиваніями), причемъ онѣ заявили, что схватки стали болѣзненнѣе, и въ то же время жаловались на головную боль, затрудненное дыханіе почему и отказались продолжать вдыханіе.

Изъ 14-ти случаевъ спазмодическаго сокращенія матки только въ 5-ти случаяхъ удалось достигнуть вполне благопріятнаго результата; въ остальныхъ же, гдѣ судорожныя сокращенія были въ очень сильной степени и продолжались довольно долго, спазмъ или уменьшался весьма мало, или оставался *in statu quo* и былъ устраненъ опіемъ или хлораль-

<sup>1)</sup> Для этой цѣли, на средства *С. С. Полякова*, устроенъ былъ въ самомъ заведеніи газометръ.

гидратомъ въ клистирахъ; кромѣ того, въ двухъ случаяхъ пришлось прибѣгнуть къ хлороформированію до полной анестезіи.

Изъ всѣхъ этихъ немногочисленныхъ наблюдений можно вывести слѣдующія заключенія:

1. Смѣсь азота съ кислородомъ не оказываетъ вліянія на продолжительность и силу правильныхъ маточныхъ сокращеній, а равно и на паузы.

2. Сознаніе во всѣхъ случаяхъ вполне сохраняется.

3. Полное уничтоженіе чувства боли подъ вліяніемъ вдыханія азота съ кислородомъ наблюдалось въ 28<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; облегченіе въ 51<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; въ 11,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> смѣсь не произвела желаемого дѣйствія; 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> осталось на долю тѣхъ, которыя не перенесли вдыхаемой смѣси газа.

4. Спазмодическія сокращенія матки рѣдко прекращаются подъ вліяніемъ вдыханія смѣси.

5. Смѣсь лучше всего дѣйствуетъ на субъектовъ малокровныхъ, вялыхъ, съ посредственнымъ питаніемъ, но не нервныхъ; у послѣднихъ же смѣсь нерѣдко вызываетъ возбужденіе, головную боль и другія непріятныя субъективныя ощущенія, и, повидному, нисколько не уменьшаетъ чувства боли во время маточныхъ сокращеній.

6. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ подъ вліяніемъ вдыханія смѣси боли уничтожались или значительно уменьшались, роженицы, повидному, хуже выработывали потуги.

7. Почти во всѣхъ случаяхъ акушерское изслѣдованіе и сопряженныя съ нимъ манипуляціи были менѣе болѣзненны и непріятны.

8. При продолжительномъ (болѣе 2-хъ часовъ) вдыханіи смѣси, роженицы къ ней какъ бы привыкають.

9. Продолжительное даже непрерывное употребленіе смѣси, кромѣ тяжести и головной боли, другихъ дурныхъ послѣдствій не причиняетъ.

10. Всѣ роженицы жаловались на утомительность вдыханій.

11. На плодъ смѣсь, повидному, не оказываетъ никакого дѣйствія.

12. Что касается до физиологическаго дѣйствія смѣси на сердце, дыханіе и т. д., то особеннаго уклоненія отъ результатовъ, добытыхъ физиологами, не наблюдалось.

#### ВАЖНѢЙШІЕ ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

Hermann—Compte rendu de la société médicale de l'Elysée pendant l'année 1867. Grohwald. Das Stickstoffoxydulgas als anæstheticum. Berlin 1872. Jolyet et Blanche. Archives de physiologie normale et pathologique. 1873, № 4. Paul Bert. Gazette med. de Paris. 1878, p. 108. Paul Bert. Compte rendu de l'Acad. des sc. 1878. Paul Bert. Compte rendu de l'acad. des sc. 1879. Idem — Progrès médical 1880. 28 fevrier. Goldstein und Zuntz. Pflügers Archiv, Bd. 17. 1878, Hft. 1 u 2. Тауберъ. Врачъ 1880, стр. 420. Письмо изъ Парижа. Очевидецъ примененія при большихъ хирургическихкихъ операціяхъ способа проф. Р. Берта, непытавшій на себѣ дѣйствіе смѣси азота съ кислородомъ. Rottenstein. Traité d'anesthésie chirurgicale. Paris 1880. Кликовичъ. Закись азота и опытъ ея примененія въ терапіи. Дисс. Сиб. 1881. Macan. Brit. med. journ. 1882. Febr. 4, p. 161. Tittel—Sitzungsberichte der gynäkologischen Gesellschaft zu Dresden. 85 Sitzung—5 Okt. 1882. Centralbl. f. Gynäk. 1883. № 10.

Бромистый этиль, *Aethylum bromatum (aether hydrobromicus, monobromäthan, bromäthyl, aethylbromid, bromure d'éthyle)*.

Примѣненіе бромистаго этила, какъ болеутоляющаго средства, въ акушерской практикѣ по настоящее время еще не упрочилось, несмотря на то, что было сдѣлано немало попытокъ и за границею и у насъ, съ цѣлью опредѣлить путемъ клиническихъ наблюденій образъ дѣйствія этого препарата какъ при нормальныхъ, такъ и при патологическихъ родахъ <sup>1)</sup>.

Хотя бромистый этиль былъ впервые (впрочемъ, въ единственномъ случаѣ у рожавшей въ 4-й разъ) съ успѣхомъ употребленъ въ Филadelphіи американцемъ *Turnbull'*емъ <sup>2)</sup>, но честь распространенія этого средства въ акушерской практикѣ принадлежитъ собственно *Lebert'*у <sup>3)</sup> послѣ обнародованія его наблюденій и выводовъ.

Разногласіе, возникшее между наблюдателями относительно апѣстического дѣйствія бромистаго этила на роженицъ, побудило и насъ въ С. Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи въ 1883—84 году испытать это средство. *Д-ръ М. А. Шуриновъ* принялъ на себя трудъ прослѣдить за опытами. Бромистый этиль у насъ былъ употребленъ химически-чистый, проверенный проф. *А. А. Лешемъ* въ фармацевтической лабораторіи Военно-Медицинской Академіи.

*Способы употребленія.* Бромистый этиль употребляется подобно хлороформу, т. е. отъ 10 до 15 капель его накапывается на платокъ или на колпачекъ *Skinner'a* и подносится ко рту роженицы на разстояніи 1—2 стм.; причемъ совѣтуютъ ей дѣлать, сколь возможно, глубокія вдыханія. *Lebert* <sup>4)</sup> отмѣриваетъ капли помощью изобрѣтеннаго имъ „бромюрметра“ (?!) и даетъ вдыхать предъ началомъ каждой боли. *Д-ръ Видеманъ* совѣтуетъ давать вдыхать преимущественно во время паузы и накапывать каждый разъ по многу, а *Жданова* — только во время боли, подливая такъ же, какъ и *Lebert*, по немногу. *Müller* и *Häcker-mann* о способѣ употребленія не упоминаютъ.

*Шуриновъ* въ 3-хъ случаяхъ давалъ вдыхать по *Lebert'*у, а въ 7-ми — постоянно, т. е. во время паузы и боли, накапывая каждый разъ до 15 кап. Анестезированіе начиналось при значительно раскрытомъ маточ-

---

<sup>1)</sup> Первое примѣненіе бромистаго этила, какъ anaestheticum, сдѣлано старшимъ хирургомъ глазной и ушной больницы въ Лидсѣ *Thomas'*омъ *Nunnley*. Въ 1849 году, онъ опубликовалъ свои эксперименты съ бромистымъ этиломъ надъ животными (*Transactions of the Provincial Med. and Surgic. Association* 1849. Vol. XVI, p. 206), а въ 1865 году сообщилъ въ Британскомъ Медич. Общ. (*British. Medic. Journal* 1865. August 19, p. 192) очень хорошіе результаты примѣненія бромистаго этила на людяхъ, при очень многихъ глазныхъ и ушныхъ операціяхъ.

<sup>2)</sup> *Bull. génér. de therap. méd. et chir.* 1880, p. 363. Рефератъ изъ *Dublin med. journal*, August 1880.

<sup>3)</sup> *Archives de tocologie*. Juin 1882, p. 321. Des accouchements sans douleur ou de l'analgésie obstétricale par le bromure d'éthyle.

<sup>4)</sup> Des accouchements sans douleurs par l'emploi du bromure d'éthyle. Conseils aux femmes sur le point de devenir mères. Paris 1882, p. 28.

номъ зѣвъѣ. Начало, сила, продолжительность и частота родовыхъ болей опредѣлялись положенною на матку ладонью.

Результаты *Lebert'a*, *Видемана* <sup>1)</sup> (на основаніи 5 наблюдений) и *Häckermann'a* <sup>2)</sup> (50 наблюд.) въ общемъ слѣдующіе:

1. Бромистый этиль при вдыханіи уничтожаетъ болѣзненность маточныхъ сокращеній.

2. Анэстезія получается быстро и вѣрно.

3. Сознаніе остается нетронутымъ.

4. Анэстезія вполне безопасна для жизни и здоровья матери и плода.

5. Замедленіе родовой дѣятельности не наблюдалось, *Lebert* <sup>3)</sup> же и *Видеманъ* <sup>4)</sup> приписываютъ бромистому этилу даже усиленіе ея. Первый находилъ учащеніе болей, второй — увеличеніе силы ихъ и удлиненіе *stadii actus*.

6. Послѣродовой періодъ протекаетъ нормально; кровотеченій не наблюдалось.

По наблюдениямъ *Müller'a* <sup>5)</sup> анэстезія достигалась далеко не всегда: изъ 13 случаевъ анэстезіи, наблюдавшихся имъ въ періодъ изгнанія плода (всѣхъ его наблюдений 22), только въ 5 случаяхъ былъ полный успѣхъ, въ 3-хъ неполный, а въ 5 не получилось никакого ослабленія болѣзненности родовыхъ схватокъ. У *Ждановой* <sup>6)</sup> (11 наблюдений) полная анэстезія тоже получалась не всегда, и вмѣстѣ съ тѣмъ, одновременно съ появленіемъ общей слабости, наблюдалась вялость брюшнаго пресса, удлинненіе паузъ и замедленіе врѣзыванія.

Изъ многихъ случаевъ, въ которыхъ бромистый этиль былъ испытанъ въ Родовспомогательномъ Заведеніи надъ роженицами, 10 наблюдений было полныхъ, довольно тщательно прослѣженныхъ, на основаніи которыхъ и сдѣланы нижеслѣдующіе выводы, въ параллель съ выводами другихъ изслѣдователей.

1. Болеутоляющее дѣйствіе бромистаго этила на родовыя боли получилось только въ 6 случаяхъ изъ 10 норм. родовъ; слѣдовательно оно непостоянно.

Наши результаты въ этомъ отношеніи совпадаютъ съ результатами *Müller'a* и *Ждановой*.

<sup>1)</sup> St.-Petersburger medic. Wochenschrift 1883. № 11, p. 85.

<sup>2)</sup> Centralblatt für Gynäkol. 1883. № 34, p. 546. Реф. о засѣданіи акушерско-гинекологическаго Общества въ Берлинѣ, 9-го марта 1883 г.

<sup>3)</sup> Archives de tocol. Juin 1882, p. 326.

<sup>4)</sup> L. c. p. 86. случай IV. Въ настоящее время, впрочемъ, д-ръ Видеманъ, по словесному его заявленію, убѣдился при дальнѣйшихъ попыткахъ примѣненія бромистаго этила въ нормальныхъ родахъ, что заключенія его объ особенныхъ выгодахъ, будтобы представляемыхъ этимъ средствомъ, были преждевременны.

<sup>5)</sup> Centralblatt f. Gynäkol. 1883, № 40, p. 643. Отчетъ о засѣданіяхъ гинекологической секціи на 56 съѣздѣ нѣмец. естествоиспытателей и врачей во Фрейбургѣ. Засѣданіе 18-го сентября 1883 года.

<sup>6)</sup> Медицинскій Вѣстникъ 1884. №№ 6 и 7.



2. Анэстезія, дѣйствительно, получается большею частью скоро— послѣ нѣсколькихъ глубокихъ вдыханій, но не всегда вѣрно: въ иныхъ случаяхъ даже очень большими количествами не удавалось получить анэстезіи, въ одномъ же развилось подъ его вліяніемъ мышечное и психическое возбужденіе, дошедшее до буйства и не уступившее *Zij* бромистаго этила, израсходованнаго въ продолженіи 55 мин. Эта роженица по окончаніи родовъ сообщила, что при вдыханіяхъ боли не только не уменьшились, но напротивъ усилились; она сознавала и помнила все, совершавшееся вокругъ нея во время анэстезированія; такъ, она знала, что дралась и бранила одного изъ врачей, сказавшаго *шопотомъ*, что она, должно быть, пьяница.

3. Сознаніе почти во всѣхъ случаяхъ сохранялось.

4. Анэстезированіе бромистымъ этиломъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ положительно опасно для матери и, можетъ быть, и для плода. Опасность для матери заключается въ неблагопріятномъ дѣйствиіи его на сердце. Въ одномъ нашемъ случаѣ непродолжительная анэстезія (въ теченіи 10 мин.) вызвала явленія, угрожавшія такъ называемымъ сердечнымъ обморокомъ, т. е. пульсъ быстро сдѣлался малымъ, едва ощутимымъ, очень рѣдкимъ, лобъ покрылся холоднымъ потомъ, зрачки при этомъ расширились *ad maximum*. Въ другомъ случаѣ вдыханія бромистаго этила вызвали рѣзкіе перебои въ пульсѣ, и каждая новая доза усиливала ихъ настолько, что вынудила послѣ  $\frac{1}{2}$  часоваго анэстезированія прекратить его. Изслѣдованіе аускультацией и перкуссіей какъ предъ началомъ вдыханій, такъ и послѣ не обнаружило въ сердцѣ ничего ненормальнаго. Анэстезированіе въ этомъ случаѣ производилось по методу *Lebert'a* и было вполне безуспѣшно. Что касается до опасности для здоровья и жизни плода, то это заключеніе сдѣлано предположительно на основаніи одного только случая. Доношенный младенецъ, въ 3000 грм. вѣсомъ, родился въ асфиксіи, первые дни былъ очень слабъ, плохо сосалъ, постоянно стоналъ и въ теченіи первыхъ двухъ сутокъ имѣлъ нѣсколько разъ рвоту пѣнистой слизью, съ 4-го дня у него появилась желтуха; между тѣмъ, какъ ни во время родовъ, ни послѣ не было видимыхъ причинъ, могущихъ объяснить такое его состояніе. Анэстезированіе, продолжавшееся въ этомъ случаѣ почти безъ перерыва въ теченіи 40 мин., было успѣшно.

5. На продолжительность, силу и частоту родовыхъ болей какъ относительно ускоренія ихъ, такъ и относительно замедленія, рѣзкаго вліянія бромистый этилъ не оказалъ. Вліяніе его на рефлекторную потужную дѣятельность брюшнаго пресса выразилось въ одномъ случаѣ прекращеніемъ безпрестаннаго произвольнаго натуживанія въ періодѣ раскрытія маточнаго зѣва, причемъ однакожь всякій перерывъ во вдыханіяхъ снова вызывалъ его.

6. Въ послѣродовомъ періодѣ какъ у матерей, такъ и у новорожденныхъ <sup>1)</sup> особенно неблагопріятныхъ явленій не наблюдалось, если

<sup>1)</sup> Исключая одного, упомянутаго въ пунктѣ 4.

не считать двухъ родильницъ, жаловавшихся въ первые часы послѣ родовъ на головокруженіе и головную боль, и того довольно непріятнаго чесночнаго запаха, который былъ наблюдаемъ при выдыханіи почти во всѣхъ случаяхъ въ первые 2 - 4 дня, какъ у родильницъ, такъ и у новорожденныхъ.

7. Во многихъ случаяхъ у роженицъ подъ вліяніемъ анэстезіи бромистымъ этиломъ память утрачивалась, несмотря на сохраненіе сознанія, т. е. во время анэстезіи сознаніе сохранялось, но впоследствии, о всемъ, происходившемъ во время ея, онѣ не могли рассказать. Это подмѣчено было и *Видеманомъ*.

Неностоянство анэстетическаго дѣйствія бромистаго этила и возможность неблагоприятнаго вліянія его на дѣятельность сердца внушили намъ серьезныя опасенія и заставили прекратить дальнѣйшія испытанія этого препарата. Вмеѣстѣ съ тѣмъ нельзя было не убѣдиться, что бромистый этиль въ акушерской практикѣ гораздо опаснѣе хлороформа и никеимъ образомъ не можетъ его замѣнить.

## ГЛАВА V.

### КРАТКІЙ ИСТОРИЧЕСКІЙ ОЧЕРКЪ РАЗВИТІЯ ОПЕРАТИВНАГО АКУШЕРСТВА И ОБЩІЯ ЗАМѢЧАНІЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ПРОИЗВОДСТВА АКУШЕРСКИХЪ ОПЕРАЦІЙ.

Акушерство, составляя самостоятельную часть медицины и въ то же время будучи съ нею неразрывно, органически связано, казалось, должно было бы раздѣлить съ нею и всѣ историческія судьбы ея. На дѣлѣ однакоже вышло не такъ. Въ развитіи акушерства есть одна особенность, которой мы не находимъ въ исторіи развитія другихъ большихъ отраслей медицины. Начиная съ глубокой древности, акушерство, предметъ котораго составляетъ изученіе женщины въ различныя эпохи ея половой дѣятельности, очутилось въ рукахъ женщинъ же, болѣею частію лишенныхъ самыхъ необходимыхъ первоначальныхъ свѣдѣній о здоровой и больной женщинѣ. Что же, спрашивается, могли внести въ сокровищницу нашей науки подобныя женщины? Онѣ имѣли всѣ средства къ наблюденію какъ физиологическихъ родовъ, такъ и всевозможныхъ уклоненій ихъ отъ нормы; имъ должны были быть извѣстны, какъ нельзя лучше, всѣ родильные процессы, по крайней мѣрѣ наглядно. Что же сдѣлали онѣ съ этимъ матеріаломъ? Древнее акушерство, т. е. весь тотъ періодъ науки, который обнимаетъ длинный рядъ вѣковъ (до половины 17-го столѣтія), состоитъ изъ сплетенія всевозможныхъ суевѣрій, басенъ и какого-то непониманія самыхъ простыхъ явленій. Врачи, находясь долгое время въ полной зависимости отъ подобныхъ перевязывательницъ пуповинъ (*omphalotomoi, umbilicosecae*), какъ ихъ называетъ *Astruc*, и не имѣя никакой возможности познакомиться съ нормальнымъ ходомъ родовъ, не могли, разумѣется, содѣйствовать развитію акушерства, какъ они дѣлали это относительно другихъ отраслей медицины. Если поэтому древняя акушерская литература удивляетъ насъ множествомъ несообразностей, то это должно приписать только тому, что врачамъ (бабки писали очень мало) приходилось писать о многихъ вещахъ по наслышкѣ. Врачей звали обыкновенно къ родамъ только въ такихъ случаяхъ, гдѣ

нашептыванія и самыя нелѣпныя средства бабокъ оказывались несостоятельными и гдѣ приходилось прибѣгнуть къ оперативной помощи. Но врачи, незнакомые съ физиологическимъ актомъ родовъ, могли, разумѣется, ограничиваться только предоставленнымъ имъ тогда кругомъ дѣятельности, состоявшимъ въ томъ, чтобы окончить роды въ данномъ случаѣ во что бы то ни стало. Заботясь такимъ образомъ только объ окончаніи родоевъ, они придумывали множество инструментовъ, которые не могли не пугать профановъ и которые распространяли еще болѣйшій страхъ относительно пособія при родахъ, подаваемого мужчинами <sup>1)</sup>. Понятно, что при изложенныхъ нами условіяхъ акушерская техника долгое время должна была оставаться въ самомъ печальномъ состояніи. Презрѣніе къ человѣческой жизни, составляющее существенную черту древнихъ, отозвалось и на оперативномъ акушерствѣ; оно насъ поражаетъ полнымъ пренебреженіемъ относительно жизни плода: все древнее оперативное акушерство вертѣлось почти на одномъ пунктѣ—именно убіеніи и извлеченіи плода (*embryulecia*). Было одно время, когда, казалось, можно было надѣяться, что акушерская техника оставитъ свой прежній (плодоубивающій) характеръ и станетъ цѣнить нѣсколько выше жизнь плода. Время это соотвѣтствуетъ той эпохѣ, когда *Celsus*, а за нимъ *Soranus* и *Aëtius Amidenis* стали излагать ученіе о поворотѣ на ножки (первый мертваго, послѣдніе— живаго плода). Еслибы эта истинно благотельная операція тогда же получила право гражданства въ нашей наукѣ, то эта послѣдняя, безъ сомнѣнія, приняла бы совершенно другое направленіе въ послѣдующіе вѣка. Но ученіе о поворотѣ на ножки вскорѣ было совершенно забыто; акушерская школа арабовъ и арабистовъ ограничивалась только списываніемъ и подражаніемъ древнимъ писателямъ, и все, чѣмъ адепты ея обогатили акушерскую технику, состояло въ томъ, что они придумали нѣсколько эмбриотомическихъ инструментовъ, отзывающихся характеромъ той эпохи (*Albukasis* и др.).

Съ окончаніемъ среднихъ вѣковъ наступила наконецъ и для оперативнаго акушерства свѣтлая эпоха, совпадающая съ окончательнымъ введеніемъ въ науку поворота на ножки. Первыми успѣхами въ это время наша наука обязана Франціи, и французы справедливо гордятся именемъ великаго *Ambrosius'a Paré* (1510—1590), считающагося если не изобрѣтателемъ, то по крайней мѣрѣ истиннымъ возстановителемъ поворота. Долгое время французская акушерская школа преобладала въ Европѣ, потому что вслѣдствіе счастливаго стеченія обстоятельствъ <sup>2)</sup> во

<sup>1)</sup> Въ извѣстномъ опытѣ исторіи акушерства *E. Siebold'a* (ч. I, ст. 202) читатели могутъ найти весьма подробное описаніе древнихъ акушерскихъ инструментовъ. Мы упомянемъ только о слѣдующихъ: у *Hippocrates'a* упоминается объ инструментѣ *onyx* и о кольцеобразномъ ножѣ (*annulus cultratus*), служившихъ по преимуществу для разрыванія плода на части (*embryotomia*); помощью *machairon* и *aeneum spiculum* дѣлалось прободеніе головки; *piestron*, нѣчто въ родѣ нашего кефалотриба, служило для размозженія головки; помощью же инструмента, извѣстнаго подъ именемъ *elkyster*, извлекался плодъ послѣ эмбриотоміи.

<sup>2)</sup> *Jules Clément* былъ первый изъ врачей, который велъ роды отъ начала до конца. Это было именно въ 1663 г. у извѣстной фаворитки Людовика XIV—маркизы *Lavalère*.

Франціи акушерствомъ занялись люди, обладавшіе значительнымъ хирургическимъ талантомъ и счастливымъ даромъ наблюдательности. Сюда мы должны отнести *J. Guillemeau*, *F. Mauriceau*, *G. de la Motte*'а, *P. Portal*'я, *Peu* и др. Говоря объ акушерахъ этого времени, оказавшихъ столь значительныя услуги акушерской техникѣ, нельзя не упомянуть о великомъ голландскомъ акушерѣ *Deventer*'ѣ (1661 до 1725) и нѣмецкой повивальной бабкѣ *Justin*'ѣ *Siegemundin* (1689).

Послѣ введенія въ науку поворота на ножки, самое большое вліяніе на развитіе оперативнаго акушерства оказало изобрѣтеніе *акушерскихъ щипцовъ*, въ первой половинѣ 18-го столѣтія (1723 г.), голландскимъ профессоромъ анатоміи *Palfyn*'омъ <sup>1)</sup>. Когда вскорѣ убѣдились, что этимъ благодѣтельнымъ инструментомъ въ большинствѣ случаевъ удастся спасти двѣ жизни, то акушерами всѣхъ странъ овладѣло какое-то небывалое соревнованіе, и потому какъ научная, такъ и техническая сторона новой операціи (т. е. наложенія щипцовъ) были доведены до высшей степени совершенства. Имена *Baudelocque*'а, *Solayrès de Renhac*'а и *Levet*'а, во Франціи, *Smellie* въ Англіи, *Saxtorph*'а въ Даніи, *Fried*'а, *Röderer*'а, *Stein*'а старшаго, *Boër*'а, *Brünnigghausen*'а, *Busch*'а и др въ Германіи останутся навсегда незабвенными по великимъ заслугамъ, оказаннымъ ими акушерской техникѣ.

Послѣднимъ великимъ переворотомъ своимъ оперативное акушерство обязано введенію въ науку операціи *искусственныхъ преждевременныхъ родовъ* и *искусственнаго законнаго выкидыша*. Введеніемъ въ науку этихъ двухъ благодѣтельныхъ операцій, изъ которыхъ первая вовсе не была извѣстна древнимъ, мы обязаны *Macauley*'ю и *Denham*'у въ Англіи и *A. Mai*'ю въ Германіи.

Если резюмировать все сказанное нами выше, то нетрудно будетъ убѣдиться въ томъ, что упомянутыя нами четыре операціи, т. е. поворотъ на ножки, акушерскіе щипцы, искусственное возбужденіе преждевременныхъ родовъ и выкидыша положили рѣзкую грань между оперативнымъ акушерствомъ древнихъ и акушерскою техникою новѣйшаго времени. Въ самомъ дѣлѣ, въ то время, какъ древнее акушерство при неправильныхъ положеніяхъ плода и незначительныхъ суженіяхъ таза, служащихъ самыми частыми причинами патологическихъ родовъ, было совершенно безпомощно, и для окончанія родоваго акта, въ такихъ случаяхъ, должно было рѣшаться всегда на убіеніе зрѣлаго плода, — акушерская техника нашего времени имѣетъ въ запасѣ дѣльный рядъ оперативныхъ пособій, помощью которыхъ ей нерѣдко удается спасти разомъ двѣ человѣческія жизни. Если къ этому прибавить всѣ успѣхи, добытые новѣйшей наукой относительно фізіологической и патологической

*Clément* получилъ офиціальный титулъ *акушера*, и съ легкой руки г-жи *Lavaliere* въ высшемъ кругу вошло въ моду звать къ родамъ врачей. Мода эта вскорѣ перешла изъ Франціи и въ другія страны, и такимъ образомъ обстоятельству этому наука наша обязана тѣмъ быстрыми успѣхами, которые она сдѣлала, начиная съ этого времени.

<sup>1)</sup> Когда будемъ говорить о щипцахъ, мы приведемъ тѣ данныя, на основаніи которыхъ истиннымъ изобрѣтателемъ щипцовъ должно считать *Palfyn*'а.

анатоміи таза, ученія о родовомъ актѣ и механизмѣ его, наконецъ, техническія усовершенствованія въ акушерскихъ инструментахъ, дѣлающихъ употребленіе ихъ совершенно безопаснымъ въ сколько-нибудь опытныхъ рукахъ, то мы легко поймемъ причину столь быстрого развитія оперативнаго акушерства въ послѣднее время. Благодаря неутомимымъ усиліямъ множества наблюдателей всѣхъ странъ, громаднымъ успѣхамъ медицины вообще и устройству родильныхъ домовъ, служащихъ неистощимымъ кладеземъ для испытанія и примѣненія новыхъ усовершенствованій въ наукѣ, акушерство вообще и оперативная часть его въ особенности достигли въ наше время такой высокой степени развитія, что оно по справедливости считается одною изъ самыхъ разработанныхъ отраслей медицины. Такъ какъ при изложеніи акушерскихъ операцій каждой изъ нихъ предпосылается, по возможности, подробное описаніе историческаго развитія ея, то мы считаемъ излишнимъ входить здѣсь въ дальнѣйшія подробности относительно исторіи акушерской техники.

Въ заключеніе этого бѣлаго очерка, я полагаю, будетъ не лишнимъ вкратцѣ охарактеризовать оперативное направленіе главнѣйшихъ акушерскихъ школъ въ Европѣ, именно: французской, англійской и нѣмецкой. Мы уже сказали выше, что поворотъ на ножки послѣ многихъ вѣковъ былъ снова восстановленъ во Франціи; поэтому нѣтъ ничего удивительнаго, что операція эта тамъ достигла высокой степени совершенства и что тамъ къ ней чаще прибѣгаютъ, чѣмъ въ Англии. Существенное же отличіе въ оперативномъ отношеніи школы французской отъ англійской и нѣмецкой, сказывается особенно рѣзко относительно операцій наложенія щипцовъ и прободенія младенческой головки. Французы, благоговѣя предъ памятью *Levet*'а и оставаясь подъ вліяніемъ его авторитета, очень мало измѣнили форму и размѣры щипцовъ, введенныхъ имъ въ науку, и строго придерживаются изложенныхъ имъ правилъ относительно этой операціи. Поэтому они несравненно чаще прибѣгаютъ къ ней, чѣмъ англичане, которые, оставаясь вѣрными принципамъ ученія *Smellie*, употребляютъ обыкновенно щипцы небольшихъ размѣровъ и съ очень незначительной тазовой кривизной. Французы нерѣдко накладываютъ щипцы при весьма высокомъ стояніи головки; англичане же прибѣгаютъ къ нимъ только въ такихъ случаяхъ, когда головка уже глубоко опустилась въ полость таза или стоитъ у выхода его. Насколько рѣдко англичане употребляютъ щипцы, можно видѣть изъ того, что, напр., *Denman* на 728 родовъ накладывалъ щипцы 1 разъ; у m-не же *Lachapelle* одно наложеніе щипцовъ приходится на 168 родовъ. Зато у англичанъ въ большемъ ходу *прободеніе головки*, причемъ они часто не принимаютъ въ соображеніе, живъ-ли плодъ или нѣтъ, въ чемъ они рѣзко расходятся съ французской и нѣмецкой школами, придерживающимися истинно гуманнаго ученія, что для акушера жизнь какъ матери, такъ и плода, должна быть одинакова священна. Англичане почти никогда не употребляютъ кефалотриба, между тѣмъ какъ французы весьма часто пользуются этимъ инструмен-

томъ. Искусственные преждевременные роды, выпедшіе изъ Англіи, долго не могли привиться на французской почвѣ; еще и до сихъ поръ они тамъ предпринимаются гораздо рѣже, чѣмъ въ Англіи; притомъ же во Франціи и на показанія къ этой операціи смотрять съ нѣкоторымъ предубѣжденіемъ. Какъ французская, такъ и англійская школа одинаково боятся кесарскаго сѣченія и прибѣгаютъ къ нему чрезвычайно рѣдко.

Въ Германіи акушерство стало развиваться гораздо позже, чѣмъ во Франціи и Англіи, и къ тому же подъ прямымъ вліяніемъ этихъ двухъ странъ (оба *Fried'a* и *Schweighäuser* въ Страсбургѣ, *Osiander* въ Геттингенѣ и *Boër* въ Вѣнѣ). Въ теченіи первой половины настоящаго столѣтія оперативное акушерство раздѣлялось въ Германіи на два лагеря: одинъ изъ нихъ, во главѣ котораго стоялъ *Osiander* (1759—1822), оперировалъ весьма часто и при всякомъ удобномъ случаѣ; другой же, имѣя во главѣ своей *Boër'a* (1751—1835), человека необыкновенно талантливаго и одареннаго въ высокой степени даромъ наблюдательности, выпедшаго изъ англійской школы, придерживался болѣе выжидательнаго способа и много падѣлся на силы природы. Въ началѣ оперативная школа *Osiander'a* имѣла большой перевѣсъ надъ школой *Boër'a*, но впоследствии убѣдились, что *Osiander* весьма часто увлекался и устанавливалъ показанія къ акушерскимъ операціямъ на весьма шаткихъ, часто совершенно ложныхъ основаніяхъ. Въ настоящее время германская акушерская школа сложилась на основаніи началъ, выработанныхъ самостоятельно лучшими представителями ея, каковы *D'Outrepoint*, *Naegele*, *Kilian*, *Knwisch*, *Ritgen*, *Meissner*, *Busch*, *Scanzoni*, *Michaelis*, *Litzmann*, *Spiegelberg*, *Schroeder* и др. Что касается до щипцовъ, то она въ этомъ отношеніи держится золотой середины между направленіями французскимъ и англійскимъ. Прободеіе головки живаго младенца отвергается многими германскими акушерами. Искусственные преждевременные роды получили въ Германіи весьма обширное примѣненіе и, благодаря этой операціи, эмбриотомія производится тамъ все рѣже и рѣже. Нѣмецкая акушерская школа охотно прибѣгаетъ къ кесарскому сѣченію; операція эта дѣлается тамъ часто и притомъ съ весьма значительнымъ успѣхомъ, и въ этомъ отношеніи германскіе акушеры сильно расходятся съ акушерами французскими и англійскими, которые, какъ уже сказано выше, рѣшаются приступить къ этой операціи только въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ и при томъ тогда, когда уже всѣ шансы на успѣхъ другихъ операцій потеряны.

Что касается до развитія оперативнаго акушерства собственно у насъ въ Россіи, то, вслѣдствіе извѣстныхъ всѣмъ причинъ, о которыхъ мы считаемъ излишнимъ здѣсь распространяться, оно долгое время было осколкомъ германской науки и потому не отличалось самобытнымъ направленіемъ. Акушерство у насъ до сихъ поръ имѣло характеръ эклектической по преимуществу, т. е. оно, будучи свободно отъ національных традицій въ наукѣ, критически относилось къ пріобрѣтеніямъ другихъ странъ и усваивало себѣ все то, что ей казалось лучшимъ. Въ настоя-



шее время, однако, благодаря чрезвычайно быстрому развитію у насъ медицины вообще, и въ русскомъ акушерствѣ начинаетъ проявляться несомнѣнное движеніе впередъ; позволяю себѣ думать, что русская акушерская школа заняла въ настоящее время почетное мѣсто въ ряду другихъ европейскихъ школъ.

#### **Устанавливаніе показаній къ акушерскимъ операціямъ.**

Устанавливаніе рачіональныхъ показаній, на основаніи которыхъ акушеръ предпринимаетъ ту или другую операцію, составляетъ нерѣдко самую трудную задачу въ акушерской техникѣ. Не говоря уже о томъ, что акушеру часто некогда долго задумываться, потому что нерѣдко каждый моментъ дорогъ, устанавливаніе показаній главнымъ образомъ трудно еще и потому, что при этомъ приходится всегда взвѣшивать множество данныхъ. Если вспомнить, что родовой актъ есть процессъ сложный, въ который входитъ множество факторовъ, какъ-то: характеръ родовой дѣятельности матки, качества твердыхъ и мягкихъ родовыхъ путей, положеніе плода, податливость головки его и проч., то будутъ понятны тѣ данныя, на основаніи которыхъ должны устанавливаться показанія къ оперативнымъ акушерскимъ приѣмамъ. Если къ этому прибавить, что отъ того или другого показанія зависятъ двѣ человѣческія жизни, то сдѣлается совершенно яснымъ, почему мы такъ настаиваемъ на этомъ пунктѣ и устанавливаемъ кардинальное правило: *не приступать ни къ одной акушерской операціи, не установивъ самаго строгаго показанія къ ней.* Не придерживаясь этого кореннаго правила, мы рискуемъ сдѣлать въ томъ или другомъ случаѣ ничѣмъ непоправимую ошибку, которая можетъ повлечь за собою весьма тяжкія послѣдствія.

**Предсказаніе при акушерскихъ операціяхъ.** Предпринимая ту или другую операцію, акушеръ долженъ отдавать себѣ ясный отчетъ въ томъ, какое значеніе можетъ имѣть въ каждомъ данномъ случаѣ тотъ или другой акушерскій приѣмъ. Онъ долженъ принимать въ соображеніе тѣ данныя со стороны родоваго акта, которыя имѣютъ какое-либо значеніе въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, какъ-то: продолжительность родовъ, состояніе матки, свойство таза, положеніе плода, состояніе силъ роженицы. Вообще же со стороны акушера будетъ гораздо благоразумнѣе дѣлать предсказаніе нѣсколько сдержанно и осторожно, какъ бы данный случай ни казался ему благопріятнымъ, такъ какъ не всегда возможно предвидѣть всѣ послѣдствія оперативнаго случая. Поэтому никогда не должно забывать кореннаго правила: дѣлать какъ можно больше, обѣщать же какъ можно меньше.

При изложеніи каждой акушерской операціи отдѣльно, мы приведемъ подробно тѣ условія, отъ которыхъ прямо зависитъ болѣе или менѣе благопріятное предсказаніе. Что же касается до предсказанія при акушерскихъ операціяхъ вообще, то мы должны замѣтить, что убѣжденія многихъ акушеровъ на этотъ счетъ весьма далеки отъ истины. Дѣло въ томъ, что многіе сильно преувеличиваютъ опасность, проистекающую будто бы отъ акушерскихъ операцій, какія бы онѣ ни были.

Доходило даже до того, что многие акушеры, пользовавшиеся значительным авторитетомъ въ наукѣ, прямо отвергали употребленіе всякихъ инструментовъ, утверждая, что они приносятъ гораздо болѣе вреда, чѣмъ пользы. Подобныя убѣжденія высказывали *Viardel*, *W. Hunter*, *Crantz*, *Mawbray* и др. Нечего и говорить—какъ много односторонняго въ подобныхъ воззрѣніяхъ на акушерскую технику, особенно въ примѣненіи къ нашему времени. Несообразность ихъ лучше всего доказывается статистическими изслѣдованіями, обнимающими большое число случаевъ. Такъ, напр., *Mayer*, по свидѣтельству *Ploss'a* <sup>1)</sup>, приводитъ слѣдующія статистическія данныя относительно щипцовъ и поворота. На 1263 операціи наложенія щипцовъ умерло 33 роженицы; на 725 поворотовъ—38. Какъ бы то ни было, по выводамъ, къ которымъ пришелъ *Ploss* на основаніи громаднаго ряда цифръ, доказываютъ, какъ нельзя болѣе убѣдительно, все благопріятное значеніе, какое имѣетъ оперативная акушерская техника относительно смертности какъ роженицъ, такъ и новорожденныхъ. Прежде утверждали также, что акушерскія операціи имѣютъ значительное вліяніе на большую или меньшую смертность роженицъ отъ послѣродовыхъ процессовъ (такъ называвшейся родильной горячки). Этотъ обвинительный пунктъ, имѣющій на первый взглядъ нѣкоторое значеніе, теряетъ свою силу при болѣе точномъ обсужденіи этого вопроса. Операціи акушерскія могли бы оказывать вліяніе на развитіе родильныхъ процессовъ только въ смыслѣ травматизма и ничуть не болѣе; развитіе тяжкихъ послѣродовыхъ заболѣваній обуславливается такимъ комплексомъ разнородныхъ причинъ, что собственно травматизмъ играетъ въ числѣ ихъ лишь самую незначительную роль. Это подтверждается, какъ нельзя лучше, вышеприведенными изысканіями *Ploss'a* и статистическими выводами *Lefort'a*.

**Время, въ которое должны быть предпринимаемы акушерскія операціи.** Установивъ показаніе къ той или другой операціи, остается еще выбрать моментъ, когда данная операція должна быть сдѣлана. Выборъ то этого момента и составляетъ, можетъ быть, самую трудную задачу въ практической дѣятельности акушера. Если гдѣ врачебный тактъ нуженъ, то это именно здѣсь. Начинаящему акушеру однако нужно постоянно имѣть въ виду, что къ какой бы то ни было операціи должно приступать только тогда, когда роженицѣ или плоду отдѣльно, или же обоимъ вмѣстѣ, угрожаетъ опасность. Вотъ единственное основаніе, которымъ онъ долженъ руководствоваться. Въ началѣ своей дѣятельности каждый акушеръ, обыкновенно, преувеличиваетъ опасность; это зависитъ главнымъ образомъ отъ недостатка опытности и отъ недовѣрія къ собственнымъ силамъ. Мы настаиваемъ поэтому на томъ, чтобы онъ въ каждомъ данномъ случаѣ взвѣшивалъ угрожающую, по его мнѣнію, опасность по истинному ея значенію, не

<sup>1)</sup> Мы обращаемъ вниманіе нашихъ читателей на весьма интересную статью его *Ueber die Frequenz der geburtshilfflichen Operationen*, обнимающую громадный рядъ цифръ, выводы изъ которыхъ имѣютъ большую важность въ примѣненіи къ оперативному акушерству. См. *Monatsschrift f. Geburtsk.* 1874, pp. 1—37.

слишкомъ бы не довѣрять себѣ и силамъ роженицы, и главное, не забывать бы свою существенную помощницу, т. е. силы природы. *G. de la Motte* давно уже сказалъ, что въ акушерской практикѣ нерѣдко встрѣчается много измѣнчиваго, подчасъ даже страннаго. Это изреченіе знаменитаго акушера совершенно справедливо. Самые тяжкіе случаи и, повидному, самые опасные, по истеченіи бѣльнаго или меньшаго промежутка времени, иногда теряютъ неожиданно свой отчаянный характеръ и оканчиваются благополучно. Во всякомъ случаѣ мы совѣтуемъ лучше излишнюю предосторожность, чѣмъ торопливость: въ первомъ случаѣ менѣе можно надѣлать оплошностей и непоправимыхъ ошибокъ, чѣмъ дѣйствуя въ торопяхъ.

**Образъ дѣйствія при акушерскихъ операціяхъ.** Съ времени *Celsus* а *скорость* (*cito*) въ производствѣ хирургическихъ операцій считалась особеннымъ достоинствомъ. Въ акушерской практикѣ быстрота въ производствѣ операцій едва ли можетъ имѣть какое нибудь особенное значеніе. Если вспомнить, что акушеру приходится дѣйствовать въ темнотѣ, при условіяхъ, въ которыхъ глазъ не можетъ контролировать его дѣйствія, то понятно, что *надежность* (*tuto*) и *вѣрность* въ производствѣ операцій должны играть несравненно болѣе важную роль, чѣмъ скорость. Кромѣ того, старинное *cito* потеряло почти все свое значеніе со времени введенія хлороформа въ хирургию и акушерство.

Употребляя какъ руку, такъ и инструменты для производства данной операціи, должно тщательно избѣгать всякаго *насилія*. Мы уже выше сказали, что осторожное употребленіе инструментовъ никогда не можетъ и не должно повлечь за собою какія-либо серьезныя послѣдствія для матери или для плода. Травматическія поврежденія, встрѣчающіяся послѣ акушерскихъ операцій, бывають почти всегда послѣдствіями неосторожнаго обращенія съ инструментами или ненадлежащаго устройства послѣднихъ и поэтому всегда подають поводъ къ нареканіямъ на акушера. Пренятствія, встрѣчающіяся во время производства какой бы то ни было операціи, никогда не должны быть насильно преодолеваемы, а напротивъ, нужно отдавать себѣ отчетъ въ значеніи и сущности встрѣченнаго пренятствія и никогда не забывать, что малѣйшее насиліе можетъ стоить жизни или тяжелыхъ послѣдствій плоду или роженицѣ, или тому и другой вмѣстѣ.

Приступивъ разъ къ данной операціи, не слѣдуетъ *прерывать ее*. Непрерывность (*continuité* французскихъ акушеровъ) операціи имѣетъ весьма важное значеніе. Встрѣчающаяся необходимость прервать данную операцію, т. е. не окончить ее, показываетъ только, что къ ней приступлено было или безъ надлежащаго показанія, или же въ ненадлежащее время. Не говоря уже о томъ, что прерываніе начатой операціи оказывасть чрезвычайно неблагопріятное вліяніе какъ на роженицу, такъ и на окружающихъ, вслѣдствіе того, что лишаетъ ихъ необходимаго въ этомъ случаѣ присутствія духа и довѣрія къ акушеру, — оно, кромѣ того, можетъ еще вызвать весьма непріятныя послѣдствія, ибо повторное прерываніе операціи весьма значительно затрудняетъ производство ея. Установивъ такимъ образомъ правило, что каждую на-

чатую операцію должно стараться кончить безъ продолжительныхъ перерывовъ, мы этимъ однако нисколько не отвергаемъ небольшихъ паузъ, обусловливаемыхъ самою сущностью нѣкоторыхъ операцій, какъ напр., наложеніемъ щипцовъ, труднымъ поворотомъ, извлеченіемъ за ножки и т. п.

**Акушерскій наборъ.** Акушеръ долженъ обращать постоянное и тщательное вниманіе на состояніе, въ которомъ находятся его инструменты. Не говоря уже о томъ, что они должны находиться всегда въ одномъ мѣстѣ, чтобы на отыскиваніе того или другого инструмента не терять иногда драгоцѣнное время, они кромѣ того должны быть сохраняемы всегда въ исправности и надлежащей чистотѣ. Безъ соблюденія этого правила акушеръ можетъ быть поставленъ иногда въ весьма непріятное положеніе, если тотъ или другой инструментъ, который ему можетъ понадобится, окажется негоднымъ къ употребленію или не будетъ дѣйствовать надлежащимъ образомъ—отъ того, что покрытъ ржавчиной или потому, что въ немъ чего-нибудь недостаетъ и т. п.

Каждый акушеръ долженъ содержать въ полной исправности ниже поименованные инструменты.

### Акушерскій наборъ.

- 1) Акушерскіе (головные) щипцы пражскіе съ замкомъ *Busch*'а или англійскіе щипцы *Simpson*'а \*.
- 2) Тренановидный прободникъ *Leisnig-Kiwisch*'а, или копьевидный—*Blot* \*.
- 3) Краниокласть *Braun*'а \*.
- 4) Ключевидный крючекъ (*Schlüsselhacken*) *Braun*'а,
- 5) Двойной крючекъ (тупой и острый) *Smellie*.
- 6) Понжницы-кефалотомъ *P. Dubois*.
- 7) Ножницы, искривленныя по краю *Richter*'а \*, для надрѣзовъ большихъ губъ (эпизіотоміи).
- 8) Ножницы *Scanzoni* \*, для кроваваго расширенія маточнаго зѣва.
- 9) Маточный зондъ *Kiwisch*'а.
- 10) Два кольпейринтера *Braun*'а или *Gariel*'я \*.
- 11) Двѣ шелковыхъ петли для поворота \*.
- 12) Круглый женскій катетръ, серебряный или изъ твердаго каучука \*.
- 13) Три мужскихъ эластическихъ катетра (№ 10, 3 и одинъ толстый съ толстою проволокою; всего лучше англійскій) для вправливанія и удерживанія выпавшей пуповины.
- 14) Иглодержатель *Reyner*'а или *Hegar*'а.
- 15) 6—8 кривыхъ иглъ для шиванія свѣже-разорванной промежности.
- 16) Металлическая проволока, лучше серебряная, или обеззараженныя шелковыя лигатуры.
- 17) Длинный коридангъ.
- 18) Гнѣздо маточныхъ зеркалъ *Braun*'а (изъ твердаго каучука).
- 19) Отражатель *Ricord*'а.
- 20) Одинъ изъ слѣдующихъ четырехъ тазомѣровъ, *Martin*'а, *Van Huevel*'я, *Лазаревича* или *Сутунина* \*.
- 21) Стеклнная или цинковая (не выкрашенная внутри) кружка *Esmarch*'а, съ наконечникомъ стекляннымъ, роговымъ или изъ твердаго каучука для рукавныхъ сиринцеваній и пр. и костянымъ или изъ твердаго каучука для клистировъ \*. (Аппаратъ *Scanzoni* для ирригаціи не менѣе пригоденъ, но гораздо портативнѣе).
- 22) Языкодержатель на случай западенія языка при хлороформрованіи \*.
- 23) Шпирецъ *Pravatz*'а для подкожнаго вырыскиванія \*.

24) Дѣтскій серебряный катетръ \*.

25) Горшанная трубочка *Chaussier*'а или *Riebemont*'а для вдунанія воздуха въ легкія новорожденнаго при асфиксіи.

26) Нѣсколько сткланокъ съ притертыми пробками для а) хлороформа, б) нашатырнаго спирта, в) спорынья, д) опійной настойки, е) раствора полуторо-хлористаго желѣза, ф) карболовой кислоты, г) карболлизированнаго вазелина, h) порошка сулемы и i) іодоформа.

27) Весьма полезно имѣть при себѣ лекарскій наборъ.

### **Кровать, на которой производятся акушерскія операціи.**

Прежде, чѣмъ приступить къ производству той или другой операціи, нужно позаботиться о томъ, чтобы оперируемая лежала на возможно покойной и цѣлесообразно устроенной кровати. Кровать, на которой производятся акушерскія операціи, можетъ быть троякаго рода: а) обыкновенная продольная кровать, б) кровать поперечная и, наконецъ, в) кровать полупоперечная или косая. Что касается до обыкновенной *продольной кровати*, то она должна стоять такимъ образомъ, чтобы къ лежащей на ней роженицѣ можно было подойти со всѣхъ сторонъ, т. е. не должна быть придвинута къ стѣнѣ. На среднѣй кровати подъ простыней кладется клеенка; для того же, чтобы удобнѣе было вводить руку или инструменты въ полость таза, подъ крестецъ подкладывается небольшая клеенчатая или кожанная набитая волосомъ подушка (*Polster*), которая должна быть настолько жестка, чтобы не сбивалась. На устроенной подобнымъ образомъ кровати можно производить почти всѣ акушерскія операціи, особенно если та часть ея, которая предназначена для ногъ, не очень высока (напр. обыкновенныя желѣзныя госпитальныя кровати).

Начинающему акушеру, при всѣхъ операціяхъ, въ производствѣ которыхъ предвидится какое-либо затрудненіе, лучше всего оперировать на *поперечной кровати* <sup>1)</sup>. Изъ каждой обыкновенной, достаточно широкой кровати можно устроить поперечную. Для этого кровать придвигается къ стѣнѣ, подушки размѣщаются поперекъ кровати такимъ образомъ, чтобы на среднѣй и у стѣны лежали обыкновенныя, а въ уровень со свободнымъ краемъ кровати — подкладная, и притомъ такъ, чтобы на нихъ удобно было лежать роженицѣ. Послѣдняя помещается на устроенной такимъ способомъ поперечной кровати такъ, чтобы тазъ былъ немного приподнятъ и выдвинутъ за свободный край кровати (сѣдалищные бугры должны выстоять приблизительно на 1 или 2 д.), ноги же, согнутыя въ колѣнахъ, или опираются на приставленные къ кровати стулья, или поддерживаются помощниками. Существенное и необходимое условіе со стороны каждой поперечной кровати состоитъ въ томъ, чтобы она не была ни слишкомъ высока, ни слишкомъ низка и чтобы операторъ могъ дѣйствовать совершенно свободно и не утомляясь. Вотъ почему *Levret* требовалъ, чтобы высота поперечной кровати соответствовала высотѣ живота оператора; по нашему мнѣнію, она должна находиться на одномъ уровнѣ съ локтемъ оперирующей руки. Впрочемъ, въ

<sup>1)</sup> Поперечная кровать потому считается акушерскою по преимуществу. Объ этой упоминаетъ уже *Celsus*'а; *Ambrosius Paré* окончательнo ввелъ ее въ практику.

частной практикѣ, смотря по обстановкѣ больной, можно воспользоваться для устройства поперечной кровати всякаго рода мебелью, лишь бы только были соблюдены удобства больной и оператора. Мнѣ случалось оперировать на сундукѣ, лавкѣ въ избѣ, даже на кулѣ овса.

Въ клиникѣ Медико-хирургической академіи мною была устроена особенная (складная) родильная кровать, по моему мнѣнію, вполне соответствующая цѣли. Она служила для нормальныхъ родовъ, какъ *продольная*, и для производства операций, какъ *поперечная*. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ половина кровати отодвигается въ сторону, а другая половина, на которой помѣщена роженица, остается на мѣстѣ. Эта часть кровати можетъ быть помощью особаго механизма приподнимаема на требуемую высоту и имѣть выдвижныя подставки для ногъ больной.

На *полупоперечной* или косо́й кровати роженица лежитъ напекось и притомъ такимъ образомъ, что одна нога отводится за край кровати и опирается на стулъ, другая же остается на кровати; оперирующій садится прямо противъ лица роженицы. Въ случаѣ необходимости кровать эта можетъ замѣнить иногда и поперечную; она была прежде въ больномъ ходу у французскихъ акуперовъ, которые называютъ ее „petit lit“.

Мы считаемъ нелишнимъ замѣтить здѣсь, что еще очень недавно для акушерскихъ операций (а также и для нормальныхъ родовъ) употреблялись многими акуперами устроенныя специально для этой цѣли, такъ называемыя, *акушерскія кресла* (*scdilia obstetricia*), начало которыхъ теряется въ глубокой древности. Подобныхъ кресель описано множество; таковы кресла *Welsch'a*, *Hagen'a*, *Bl. v. Siebold'a*, *Mende*, *Kluger*, *Jungmann'a* и др. Въ настоящее время однако они совершенно оставлены, потому, во первыхъ, что устройство ихъ довольно сложно, во вторыхъ, они не имѣютъ никакого преимущества предъ обыкновенною кроватью и, въ третьихъ, они чрезвычайно неудобны для роженицы, такъ какъ она обыкновенно должна довольно долго оставаться въ подобномъ креслѣ въ одномъ какомъ-нибудь, весьма принужденномъ положеніи.

#### **Помощники при производствѣ акушерскихъ операций.**

Производство акушерскихъ операций значительно облегчается, если акушеръ имѣетъ достаточное число разумныхъ помощниковъ. Имѣть ихъ однако не всегда возможно. Операции приходится дѣлать большею частью ночью и въ частной практикѣ, нерѣдко съ одною только повивальною бабкою, а то и съ повитухою. Если нельзя пользоваться помощью одного или нѣсколькихъ со товарищей, то приходится довольствоваться тѣми лицами, которыя находятся въ домѣ. Употребить въ дѣло, въ качествѣ помощниковъ, близкихъ родныхъ оперируемой можно рѣшиться только въ крайнемъ случаѣ, такъ какъ у нихъ обыкновенно недостаетъ необходимаго хладнокровія и присутствія духа. Нерѣдко поэтому приходится имѣть дѣло съ неразвитою прислугой (горничныя и пр.), которую нужно ободрить и растолковать ей хорошенько, что собственно требуется отъ нея во время производства операций.

**Классификація акушерскихъ операций.** Различные авторы группировали весьма различно акушерскія операции. Такъ напр. *Stein* младшій дѣлил ихъ на операции, производимыя рукою, и такія, которыя дѣлаются инструментами. Дѣленіе это не выдерживаетъ критики, потому

что иногда одна и та же операция одинаково может быть произведена какъ рукою, такъ и инструментами.

Мы придерживаемся дѣленія, принятаго *Kilian*'омъ, *Hohl*'емъ, *Scanzoni* и др. Подобно этимъ авторамъ, мы считаемъ удобнымъ раздѣлить акушерскія операции на четыре отдѣла.

#### ОТДѢЛЪ I.

Въ составъ его входятъ всѣ *операции приотвѣтныя*, т. е. такія, помощью которыхъ роды подготавливаются къ естественному ихъ окончанію. Сюда относятся слѣдующія операции:

- 1) кровавое расширеніе половой расщелины;
- 2) искусственное расширеніе маточнаго зѣва:
  - a) безкровное и
  - b) кровавое;
- 3) искусственный разрывъ плоднаго пузыря;
- 4) искусственное возбужденіе преждевременныхъ родовъ;
- 5) искусственное возбужденіе законнаго выкидыша;
- 6) акушерскій поворотъ.

##### а) *внутренній поворотъ:*

- a) на ножку или ножки;
- b) на головку;
- c) на ягодицы;

##### б) *наружный поворотъ:*

- a) на головку;
- b) на ягодицы.

#### ОТДѢЛЪ II.

Заключаетъ въ себѣ всѣ тѣ операции, помощью которыхъ роды большею частью оканчиваются. Такъ какъ это можетъ произойти различнымъ образомъ, то и отдѣлъ этотъ распадается на слѣдующія группы:

Группа 1-я. Сюда относятся операции, помощью которыхъ плодъ *извлекается* чрезъ естественныя пути и притомъ всегда *безъ нарушенія его цѣлости*, какъ-то:

- 7) извлеченіе ручное:
  - a) за ножку или ножки;
  - b) за ягодицы;
  - c) за плечики.

8) Извлеченіе плода помощью акушерскихъ щипцовъ.

Группа 2-я. Къ ней принадлежатъ операции, цѣль которыхъ состоитъ въ томъ, чтобы *уменьшеніемъ объема плода* сдѣлать возможнымъ окончаніе родовъ или одними силами природы, или же помощью различныхъ пособій искусства:

- 9) прободеніе головки плода;
- 10) раздробленіе ея (кефалотрипсія);



11) краниоклазія;

12) эмбриотомія.

Группа 3-я. Къ ней относятся такія операціи, посредствомъ которыхъ плодъ извлекается чрезъ *искусственно содѣланные (кровянымъ образомъ) пути*:

13) кесарское сѣченіе;

14) чревосѣченіе (laparotomia);

15) симфизиотомія.

### ОТДѢЛЪ III.

Въ немъ рассмотримъ всѣ тѣ оперативныя приемы, которые предпринимаются надъ пуповиною и послѣдомъ:

16) выправленіе выпавшей пуповины;

17) искусственное отдѣленіе дѣтскаго мѣста;

18) извлеченіе послѣда.

### ОТДѢЛЪ IV.

*(принимаемый не всеми авторами).*

Къ нему относится одна только операція:

19) насильственное родоразрѣшеніе (accouchement forcé). Помощью ея начавшіяся нормальнымъ образомъ роды оканчиваются посредствомъ цѣлаго ряда акушерскихъ пособій, входящихъ въ составъ вышеприведенныхъ отдѣловъ.

**Объ акушерскомъ фантомѣ.** Въ заключеніе общихъ замѣчаній относительно производства акушерскихъ операцій, считаю нужнымъ сказать нѣсколько словъ относительно *способа изученія* акушерской техники. Никто не можетъ сомнѣваться въ томъ, что изучить оперативныя акушерскія приемы возможно только при частомъ производствѣ ихъ на живой. Но дѣло въ томъ, что прежде чѣмъ рѣшиться оперировать на роженицѣ, нужно предварительно быть знакомымъ съ различными способами операцій; однимъ словомъ, нужна предварительная подготовка; этого же можно достигнуть только частымъ *упражненіемъ* въ производствѣ операцій на *акушерскомъ фантомѣ*. Какъ бы начинающій ни былъ хорошо знакомъ съ оперативнымъ акушерствомъ по учебникамъ и рисункамъ, безъ упражненій на фантомѣ онъ никогда не приобрететъ той увѣренности, послѣдовательности, быстроты и ловкости, какія требуются при исполненіи акушерскихъ приемовъ на живой. Поэтому въ изученіи акушерской техники необходимо держаться того порядка, рациональность котораго признана всѣми единогласно, а именно: изучивъ теоретическую сторону дѣла, начинающій долженъ переходить къ упражненіямъ на фантомѣ.

Хирурги въ этомъ отношеніи несравненно счастливѣе акушеровъ, потому что изученіе хирургической техники въ высшей степени облегчается упражненіями на трупахъ и на животныхъ. Акушеръ же поставленъ въ совершенно другія условія. Правда, въ нѣкоторыхъ акушерскихъ школахъ (напр. вѣнской) учащіеся упражняются въ произ-

водствѣ акушерскихъ пріемовъ на трупахъ, по это сопряжено съ весьма многими невыгодами; такъ напр. для этого нужно особннымъ образомъ приготовить трупъ и кромѣ того во все время подобныхъ упражненій, учащійся долженъ строго избѣгать практическихъ упражненій въ клиникѣ, чтобы не дать повода къ зараженію роженицъ трушнымъ ядомъ. Поэтому для изученія акушерскихъ операцій остается общепринятый способъ — упражненіе на фантомѣ и подробное знакомство съ акушерскими инструментами, большая часть которыхъ, какъ увидимъ ниже, принадлежитъ къ числу сложныхъ. Изобрѣтеніе акушерскаго фантома и введеніе его въ общее употребленіе имѣеть такое важное значеніе, что *Kilian* считаетъ это обстоятельство одною изъ причинъ быстрого развитія акушерства и ставитъ его паравиѣ съ учрежденіемъ родильныхъ домовъ и акушерскихъ клиникъ.

Вѣроятно, идея акушерскихъ фантомовъ существовала уже давно по той простой причинѣ, что какъ учащіе, такъ и учащіяся должны были въ нихъ чувствовать настоящую потребность. Но первый, который сталъ упражнять на фантомѣ своихъ учениковъ (бабокъ) былъ шведскій акушеръ *Johann von Hoorn* (въ концѣ XVII столѣтія).

Вслѣдствіе за этимъ французская повивальная бабка *Leboursier Ducoudray* (1759), по словамъ *Velpeau*, вновь выдумала фантомъ, который, по представленію *Levet'a* и *Verdier*, былъ одобренъ хирургическою академіею въ Парижѣ. *Leboursier* много способствовала распространенію фантома: она разъѣзжала по Франціи, учила на немъ бабокъ и во многихъ мѣстахъ оставляла экземпляры его. Затѣмъ усовершенствованіемъ фантома занималась другая французская повивальная бабка *Bihéron*.

Акушерскіе фантомы въ томъ видѣ, какъ они существуютъ теперь, еще далеко неудовлетворительны. Идеаль хорошаго фантома долженъ состоять въ томъ, чтобы устройство его возможно болѣе приближалось къ природѣ, — тогда изученіе акушерскихъ пріемовъ значительно облегчится и станетъ еще полезнѣе. Задача эта, къ сожалѣнію, очень трудна, но вполне стоитъ того, чтобы ею серьезно занялись. Главный недостатокъ существующихъ въ настоящее время акушерскихъ фантомовъ заключается въ томъ, что они въ большинствѣ случаевъ мало знакомятъ съ тѣми трудностями, которыя встрѣчаются въ натурѣ. Недавно проф. акушерства въ Іенѣ *B. Schultze* отчасти улучшилъ фантомъ, придѣлавъ къ нему каучуковую промежность. Кромѣ того, помощію простаго механизма фантому *Schultze* можно дать очень легко боковое положеніе, что полезно при производствѣ нѣкоторыхъ операцій, напр. поворота. Мы выписали подобный фантомъ для клиники и Спб. Род. Заведенія, и могли убѣдиться, что онъ болѣе другихъ удовлетворяетъ цѣли. Немаловажный недостатокъ его состоитъ однако въ томъ, что вслѣдствіе неподатливости каучуковой пластинки, замѣняющей промежность, онъ представляетъ значительныя затрудненія при упражненіи до тѣхъ поръ, пока каучукъ не растянется надлежащимъ образомъ. Новѣйшій фантомъ *Budin—Mathieu* принадлежитъ къ лучшимъ.

Нѣсколько словъ о значеніи профилактики въ отношеніи послѣ-  
родовыхъ заболѣваній и объ асептическомъ веденіи родовъ.

Въ настоящее время едвали еще можно сомнѣваться въ той громадной пользѣ, которую оказала профилактика на теченіе родовъ и въ особенности послѣродоваго періода. Не подлежитъ сомнѣнію, что послѣ-  
родовыя болѣзни вообще и въ частности тяжелья ихъ формы (септикемія и піэмія), ничѣмъ не отличающіяся отъ заболѣваній, наблюдаемыхъ послѣ хирургическихъ операцій, составляютъ послѣдствіе внесенія въ организмъ роженицы или родильницы вреднаго начала или вещества, которое буду называть „септическимъ ядомъ“.

Опытомъ доказано, что передача этого яда происходитъ главнымъ образомъ *во время родовъ*, при посредствѣ приходящихъ въ соприкосновеніе съ дѣтородными частями женщины рукъ ухаживающаго персонала и акушерскихъ инструментовъ. Подобный образъ передачи тѣмъ болѣе возможенъ, что едвали найдется хотябы одна роженица, у которой не было бы какихъ-либо пораненій половыхъ органовъ; такъ, нерѣдко уже до родовъ находимъ экскоріаціи и грануляціи на влагалищной части матки, а у простолюдинокъ кромѣ того, вслѣдствіе неопрятности, еще и отслойку эпителия на стѣнкахъ рукава и на наружныхъ дѣтородныхъ органахъ <sup>1)</sup>. Далѣе, послѣ самыхъ правильныхъ родовъ, какъ извѣстно, находимъ болѣе или менѣе глубокія пораненія входа рукава и маточной шейки. Какого бы происхожденія ни были эти пораненія, притомъ безразлично, будутъ-ли они болѣе поверхностныя—въ видѣ ссадинъ, или болѣе глубокія—въ видѣ трещинъ и разрывовъ, они представляютъ весьма хорошую почву какъ для развитія септического яда, такъ и для всасыванія его. Проникая въ организмъ роженицы или родильницы, септический ядъ влечетъ за собою или мѣстное воспаленіе близъ-лежащей клѣтчатки и брюшины, или же — общее зараженіе, такъ называемое гнилокровіе, рано или поздно оканчивающееся почти всегда смертью.

Въ этомъ отношеніи, но всей вѣроятности, существенную роль играютъ невыясненныя до сихъ поръ условія со стороны развитія и въ особенности поступленія въ организмъ септического яда; условія эти не могутъ быть одними и тѣми же во всѣхъ случаяхъ и повидимому находятся въ связи съ тѣмъ, беременна-ли женщина или нѣтъ, и затѣмъ, въ какомъ срокѣ беременности находится она, такъ какъ послѣ выкидыша, несмотря на весьма энергическое подчасъ вмѣшательство

---

<sup>1)</sup> Rokitansky (jun.), весьма тщательно изслѣдовавшій отдѣленія рукава и шейки матки у женщинъ (не родильницъ), страдавшихъ хроническимъ воспаленіемъ матки, хроническимъ катарромъ и ракомъ ея, а также у здоровыхъ но беременныхъ женщинъ, въ 11 случаяхъ изъ 12 нашелъ палочкообразныя бактеріи. Хотя въ изслѣдованныхъ имъ случаяхъ бактеріи находились въ небольшомъ и вообще очень измѣнчивомъ количествѣ, тѣмъ не менѣе одно присутствіе ихъ указываетъ на то, что бактеріи могутъ жить въ половомъ каналѣ женщины; а если онѣ живутъ, то значить, въ отдѣляемыхъ жидкостяхъ и слизи происходитъ процессъ гніенія и образованіе гниlostнаго яда. (Rokitansky (jun.) Wien. Med. Jahrb. 1874, p. 175).

наше, значительно меньше женщинъ умираетъ отъ септикеміи, нежели послѣ срочныхъ родовъ. Весьма возможно, что обстоятельство это находится въ зависимости отъ измѣненій, происходящихъ въ организмѣ беременной и усиливающихся по мѣрѣ приближенія срока родовъ.

Какъ бы то ни было, нельзя однако не согласиться съ господствующимъ въ настоящее время мнѣніемъ, по которому такъ называвшаяся нѣкогда „родильная горячка“ принадлежитъ къ контагіознымъ болѣзнямъ.

Для того, чтобы показать необходимость строгой антисептики во время родовъ, считаю полезнымъ привести вкратцѣ исторію антисептики и ходъ заболѣваній въ Спб. Родовспомогательномъ Заведеніи, въ которомъ съ 1872 года, подѣ моимъ непосредственнымъ руководствомъ, постепенно вводились различныя профилактическія мѣры, благодаря которымъ, какъ увидимъ ниже, санитарное состояніе этого заведенія улучшилось въ значительной степени.

Изъ медицинскихъ отчетовъ этого заведенія (1872 г., 1873—76 и 1877—80 гг.) а равно изъ статей д-ра *И. М. Тарновскаго* <sup>1)</sup> и д-ра *Э. Ф. Биддера* <sup>2)</sup> и диссертациі д-ра *Я. П. Бьялева* <sup>3)</sup> интересующійся этимъ вопросомъ можетъ почерпнуть подробныя свѣдѣнія о томъ, какимъ путемъ, постепенно, по мѣрѣ отпускаемыхъ матеріальныхъ средствъ, вводились санитарныя мѣры.

Жизнь Заведенія въ этомъ отношеніи, принимая въ основаніе % заболѣвшихъ послѣродовыми болѣзнями и % умершихъ отъ септикеміи, можно раздѣлить приблизительно на слѣдующіе три періода, безъ рѣзкой границы между 2-мъ и 3-мъ періодами:

*Первый періодъ*, когда санитарныя условія Спб. Род. Заведенія были самыя неблагоприятныя; этотъ періодъ относится къ 1872—73 г.

*Второй періодъ* характеризуется постепеннымъ улучшеніемъ санитарныхъ условій Заведенія, а равно и ухода за роженицами и родильницами; антисептика хотя и примѣнялась, но недостаточно строго и то по преимуществу только въ отношеніи родильницъ; къ роженицамъ же примѣнялась антисептика только въ случаѣ ихъ заболѣванія во время родовъ и при трудныхъ родахъ; этотъ періодъ продолжался до 1882 г. включительно.

*Третій періодъ* съ 1883 г. и по настоящее время, когда различныя антисептическія средства начали примѣняться въ гораздо большихъ размѣрахъ и притомъ не только въ послѣродовомъ періодѣ, но главнымъ образомъ какъ при правильныхъ, такъ и при патологическихъ родахъ; къ этому же времени относится также и новое распредѣленіе ухаживающаго персонала (т. е. учащихся или пріемщицъ), которое, какъ мы увидимъ ниже, имѣло громадное вліяніе на пониженіе заболѣваемости и смертности роженицъ.

Чтобы нагляднѣе представить улучшеніе санитарнаго состоянія Заведенія и свѣдѣлагъ, по возможности, надлежащую оцѣнку обеззараживанія, привожу слѣдующую таблицку:

|                        |      |                   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|------------------------|------|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Годы . . . . .         | 1872 | 1873              | 1874 | 1875 | 1876 | 1877 | 1878 | 1879 | 1880 | 1881 | 1882 | 1883 | 1884 |
| Число родовъ . . . . . | 2036 | 1907              | 2339 | 2176 | 2313 | 2696 | 2538 | 2675 | 2821 | 3120 | 3322 | 3450 | 3636 |
| % патологич. род.      | 33.8 | 37.3              | 36.9 | 36.2 | 31.3 | 26.8 | 27.1 | 28.8 | 25.5 | 29.9 | 27.3 | 28.6 | 27.2 |
| % забол. родильн.      | 46.0 | 36.2              | 34.2 | 42.8 | 34.3 | 27.1 | 28.1 | 31.4 | 34.4 | 27.4 | 23.4 | 24.1 | 23.3 |
| % смертности . . . . . | 3.3  | 6.1 <sup>4)</sup> | 2.14 | 2.84 | 1.46 | 1.21 | 1.02 | 1.42 | 1.38 | 1.20 | 1.14 | 0.72 | 0.66 |

<sup>1)</sup> *И. Тарновскій*. Изъ области послѣродовой профилактики. Врачъ 1884, № 50.

<sup>2)</sup> *E. Bidder* D. Gesundheitsverhältnisse d. Wöchnerinnen im St. Petersburger Gebärhause. Sublimat. St. Petersburg. Med. Wochenschrift 1884, № 26 u. 27.

<sup>3)</sup> *Я. Бьялевъ*. Этюдъ разбора санитарнаго состоянія Спб. Родовсп. Заведенія. Диссерт. Спб. 1885.

<sup>4)</sup> Въ концѣ 1872 г. и въ началѣ 1873 г. въ Заведеніи господствовала эндемія родильной горячки, причемъ въ январѣ умершихъ было 13%, въ февралѣ - почти 23%, и въ мартѣ 16.4%. Къ концу апрѣля удалось прекратить эндемию, не закрывая Заведенія.

Изъ этой таблички видно, что, несмотря на увеличивающееся съ каждымъ годомъ число родовъ, процентъ заболѣваемости и смертности значительно уменьшился за послѣдніе годы; такъ % заболѣваемости уменьшился съ 46.0 до 23.3%, а % смертности—съ 3.3 до 0.66%, хотя число патологическихъ родовъ уменьшилось сравнительно мало.

Если еще пять лѣтъ тому назадъ процентъ смертности отъ послѣродовыхъ болѣзней въ большихъ родильныхъ домахъ въ 3—4 раза (приблизительно) превышалъ таковой въ меньшихъ родильныхъ пріютахъ и въ частныхъ домахъ, то въ настоящее время процентъ смертности въ томъ и въ другомъ случаѣ сравнялся и въ большинствѣ родильныхъ домовъ не превышаетъ одного процента, несмотря на то, что процентъ патологическихъ родовъ остается приблизительно прежній (см. *Hugenberger. Separat-Abdr. aus d. Petersb. med. Zeitschr. u. Winckel. Pathologie und Therapie d. Wochenbettes. 3-te Aufl., p. 28 и слѣд.*). Одновременно съ этимъ увеличился во всѣхъ родильныхъ домахъ процентъ родильницъ, не лихорадившихъ даже послѣ трудныхъ операций.

Въ Спб. Род. Заведеніи, при массѣ учащихся и весьма частомъ переполненіи Заведенія родильницами и роженицами, санитарныя мѣры не могли быть сразу введены во всемъ объемѣ. Начиная съ 1872—73 гг., мы постоянно заботились о чистотѣ воздуха въ палатахъ, объ обособленіи здоровыхъ роженицъ и родильницъ отъ заболѣвающихъ и больныхъ, объ изолированномъ уходѣ, а равно настойчиво требовали отъ ухаживающаго персонала безукоризненной опрятности, т. е. чистоты рукъ, одежды, инструментовъ, бѣлья и другихъ вещей, употребляемыхъ при уходѣ. Учащіеся и врачи, занимающіеся въ анатомическихъ институтахъ, не допускались къ занятіямъ въ Заведеніи. Это правило распространялось и на тѣхъ лицъ, которые завѣдывали отдѣленіемъ для заболѣвающихъ и лазаретомъ. Губки, употреблявшіяся (до 1873 г.) при туалетѣ родильницъ, были совершенно изъяты изъ употребленія. Упомянутыя мѣры, какъ видно изъ таблички, уменьшили, въ теченіи первыхъ четырехъ лѣтъ нашей дѣятельности, процентъ заболѣваній съ 46.0 до 34.3, а % смертности—съ 3.3 до 1.46 (въ 1876 г.). Съ 1877 по 1882 г. включительно % заболѣваній упалъ на 23.4, а % смертности до 1.14. Это улучшеніе обусловливалось повидимому тѣмъ обстоятельствомъ, что съ 1879 г. начали устраняться отъ веденія родовъ какъ врачи, такъ и акушеры, которымъ въ ихъ дежурный день приходилось уже принимать у роженицъ съ разложившимся плодомъ.

Благодаря благотворному вліянію на учащихся монахъ ближайшихъ и постоянныхъ сотрудниковъ, а также единодушному стремленію всѣхъ врачей, занимающихся въ Заведеніи, къ исполненію указанныхъ опытомъ профилактическихъ мѣръ, учащіеся въ скоромъ времени сознали всю важность и очевидную пользу ихъ и съ болѣею добросовѣстностью и любовью къ дѣлу относились къ уходу вообще. Упущенія, сдѣланныя кѣмъ либо, откровенно высказывались, почему введеніе антисептики постепенно облегчалось и примѣненіе ея усовершенствовалось. Хотя упущенія въ уходѣ неизбежны и въ настоящее время, особенно при чрезмѣрномъ наплывѣ роженицъ, тѣмъ не менѣе, по мѣрѣ того какъ ухаживающій персоналъ все болѣе и болѣе осваивался съ новыми мѣропріятіями, на что, конечно, требовалось не мало времени, упущенія стали встрѣчаться все рѣже и рѣже. Такъ какъ при устройствѣ Спб. Род. Заведенія рассчитывалось среднимъ числомъ имѣть *не больше шести роженицъ въ сутки*, въ послѣдніе же годы *среднее суточное число родовъ достигло десяти* и нерѣдко *въ одну ночь бываетъ больше двадцати родовъ*, то понятно, что при такой дѣятельности въ родильномъ покоѣ, которая, по моему мнѣнію, не уступаетъ дѣятельности на перевалочномъ пунктѣ въ военное время, при всемъ стараніи не удается выполнить все, относящееся къ профилактикѣ, вслѣдствіе чего число заболѣвающихъ и больныхъ почти всякій разъ увеличивается послѣ такого наплыва роженицъ и наоборотъ падаетъ при болѣе ограниченномъ числѣ родовъ.

Въ 1883 году, ради возможно точнаго контроля за учащимися, какъ врачи и акушеры, такъ и учащіеся раздѣлены (по числу дней въ недѣлѣ) на семь группъ.

Каждая группа, дежурящая въ одинъ опредѣленный день недѣли, состоитъ изъ 3—4 врачей, двухъ акушеровъ (одной дежурной по родильнѣ, другой—по палатамъ) и 30—40 учащихся или пріемщицъ. При такомъ составѣ пріемщица, ведущая роды подѣ

контролемъ и руководствомъ врача, продолжаетъ ухаживать за тою же женщиною и по разрѣшеніи ея отъ бремени и остается подъ контролемъ того же врача во все время пребыванія родильницы въ Заведеніи.

Загѣмъ, съ того же года введено методическое употребленіе антисептическихъ средствъ. Благодаря этимъ двумъ мѣрамъ, процентъ смертности понизился еще болѣе и въ 1883 г. равнялся 0.72, а въ 1884 г. — 0.66.

Что касается антисептики, то правильное, методическое примѣненіе ея началось съ декабря 1882 года. До этого времени были въ употребленіи карболовая кислота и марганцово-кислый кали; но какъ то, такъ и другое средство примѣнялись по преимуществу у заболѣвающихъ и больныхъ роженицъ и родильницъ. Съ декабря 1882 г. изъ дезинфицирующихъ веществъ нами испытаны были кромѣ карболовой кислоты и марганцово-кислого кали, еще салициловая кислота, хлорноватистая известь (*calcaria hypochlorosa*) и сулема. Изъ нихъ хлорноватистая известь въ растворѣ 0.5% и сулема въ растворѣ 0.05% дали самыя лучшіе результаты. Хотя хлорноватистая известь и дала немного лучшіе результаты, чѣмъ сулема, тѣмъ не менѣе она вскорѣ была оставлена какъ по причинѣ рѣзкаго ея запаха, распространяющагося по всему Заведенію, такъ и главнымъ образомъ по причинѣ вреднаго вліянія на дыхательныя органы ухаживающихъ за роженицами и приготовляющихъ растворы; въ виду этого предпочтеніе отдано раствору сулемы вышесказанной крѣпости, который и по настоящее время употребляется въ Заведеніи для сиринцеваній и обмываній наружныхъ дѣтородныхъ частей роженицъ и родильницъ, а также для мытья рукъ медицинскаго персонала и пріемщицъ. Хлорноватистая же известь осталась въ употребленіи только для обеззараживанія палаты, послѣ выписки родильницъ, хотя Заведеніе и снабжено хорошою вентиляціею, устроенною по системѣ бар. Дершана. Карболовая кислота (5%) употребляется въ видѣ мази или раствора для дезинфекціи инструментовъ.

Изъ этого краткаго очерка нашей дѣятельности въ Сиб. Род. Зав. относительно профилактики видно, что безусловно во всѣхъ отношеніяхъ чистотою, изолированіемъ какъ роженицъ, такъ и родильницъ и находящагося при нихъ персонала, а равно широкимъ примѣненіемъ антисептическихъ средствъ и усвоеніемъ учащимися требуемыхъ опытомъ мѣръ предосторожности, были достигнуты весьма утѣшительные результаты; процентъ смертности значительно уменьшился и сравнялся какъ съ таковымъ въ частныхъ домахъ, такъ и въ маленькихъ пріютахъ<sup>1)</sup>, въ которыхъ уходъ за роженицею и родильницею и контроль за уходомъ несравненно легче и проще, нежели въ большихъ родильныхъ домахъ, назначеніе которыхъ заключается не только въ томъ чтобы доставлять пріютъ роженицамъ, но чтобы въ то же время служить практическою школою для акушерокъ и врачей.

Такъ какъ мы не въ состояніи предотвратить обычныя во время родовъ пораненія, которыя въ громадномъ большинствѣ случаевъ служатъ источникомъ заболѣванія, то прямая наша обязанность позаботиться, по крайней мѣрѣ, о томъ, чтобы эти травмы не причиняли вреда здоровью вѣрренныхъ нашему попеченію женщинъ; достигнуть же этого мы можемъ, или предохраняя пораженныя поверхности отъ прониканія въ нихъ септического яда, или же, еслибы это почему-либо было невозможно, то мы должны стремиться сдѣлать послѣдній безвреднымъ, т. е. мы должны поставить септическій ядъ въ такія условія, при которыхъ онъ теряетъ способность развиваться и вызывать зараженіе. То и дру-

<sup>1)</sup> *O. v. Grünwaldt. Ueber d. humanitäre u. wissenschaftliche Bedeutung kleiner Gebärsäle etc. St. Petersburg 1884.* По отчету д-ра Алафинова, въ клиникѣ профес. Славянского, за 6 лѣтъ, умерло отъ послѣродовыхъ болѣзней 0.97%. По отчету доцента д-ра В. В. Сутыгина въ баракѣ для родильницъ въ Рождественской больницѣ за 4 учебныхъ года было 855 родовъ. Изъ этого числа роженицъ заболѣло 111 = 12.9% и умерло 9 = 1.05% (см. Врачъ 1884 г., № 30).

гое достигается соблюденіемъ строгой чистоты и дезинфекціи не только половыхъ частей роженицы, но и помѣщенія, въ которомъ она находится, а равно строгою дезинфекціей всего, что во время родовъ приходится въ соприкосновеніе съ половыми частями роженицы. Если при совершенно правильныхъ родахъ требуется соблюденіе чистоты и примѣненіе дезинфицирующихъ средствъ, то тѣмъ болѣе они необходимы при патологическихъ родахъ и не только потому, что послѣдніе сами по себѣ ведутъ къ нѣкоторымъ заболѣваніямъ (эндометритъ, ушибы, давленія), но главнымъ образомъ потому, что они заставляютъ прибѣгать къ оперативнымъ пособіямъ, приступая къ которымъ акушеръ долженъ сознавать неизбѣжность еще большаго числа поврежденій и принять всѣ мѣры предосторожности, чтобы избѣжать внесенія заразнаго вещества при посредствѣ рукъ и инструментовъ, а также сдѣлать это вещество безвреднымъ въ случаѣ прониканія его съ атмосфернымъ воздухомъ. Важное значеніе профилактики вообще и дезинфицирующихъ средствъ въ частности будетъ еще очевиднѣе, если принять во вниманіе, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ акушеру приходится оперировать *stante pede*, т. е. безъ всякой подготовки, далѣе безъ опытныхъ и сознательно относящихся къ своей обязанности помощниковъ и въ такомъ помѣщеніи, какое есть, не имѣя ни времени, ни возможности выбрать лучшее и дезинфицировать его.

Все сказанное даетъ понятіе, съ какою тщательностью врачъ, позванный къ родамъ, долженъ заботиться о дезинфекціи и внушать правила ея акушеркамъ въ каждомъ представившемся ему случаѣ какъ нормальныхъ, такъ и въ особенности патологическихъ родовъ. *Сущность профилактики* заключается: въ безукоризненной чистотѣ, опрятности и въ тщательномъ обеззараживаніи всего того, что приходится въ соприкосновеніе съ роженицею и родильницею.

Если акушеръ заблаговременно приглашенъ къ родамъ, то онъ долженъ позаботиться о выборѣ комнаты для родовъ и о дезинфекціи ея. Съ этою цѣлью необходимо до наступленія родовъ убрать изъ комнаты излишнюю мебель, вымыть щелокомъ полъ, провѣтрить и дезинфицировать комнату. Чистота воздуха достигается помощью вентиляціи, а тамъ, гдѣ ея нѣтъ, помощью форточекъ, каминовъ и обыкновенныхъ печей. Но какъ бы ни была сильна вентиляція, если внутри помѣщенія для роженицы не будетъ соблюдаться подлежащая чистота какъ самага помѣщенія, такъ и опрятность персонала, подающаго пособіе роженицѣ, то цѣль не будетъ достигнута. Поэтому въ родильнѣ все, могущее портить воздухъ, какъ-то: моча, кишечныя испраженія, грязное бѣлье, послѣдъ и т. п., должны быть безъ замедленія удаляемы. Чистое бѣлье и тюфяки не остаются въ родильнѣ на-готовѣ, а приносятся и кладутся на кровать тогда, когда роженица поступила.

Присутствующій при родахъ персоналъ долженъ позаботиться о дезинфекціи себя. Съ этою цѣлью акушеръ снимаетъ сюртукъ и надѣваетъ предварительно дезинфицированный полотняный передникъ, въ которомъ остается во все время родовъ. Затѣмъ онъ долженъ дезинфи-



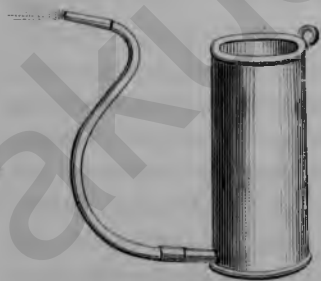
цировать свои руки, причемъ особенное вниманіе слѣдуетъ обратить на ногти и ногтевыя складки. Засучивъ рукава рубашки выше локтя, онъ вымываетъ тщательно руки намыленною щеткою съ водою и затѣмъ ополаскиваетъ ихъ дезинфицирующимъ растворомъ ( $\frac{1}{20}$ ‰ сулемы или 2‰ карболовой кислоты). Такъ же поступаютъ помощникъ и акушерка. Въ теченіи родовъ мытье рукъ обязательно передъ каждымъ внутреннимъ изслѣдованіемъ, сколько бы таковыхъ изслѣдованій ни потребовалось; приступая къ изслѣдованію, палецъ или смазывается вазелиномъ съ 2—3‰ содержаніемъ карболовой кислоты, или же, вымывъ руки, какъ сказано выше, обмываемъ ихъ дезинфицирующимъ растворомъ и, не вытирая, приступаемъ къ внутреннему изслѣдованію.

Для дезинфекціи инструментовъ кладемъ ихъ въ 5‰ растворъ карболовой кислоты, изъ котораго они берутся во время производства операціи; до введенія инструментовъ въ половые органы съ ними поступаемъ такъ же, какъ съ изслѣдующимъ пальцемъ. Никкелированные инструменты легче содержать въ чистотѣ, нежели полированные, которые послѣ каждой операціи слѣдуетъ отдавать въ чистку инструментальному мастеру. За неимѣніемъ дезинфицирующаго раствора достаточно погрузить инструменты на нѣкоторое время въ кипятокъ; металлическіе катетры и маточные наконечники слѣдуетъ кромѣ того прокалить въ пламени свѣчи или спиртовой лампы.

Для дезинфекціи роженицъ пользуемся слѣдующими профилактическими мѣрами. Въ началѣ родовъ, а также въ періодѣ изгнанія плода, если время еще позволяетъ, весьма полезно сдѣлать роженицѣ общую ванну въ 28—30° R.; за неимѣніемъ ванны, а также въ случаѣ, если окончаніе родовъ предвидится въ скоромъ времени, ограничиваемся обмываніемъ наружныхъ половыхъ частей карболовымъ мыломъ или 0.05‰-нымъ растворомъ сулемы и затѣмъ спринцеваніемъ рукава.

Для этого всего лучше употребляютъ стеклянную кружку *Esmarch'a*, ф. 140, съ

Фиг. 140.



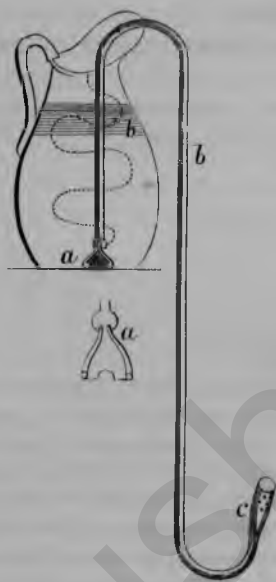
такимъ же наконечникомъ, во 1-хъ потому, что намъ легче слѣдить за чистотою, и во 2-хъ потому, что мы въ состояніи употреблять безразлично то или другое дезинфицирующее вещество, такъ какъ ни одно изъ нихъ не соединяется химически со стекломъ, что обыкновенно происходитъ при употребленіи раствора сулемы въ цинковой кружкѣ, будетъ ли она внутри выкрашена или нѣтъ. Металлическія кружки, выкрашенные внутри, неудобны еще и потому, что при употребленіи горячихъ растворовъ краска легко отстаетъ и тѣмъ еще больше затрудняетъ соблюденіе чистоты. Весьма пригодны для спринцеваній аппаратъ *Scanzoni*, фиг. 141, и воронка *Hegar'a*, фиг. 142. Точно также мы предпочитаемъ

стеклянный наконечникъ роговому или приготовленному изъ твердаго каучука. Передъ употребленіемъ наконечника необходимо его предварительно положить на нѣкоторое время въ кипятокъ и затѣмъ въ сосудъ съ дезинфицирующимъ растворомъ, въ которомъ онъ долженъ храниться во все время родовъ и послѣродоваго періода. Мы предпочитаемъ наконечникъ съ нѣсколькими отверстиями на расширенномъ концѣ.

При спринцеваніи рукава мы поступаемъ слѣдующимъ образомъ. Обмывъ наружныя половыя части и входъ въ рукавъ мыломъ и струею

0.05%-наго раствора сулемы, проводимъ наконечникъ, не запирая крана, по руководству двухъ пальцевъ во влагалище, не доводя однако наконечникъ до наружнаго зѣва; введенными въ рукавъ пальцами направляемъ струю воды то на одну, то на другую стѣнку рукава; если подлежащая часть стоитъ низко, то въ оперативныхъ случаяхъ весьма желательно промыть и ту часть влагалища, которая находится выше подлежащей части; къ сожалѣнію, это не всегда удается. Прополоскавъ такимъ образомъ рукавъ, выводимъ наконечникъ и затѣмъ, обмывъ еще разъ наружныя части, закрываемъ кранъ и осушаемъ дѣтородныя части или дезинфицированнымъ (сулемованнымъ) полотенцемъ или бинтомъ, или же, всего лучше, карболовою ватой.

Фиг. 141.



Фиг. 142.



Обмываніе наружныхъ дѣтородныхъ частей и выполаскиваніе влагалища во время родовъ производится, смотря по надобности; если же предстоитъ операція, то необходимо проспринцевать рукавъ какъ до операціи, такъ и послѣ нея, во время же операціи лишь въ томъ случаѣ, если приходится мѣнять руки или инструменты. По окончаніи нормальныхъ родовъ излишне повторить влагалищное спринцеваніе; необходимо же оно бываетъ въ случаяхъ, если околоплодная жидкость издавала дурной запахъ или была смѣшана *сит месопіо*, если плодъ былъ гнилой, а также при разрывѣ промежности. Обмывъ и осушивъ, какъ сказано выше, наружныя дѣтородныя части, необходимо осмотрѣть имѣющіяся поврежденія; болѣе обширныя изъ нихъ (насѣчки, разрывъ промежности, разрывъ пещеристыхъ тѣлъ) необходимо зашить, мелкія же трещинки и ссадинки, а равно и зашитыя поврежденія присыпать порошкомъ іодоформа.

Промываніе матки тотчасъ по окончаніи родовъ мы производимъ помощью двойнаго катетра только въ случаяхъ развившагося во время родовъ эндометрита, съ зловоннымъ выдѣленіемъ и съ повышевною температурою всего тѣла, а также послѣ труднаго поворота младенца на ножку.

Во избѣжаніе отравленія, храненіе дезинфицирующихъ растворовъ необходимо довѣрить надежнымъ рукамъ. Въ частной практикѣ мы предпочитаемъ употребленіе карболовой кислоты, во-1-хъ, потому, что по летучести своей она дезинфицируетъ комнатный воздухъ, и во-2-хъ, потому, что она пригодна для дезинфекціи инструментовъ; растворъ же сулемы портитъ послѣдніе и дѣйствуетъ исключительно мѣстно. Съ сулемой въ особенности необходимо обращаться крайне осторожно, такъ какъ въ литературѣ извѣстно нѣсколько случаевъ отравленія при выполаскиваніи сулемою матки и влагалища.

Изложенные принципы соблюдаемъ также и при уходѣ за родильницами.

(Желающимъ познакомиться подробнѣе съ современными взглядами на послѣродовыя заболѣванія предлагаю прочесть: *H. Fritsch*. Grundzüge der Pathologie und Therapie des Wochenbetts. Stuttgart 1884).

#### Л И Т Е Р А Т У Р А .

Astruc. L'art d'accouchem. réduit a ses principes. Paris 1766. Barnes. On Obstetric Operations. 3-е изд. 1876. Biheron, см. у Delacoux. Biographie d. sages femmes, p. 34. Caseaux. Traité pratique et théorétique d. l'art d'accouchem. Paris 1870. Charpentier. Traité pratique d. Accouchem. Paris 1883. G. de la Motte. Traité compl. d. accouchem. 1765. Liv. 1., chap. 24. Fritsch. Klinik d. geburtshüfl. Operationen. 3-е Auflage 1880. Gruener. De apparatus instrumentali artis obstetricæ. Berol. 1839. Ch. Honoré. Annales d'Obstetr. 1843. Hohl. Lehrbuch d. Geburtshülfe etc. Leipzig 1862. Hue-ter. Compendium d. geburtshüfl. Operationen 1874. Kilian. D. operative Geburtshülfe. 2-te Aufl. Bonn 1849. Kilian. Armamentar. Lucinæ novum. Bonn 1856. Leboursier-Ducoudray. Abregé d. l'art d' accouchem. avec plusieurs observat. interessantes sur des cas singuliers édit. I, Paris 1759. Lefort. Des Maternités. Paris 1866. Löwenhardt. Aphorismen z. geburtshüfl. Chirurgie. Berlin 1871. Лазаревичъ. Курсъ акушерства. Харьковъ 1879. Martin. Leitfaden d. operativ. Geburtshülfe. Berlin 1877. Pernice. Operationum in arte obstetrica examinato critica et historica. Lipsiæ 1855. Riecke. Der geburtshüfl. Operation-Cursus. Tübingen 1846. Scanzoni. Lehrb. d. Geburtshülfe. 1867. Siebold. Geburtshüflliche Briefe. Siebold. Versuch einer Geschichte d. Geburtshülfe. Berlin 1839—1845. B. Schultze. Modification d. geburtshüfl. Phantoms. Monatschrift f. Gebkd. 1865. Stahl. Geburtshüflliche Operationslehre. Stuttgart 1878. Velpeau. Traité complet d. l'art des accouchem. Edit. II, Paris. 1835. Wasseige. Des opérations obstetricales. Liege 1881. Zweifel. Lehrbuch d. operativ. Geburtshülfe. Stuttgart 1881.

## ОТДѢЛЪ I.

### О ПРИГОТОВИТЕЛЬНЫХЪ ОПЕРАЦІЯХЪ ВООБЩЕ.

Сюда относятся операціи, подготовляющія роды къ естественному окончанію устраненіемъ препятствій какъ со стороны мягкихъ и твердыхъ родовыхъ путей, такъ и со стороны плоднаго яйца и плода. Въ этотъ же отдѣлъ мы включаемъ искусственное прерываніе беременности.

## ГЛАВА VI.

### Кровавое расширеніе половой расщелины во время родовъ (Episiotomia).

**Историческія замѣчанія.** Въ сочиненіяхъ древнихъ врачей не находимъ ничего, что указывало бы на то, что они особенно заботились о сохраненіи промежности во время родового акта. *Hippocrates*, а за нимъ многіе другіе совѣтуютъ прибѣгать къ увлажненію родовыхъ путей слизистыми отварами, но понятно, что это едва-ли могло принести особенную пользу. Только относительно очень недавно акушеры стали обращать болѣе серьезное вниманіе на промежность. *J. v. Hoorn* (1661—1724) совѣтовалъ для сохраненія промежности вводить нѣсколько пальцевъ въ рукавъ и оттягивать ее такимъ образомъ вмѣстѣ съ копчикомъ. Нельзя не удивляться, что подобный странный маневръ нашелъ весьма жаркаго защитника въ знаменитомъ *Deventer'ѣ* (1651—1724). Полагають, что *G. de la Motte* (2-я половина 17 столѣтія) первый предложилъ ручное поддерживаніе промежности, *Puzos* же ввелъ его въ практику. *Smellie* очень хорошо зналъ всю важность поддерживанія промежности, но предлагалъ для сохраненія ее довольно странныя средства, именно, постоянное расширеніе рукава рукою и выкатываніе предлежащей части двумя пальцами, введенными въ прямую кишку. Ученіе это, впрочемъ, относится къ особннымъ случаямъ; въ обыкновенныхъ же случаяхъ онъ прибѣгалъ къ поддерживанію рукою. *Plenk*, *Stein* и *Deleurye* совѣтовали для сохраненія промежности подводить подъ предлежащую часть палецъ, роговую пластинку или же акушерскій рычагъ. Въ началѣ настоящаго столѣтія гёттингенскій проф. *Mende* (1779—1832) старался многими доводами, если не совсемъ вѣрными, то по крайней мѣрѣ весьма остроумными, доказать не только безполезность, но положительный вредъ, истекающій отъ поддерживанія промежности во время родовъ. Ученіе *Mende* возбудило множество толковъ за и противъ, пока оно не было опровергнуто клиническими наблюденіями *Siebold'a* и *Ritgen'a*, и въ настоящее время почти никто уже не сомнѣвается въ цѣлесообразности и пользѣ поддерживанія промежности.

Изъ новѣйшихъ авторовъ *Hohl* вооружается противъ общепринятаго въ настоящее время способа поддержанія промежности рукою, говоря, что при помощи его промежность не предохраняется отъ разрывовъ, и въ замѣкъ его предлагаетъ свой собственный способъ, состоящій въ слѣдующемъ. Во время прорѣзыванія головки чрезъ родовую щель, правая рука подводится подъ правое бедро такимъ образомъ, чтобы ладонная поверхность ея была обращена къ дѣтороднымъ частямъ; большой палецъ кладется на затылокъ прорѣзывающейся головки, а остальные четыре пальца на *bregmata* или же на лобъ (при дальнѣйшемъ прорѣзываніи). Этимъ путемъ *Hohl* думаетъ достигнуть того, что давленіемъ большого пальца на затылокъ устраняется слишкомъ быстрое отклоненіе подбородка отъ груди, давленіемъ же на лобъ остальныхъ четырехъ пальцевъ руки головка въ желаемый моментъ отклоняется вверхъ, т. е. къ лобку, и такимъ образомъ регулируется отклоненіе (*extensio*) головки. Однимъ словомъ, цѣль предложеннаго *Hohl* емъ приема состоитъ въ томъ, чтобы провести чрезъ родовую щель головку въ самомъ меньшемъ діаметрѣ ея, что, понятно, потребуетъ меньшаго выпячиванія промежности въ длину, слѣдовательно подвергнетъ ее меньшей опасности относительно разрыва. Нѣкоторую аналогію со способомъ *Hohl*'я имѣетъ способъ, предложенный во Франціи, лѣтъ 50 тому назадъ, *Mattei*. Два пальца одной руки проводятся между лоннымъ сочлененіемъ и затѣмъ, другая же кладется на заднюю часть промежности. Двумя пальцами одной руки затылокъ отклоняется книзу, другою же рукою, лежащею на промежности, лицо отдавливается вверху.

*C. Schroeder* предложилъ слѣдующій способъ сохраненія промежности: если затылокъ высунулся изъ подъ лоннаго сочлененія и головка уже настолько вѣзлась, что готова соеѣмъ прорѣзаться при слѣдующей потугѣ, то, начиная съ передней спайки, отодвигаютъ кайму влагалищнаго входа за головку. Какъ только кайма отошла за наибольшую окружность черепа, остальная часть ея отодвигается сама собой и такимъ образомъ головка прорѣзывается внѣ потуги. *Ritgen* и *Olshausen* совѣтуютъ ввести два пальца внѣ потуги въ прямую кишку и, надавливая сперва на лобъ, и затѣмъ на лицо, вытѣснить головку изъ влагалищнаго входа во время паузы.

Послѣдній способъ, а равно и боковое положеніе роженицы при прорѣзываніи головки принадлежать къ лучшимъ профилактическимъ мѣрамъ, предохраняющимъ промежность отъ разрыва.

Такъ какъ давно уже было извѣстно, что поддержаніе промежности не всегда предохраняетъ ее отъ разрывовъ, то многіе акушеры старались предотвращать ихъ хирургическимъ путемъ, именно разрѣзами промежности въ различныхъ направленіяхъ. *G. Ph. Michaelis* обыкновенно считается первымъ, предложившимъ разрѣзъ промежности, — по направленію ея шва (*raphe*). По свидѣтельству же *Mendel*'я, до *Michaelis*'а способъ этотъ предлагалъ *Champenois*. Способъ *Michaelis*'а съ самаго же начала нашелъ сильныхъ противниковъ въ *Stein*'ѣ, *Schmitt*'ѣ и др. и совершенно оставленъ всѣми акушерами. Производя, по мысли *Michaelis*'а, продольный разрѣзъ по шву промежности, мы едвали можемъ надѣяться на возможность удержать края разрѣза въ соприкосновеніи, такъ какъ этому противодействуютъ кожа и фасціи, перерѣзанія поперекъ главнымъ же образомъ, расхожденію краевъ раны способствуетъ разрѣзъ *musculi transv. perin. superfic.* Хотя мысль *Michaelis*'а и была оставлена, но впоследствии она подверглась дальнѣйшей разработкѣ и подала поводъ къ введенію въ науку *насычекъ промежности* (*scarificationes perinaei Ritgen*'а) и *разрѣза боковыхъ губъ* (*episiotomia*), получившаго весьма обширное примѣненіе въ пражской и вѣнской школахъ (*Seuffert*, *Braun*, *Scanzoni* и др.). Эпизиотомію пробовали видоизмѣнять различнымъ образомъ. Такъ напр., *Fichelberg* и *Butignot* предлагали разрѣзывать нижнюю часть задней стѣнки рукава съ одной или же съ обѣихъ сторонъ. Видоизмѣненія эти однако не привились въ практикѣ, и въ настоящее время эпизиотомія большинствомъ акушеровъ производится въ томъ видѣ, какъ она описана будетъ ниже. Наконецъ мы должны упомянуть еще о способѣ *Cohen*'а, предложившаго, съ цѣлью сохраненія промежности, прибѣгать къ подкожному сѣченію (*myotomia*) запирающей мышцы рукава (*m. constrictoris cunni*). Способъ этотъ, хотя и кажется остроумнымъ, однако тоже не вошелъ въ практику.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Anfeld. Das Dammschutzverfahren nach Ritgen. Arch. f. Gynæk. Bd. VI., Hft 2. Backer Brown. Case of Rupt. perinaei etc. Obst. Trans., 1861. V, p. 197. Boer, см. его Sieben Bücher ueber natür. Geburtshülfe. Wien 1834. Баскинъ. Клинич. наблюд. надъ разрывами промежности Дисс. Сиб. 1881. Budin. Arch. d. Tocol. Juin 1877, p. 370. Budin. *ibid.* Mars 1880, p. 162. Butignot. Gaz. d. hôp. 1859, № 70. Cohen. Monatschr. f. Gebkd. 1862. Bd. XIII. Duncan. Obst. J. Gr. Brit. Jan. 1877. Dupuytren, Rupt. centrale du perinée. Gaz. d. hôp. 1862. Duparquet. Histoire complete des ruptures etc. du perinée. Paris 1835. Eichelberg. Schmidt's Jahrb. Bd. 68, p. 207. Флоринскій. О разрывахъ промежности во время родовъ. Дисс. Сиб. 1861. Faustmann. Ueber d. allmährl. Vervollkom. d. Dammschutzmethoden etc. Giessen 1851. Fasbender. Z. f. Geb. u. Gyn. II, p. 43. Galabin. Lond. Obst. Transact. XX, p. 295. Goodell. A. critic inquiry. into the management of perineum during labour. Amer. Journ. of med. Science. 1871. М. И. Горвицъ, см. его руководство и т. д. Сиб. 1874, p. 204—220. Gehler. Programma d. rupt. perinaei in partu cavenda. Lipsiae 1781. Hecker. Arch. f. Gynæk. Bd. XII, p. 89. Hugenberg. Petersb. med. Z. 1875, Hft. 5 и 6. Hurt. St. Louis med. and surg. Journ. May 10. 1871. Jörg. Schriften z. Beförd. d. Kenntn. d. Weibes. Leipzig 1818. Kehrер, см. его „Der pract. Arzt“ 1878, № 5 и 7. А. Крассовскій. О предохранительномъ способѣ лѣченія разрыва промежности во время акта родовъ помощью надрѣзовъ (episiotomia). Военно-медиц. Журн., кн. 10. Сиб. 1859. Kleinwächter. Prag. Vierteljahrsschr. 1871, Hft. 3, p. 14. Kieter. Ueber frische Dammrisse. Med. Zeit. Russlands 1849, № 4 и 5. Kilian. D. operative Geburtskd. Abth. II. Bonn 1849. Langheinrich. Monatschr. f. Gebkd. Bd. VI, p. 462. Лазаревичъ. О предупрежденіи разрыва промежности etc. Моск. Мед. газ. 1872. Liebmann. Z. f. Geb. u. Gyn. Bd. I, p. 393. Н. Litzmann. Ueber Dammrisse. Inaug. Diss. Kiel 1873. Mende. Beobacht. u. Bemerk. aus d. Geburtshülfe. Bd. I, p. 27. 1824. Moreau. Rupt. centrale du perinée. Discuss. acad. Gaz. méd. 1830. Michaelis. Geburtsgeschichten, см. журналъ Siebold'a „Lucina“ 1810, p. 23. Mendel. Commentatio d. perinaei cura in partu. Vratislaviae 1811. Müller. Scanzoni's Beitr. VI, p. 148. Olshausen. Samml. klin. Vorträge v. R. Volkman. № 44. Preiter. Ueber Dammrisse. Diss. inaug. München 1867. Ritgen. Ueber d. Dammschutzverfahren. Monatschr. f. Gebkd. Bd. VI, Hft. 5. 1855. Ritgen. Schmidt's Jahrb. Bd. 89, p. 213. Ritgen. Neue Zeitschr. f. Geb. Bd. III, Hft. 1. Ranking. Obstetr. Amer. Journal. July 1868. Rose. Guérison d. la déchir. du perinée p. la méthode de Jobert. Gaz. d. hôp. 1853 № 34. В. Schultze. Monatschr. f. Gebkd. Bd. XII, p. 241. 1858. Smellie. A treatise on Midwif. 1755. Slevogt. Dissertatio de partu difficili e perinaeo inde rupto. Jena 1700. Stein. Theoretische Anleitung z. Geburtshülfe. Kassel 1772. Straus. Thèse Strasbourg 1869. Volkening. De laesionibus perinaei nulliebr. Goetting. 1797. Winckel. D. Pathol. u. Therapie d. Wochenbettes. Berlin 1878.

**Опредѣленіе.** Эпизиотомія состоитъ въ томъ, что помощью ножицъ или пуговчатого бистурей дѣлаются, въ поперечномъ направленіи, надрѣзы вблизи задней спайки большихъ дѣтородныхъ губъ.

**Цѣль.** Цѣль эпизиотоміи та, чтобы, при помощи ея и при совмѣстномъ поддерживаніи промежности, предохранить эту послѣднюю отъ разрыва во время родового акта. Въ настоящее время мы убѣдились, что положеніе роженицы на боку во время прорѣзыванія крупныхъ частей плода черезъ половую щель, немало способствуетъ предохраненію промежности отъ разрыва.

**Польза операціи и слобобы производства ея.** Со времени

введенія этой простой операціи, разрывы промежности, что бы ни говорили противники эпизиотоміи, встрѣчаются несравненно рѣже прежняго. Это лучше всего доказывается данными, приведенными *Faustmann*'омъ. До введенія эпизиотоміи авторъ этотъ на 4875 родовъ насчитываетъ 190 случаевъ разрыва промежности; съ другой же стороны, на 3464 родовъ, при которыхъ эпизиотомія произведена была 266 разъ, промежность была разорвана всего только 9 разъ. И изъ этихъ 9 случаевъ въ трехъ разрывъ произошелъ вслѣдствіе неосмотрительности практиканта, подававшего пособие при родахъ. По наблюденіямъ *Ritgen*'а, на 757 родовъ, при которыхъ эпизиотомія сдѣлана была 83 раза, ни разу даже не была разорвана уздечка. D-r *Langheinrich* говоритъ, что тѣ случаи небольшихъ разрывовъ, которые наблюдаемы были послѣ эпизиотоміи (на 47 эпизиотомій три случая разрыва), произошли, по его мнѣнію, отъ того, что или слишкомъ медлили операціею, или же дѣлали только поверхностныя скарификаціи. Мы примѣняемъ эпизиотомію съ 1857 года и съ положительностью должны сказать, что эта операція, при совмѣстномъ поддерживаніи промежности, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, предохраняетъ промежность отъ разрывовъ, если только она дѣлается надлежащимъ образомъ.

Въ бытность мою профессоромъ акушерства и женскихъ болѣзней въ клиникѣ Импер. Сиб. Медико-хирург. Академіи на 375 нормальныхъ родовъ безъ эпизиотоміи разрѣшилось 217; при этомъ разрывовъ промежности было: поверхностныхъ (т. е. ограничивавшихся слизистой оболочкой и глубиной менѣе 5 мм.)—5; несовершенныхъ 1-ой степени (т. е. не достигавшихъ половины промежности)—17; несовершенныхъ 2-ой степени (т. е. доходившихъ до сжимательной мышцы прямой кишки)—1. Процентное отношеніе несовершенныхъ разрывовъ выходитъ 8,3. На 375 нормальныхъ родовъ — разрѣшившихся при помощи эпизиотоміи было 139; при этомъ разрывовъ промежности случилось: поверхностныхъ 10 и несовершенныхъ 1-ой степени—5; процентное отношеніе—3,6.

На 19 случаевъ извлеченія младенца щипцами, у первородящихъ, эпизиотомія была сдѣлана 19 разъ, и разрыва не было ни разу.

У второрождавшихъ нормально эпизиотомія сдѣлана была 4 раза: разрыва не было ни разу.

Итакъ, всѣхъ эпизиотомій въ клиникѣ было сдѣлано 162; изъ нихъ глубокихъ надрѣзовъ (не менѣе 2 см.) 142, причемъ разрывовъ не было; поверхностныхъ надрѣзовъ (менѣе 1.0.) 20, при этомъ разрывовъ было 15. На разрывы поверхностные я не обращаю вниманія потому, что они ни имѣютъ вредныхъ послѣдствій. Эти выводы, какъ нельзя болѣе подтверждаютъ принятое мною правило относительно глубины надрѣзовъ: нужно дѣлать ихъ не менѣе 2.0. Артеріальное кровотеченіе, требовавшее наложенія лигатуры, на 162 случая эпизиотоміи случилось только 1 разъ.

Показаніями къ эпизиотоміи у первородящихъ были:

|   |          |
|---|----------|
| Неподатливость промежности . . . . .          | 75 разъ. |
| Узкость половой расщелины . . . . .           | 2 "      |
| Лицевое положеніе . . . . .                   | 2 "      |
| Острый отекъ большихъ и малыхъ губъ . . . . . | 8 "      |
| Наложеніе щипцовъ у первородящихъ . . . . .   | 19 "     |
| Быстрое теченіе родовъ . . . . .              | 35 "     |
| Смѣшанныя показанія . . . . .                 | 17 "     |

У второрождавшихъ:

|   |     |
|---|-----|
| Рубцы и неподатливость промежности . . . . .  | 3 " |
| Острый отекъ большихъ и малыхъ губъ . . . . . | 1 " |



Ранки послѣ надрѣзовъ въ 113 случаяхъ зажили въ концѣ 1-ой недѣли, въ 44-хъ въ теченіи 2-ой недѣли, въ 5 случаяхъ въ теченіи 3-ей и 4-ой недѣли.

Заживленіе ранокъ шло медленно обыкновенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при дифтеритѣ матки и ранки поражены были этимъ процессомъ.

Что касается до моей частной практики, то къ сожалѣнію, я не могу представить доказательствъ въ цифрахъ; но могу только заявить, что во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ была примѣнена мною эпизиотомія, разрывовъ промежности, исключая поверхностныхъ, не было.

Въ Спб. Род. Зав. эпизиотомія примѣняется сравнительно часто, но не съ такимъ благопріятнымъ успѣхомъ, какъ это было у меня въ клиникѣ, что повидимому находится въ связи съ техникою производства. Надрѣзы хотя и представляютъ весьма легкую операцію, тѣмъ не менѣе требуютъ точнаго соблюденія правилъ, о которыхъ будетъ сказано ниже. Въ клиникѣ она производилась мною и моимъ ассистентомъ, въ Спб. Родовсп. же Заведеніи—преимущественно врачами, только начинающими практиковать.

Нельзя обойти молчаніемъ мнѣнія, высказаннаго нѣкоторыми акушерами, считающими эпизиотомію не только бесполезною операціею, но даже вредною по своимъ послѣдствіямъ. Всѣ доказательства, приводимыя ими, основаны не на фактахъ, а на неправильныхъ умозрѣніяхъ. Рамки этого сочиненія не позволяютъ мнѣ входить въ подробный разборъ этихъ послѣднихъ; скажу только, что я не могу не вѣрить тому, что я самолично прослѣдилъ.

*Ritgen* и *Kiwisch*, какъ уже сказано было выше, измѣнили способъ *Michaelis's*. *Ritgen* дѣлалъ на большихъ губахъ нѣсколько насѣчекъ, отъ 4 до 6 съ каждой стороны, глубиною въ 2—3 мм., а *Kiwisch* отъ 2 до 4 вблизи задней спайки губъ, но гораздо глубже, почти до 1 сантиметра. Наконецъ *Scanzoni*, *P. Dubois*, *Ch. Honoré* предложили дѣлать по одному разрѣзу съ каждой стороны, но глубиною уже отъ 1 до 2 сантиметровъ, что и осталось въ практикѣ по настоящее время.

*Credé* и *Colpe* (*Centrbl. f. Gynaek.* № 3, 1885) настоятельно совѣтуютъ производить эпизиотомію только съ одной стороны <sup>1)</sup>.

**Производство.** Мы производимъ эпизиотомію по способу, описанному *Scanzoni* и *Ch. Honoré*. Въ четвертомъ періодѣ родовъ нужно имѣть наготовѣ ножницы *Richter's* (искривленные по краю). Надрѣзы можно дѣлать и прямыми ножницами или пуговчатымъ бистуреемъ, но всего удобнѣе кривыми. Самый удобный моментъ для надрѣзовъ есть тотъ, когда подлежащая часть (напр. головка) большимъ своимъ размѣромъ начинаетъ прорѣзываться чрезъ половую расщелину, и промежность уже достаточно растянута. Этому правилу мы слѣдуемъ и при извлеченіи подлежащей части инструментами (щипцами, краниокластомъ и кефалотрибомъ). Раньше этого срока позволительно дѣлать надрѣзы, по нашему мнѣнію, только тогда, когда есть возможность предвидѣть быстрое прорѣзываніе подлежащей части, особенно головки. Впрочемъ мы должны замѣтить, что предвидѣть подобное быстрое прорѣзываніе головки въ большинствѣ случаевъ весьма трудно. Эпизиотомія дѣлается

<sup>1)</sup> Баландинъ на стр. 111 своихъ *Klinische Vorträge* предлагаетъ, съ цѣлью предотвратить у I-рага разрывъ промежности, захватить толстымъ окончатимъ корнцангомъ (!), по возможности глубже, кожу позади затылочнаго бугра врѣзывающейся головки и оттягивать ее книзу.

нами и при послѣдующей головкѣ, особенно когда приходится извлекать ее руками или же помощью инструментовъ.

Эпизиотомія производится слѣдующимъ образомъ. Предварительно во время паузы опредѣляютъ мѣсто, гдѣ должны быть произведены наслѣдки (обыкновенно на разстояніи двухъ и не болѣе трехъ стм. справа и слѣва отъ середины задней спайки большихъ губъ). Затѣмъ въ началѣ потуги вводятъ плашмя тупоконечную вѣтвь ножницъ *Richter'a* между растянутыми краями половой щели и врѣзывающеюся частью плода, по направленію къ сѣдалищному бугру и, въ моментъ наибольшаго растяженія спайки, т. е. когда середина спайки начнетъ бѣлѣть, однимъ сѣченіемъ дѣлаютъ поперечный надрѣзъ большой губы глубиною въ 1—2 стм. При этомъ необходимо, чтобы сѣченіе ножницами было по возможности параллельно съ поперечнымъ размѣромъ выхода таза. Иногда достаточно бываетъ наслѣдки съ одной стороны; въ случаѣ нужды дѣлаютъ второй надрѣзъ на другой большой губѣ, на такомъ же разстояніи отъ задней спайки и притомъ или во время той же или при слѣдующей потугѣ.

Надрѣзы дѣлаются быстро и притомъ во время потуги. Лучше сдѣлать ихъ нѣсколько глубже, чѣмъ слишкомъ поверхностно. Роженицы при этомъ обыкновенно не чувствуютъ особенной боли. Что же касается до кровотеченія, то оно бываетъ весьма незначительно, оставаясь обыкновенно само собою и рѣдко требуетъ употребленія льда или другихъ крово-останавливающихъ средствъ. При раненіи *art. labialis posterioris* <sup>1)</sup> (что случилось однажды въ нашей клиникѣ) нужно ее перевязать.

Предохраненіе промежности отъ разрыва помощью надрѣзовъ можно объяснить слѣдующимъ образомъ: вслѣдствіе надрѣзовъ и послѣдовательнаго расхожденія краевъ раны увеличивается окружность половой расщелины, а вмѣстѣ съ тѣмъ уменьшается и противоѣдѣствіе со стороны промежности; то и другое способствуетъ болѣе удобному прорѣзыванію наиболѣе объемистой части плода. Расхожденіе краевъ надрѣзовъ становится видимымъ въ моментъ разрѣза или въ слѣдующую затѣмъ потугу.

Нелишнимъ считаю здѣсь замѣтить, что тѣ врачи, которые дѣлаютъ надрѣзы въ первый разъ, обыкновенно дѣлаютъ ихъ выше, чѣмъ слѣдуетъ. Это объясняется тѣмъ, что мѣсто для надрѣзовъ слишкомъ неопредѣленно; одни акушеры назначаютъ мѣстомъ надрѣза нижнюю треть большихъ губъ, другіе выше обозначенное разстояніе отъ задней спайки большихъ губъ. То и другое затрудняетъ нѣкоторымъ образомъ врача, при сильномъ растяженіи промежности и краевъ расщелины, а также при изглаживаніи гарће и уздечки. Во избѣжаніе этого неудобства, совѣтую провести линію по самой вынуклой части растянутой промежности отъ середины передняго края задняго прохода къ нижнему краю лоннаго сочлененія; такимъ образомъ обозначится мѣсто задней

<sup>1)</sup> По *Bock'y* она называется *art. transversa perinaei*.

спайки губъ; руководствуясь этимъ, уже легко будетъ опредѣлить мѣсто для надрѣзовъ.

Ранки послѣ надрѣзовъ, при соблюденіи даже одной только чистоты, заживаютъ обыкновенно въ теченіи 6—8 дней. Въ крайне рѣдкихъ случаяхъ надрѣзы, при прорѣзываніи подлежащей части плода, немного увеличиваются (на нѣскольکو миллиметровъ). Намъ ни разу не случилось видѣть значительнаго увеличенія надрѣзовъ, подобно тому, какъ это наблюдалъ *Pajot*, гдѣ разрѣзъ расширился до паха. При крупномъ или дифтеритическомъ пораженіи матки, ранки иногда также покрываются крупознымъ или дифтеритическимъ налетомъ; но и здѣсь, при благопріятномъ исходѣ болѣзни матки и при перевязкѣ средствами, обыкновенно употребляемыми при дифтеритѣ, ранки заживаютъ безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій. Особенно тщательная перевязка послѣ эпизіотоміи требуется въ случаяхъ недержанія мочи у родильницъ. Постоянное орошеніе ранокъ мочою влечетъ за собою дурныя послѣдствія, доходящія иногда до омертвѣнія не только поверхности ранокъ, но и окружающихъ частей.

Такъ какъ надрѣзы могутъ слѣдовательно служить источникомъ не только мѣстнаго, но и общаго заболѣванія (септикеміи) въ послѣродовомъ періодѣ, то, ради предупрежденія таковой возможности, я *настоятельно советую*, послѣ выхожденія послѣда, *шивать надрѣзы* однимъ или нѣсколькими (смотря по величинѣ ихъ) металлическими или шелковыми (карболизированными) швами, соблюдая обычныя правила хирургіи, и затѣмъ присыпать ихъ порошкомъ іодоформа.

**Показанія.** *Ritgen* устанавливаетъ для эпизіотоміи слѣдующія два показанія: 1) быстрое родоразрѣшеніе, зависящее или отъ слишкомъ энергической дѣятельности матки, или же отъ тѣхъ или другихъ акушерскихъ пособій, обуславливающихъ извѣстными показаніями, и 2) рубцы и неудоборастяжимость тканей промежности. *Langheinrich* прибѣгаетъ къ эпизіотоміи при абсолютно узкой половой расщелинѣ, или же при слишкомъ жесткой и неподатливой промежности. *Kilian*, по моему мнѣнію, правъ, говоря, что установить точныя, прямыя показанія для этой операціи не легко, потому что очень часто невозможно заранѣе предвидѣть тѣ случаи, въ которыхъ разрывъ промежности неизбѣженъ. Какъ бы то ни было, но существуютъ, по нашему мнѣнію, нѣкоторые признаки, на основаніи которыхъ почти навѣрно можно сказать, что промежность разорвется. Такъ, это возможно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ у первородящихъ, во время прорѣзыванія подлежащей части, при сильномъ растяженіи промежности, край расщелины, вблизи задней спайки, начинаетъ *бѣлѣть*, или же *обнаруживается трещина* на мѣстѣ перехода кожи въ слизистую оболочку: здѣсь разрывъ неизбѣженъ. Едвали также можетъ уцѣлѣть промежность при неправильномъ развигіи ея, въ родѣ той, которая описана была мною, гдѣ отъ задняго прохода вдоль промежности до задней спайки губъ шли двѣ параллельныя складки, довольно развитыя, имѣвшія видъ какъ бы малыхъ поло-

выхъ губъ, между которыми промежность была истончена и представлялась въ видѣ перепонки толщиной около 2-хъ мм.

При первыхъ родахъ у этой женщины прорѣзываніе головки, въ затылочно-лонномъ положеніи, было нормальное. При вторыхъ родахъ (мальчикомъ), по причинѣ большой головки плода, слабости потугъ, не усилившихся отъ употребленія спорыньи (до 30 гр.) и явно ослабѣвавшаго сердцебіенія плода, потребовалось наложеніе щипцовъ. При наложеніи щипцовъ промежность на краю дала трещину въ нѣсколько миллиметровъ, что и послужило поводомъ къ производству довольно глубокихъ поперечныхъ надрѣзовъ. Оба раза эпизиотомія предохранила промежность отъ разрыва. Послѣ извлеченія младенца оказались надрывы на слизистой оболочкѣ промежности, но остальные слои ея уцѣлѣли.

Кромѣ этихъ показаній, требующихъ безусловно эпизиотоміи, встрѣчаются еще такія обстоятельства, при которыхъ, въ большинствѣ случаевъ, можно предвидѣть разрывъ промежности. Къ нимъ относятся: 1) зрѣлый возрастъ женщины, особенно первородящей (за 25 лѣтъ); здѣсь мы имѣемъ обыкновенно дѣло съ промежностью жесткою, неудоборастяжимою; 2) узкость входа во влагалище; 3) твердые рубцы, фиброзныя опухоли около задней спайки губъ и значительный отекъ большихъ губъ; 4) слишкомъ значительный объемъ подлежащей части, особенно головки; 5) прорѣзываніе головки въ косыхъ размѣрахъ выхода таза, въ положеніи затылочно-крестцовомъ и въ положеніяхъ лицевыхъ и особенно подбородочно-крестцовомъ; 6) извлеченіе младенца щипцами, краниокластомъ и кефалотрибомъ у первородящихъ и, наконецъ, 7) суженія и неправильная форма выхода таза. Что касается вліянія длины промежности на разрывы ея, то нѣкоторые авторы (*Fasbender*) считаютъ длинную промежность за менѣе подверженную разрывамъ, между тѣмъ какъ другіе, напр. *Баскинъ*, говорятъ, что короткія промежности рвутся рѣже; при этомъ по моему мнѣнію не маловажную роль играетъ форма выхода таза.

Разрывы промежности весьма часто происходятъ при патологическихъ родахъ, гдѣ приходится прибѣгать къ помощи инструментовъ и притомъ иногда даже при самомъ осторожномъ употребленіи ихъ. Такъ *Baker Brown* (*On surgical diseases of women. Lond 1861, sec. ed., p. 5*) приводитъ 81 случай разрывовъ промежности, изъ которыхъ въ 31 были употреблены инструменты; изъ этого числа 28 приходится на долю щипцовъ; изъ остальныхъ же 3-хъ случаевъ въ 1-мъ употребленъ акушерскій рычагъ (*vectis obstetr.*), въ другомъ перфораторъ, а въ 3-мъ *стопный крючекъ* (*boot-hook!*),—вѣроятно за немнѣишемъ подъ рукою другихъ, болѣе приличныхъ инструментовъ, прибавляетъ *B. Brown*.

Въ заключеніе всего сказаннаго нами объ эпизиотоміи, я долженъ замѣтить, что, принимая во вниманіе, во-первыхъ, важность послѣдствій отъ разрывовъ промежности, особенно полныхъ и, во-вторыхъ, совершенную безвредность надрѣзовъ, со стороны врача благоразумнѣе сдѣлать надрѣзы даже лишній разъ, т. е. тамъ, гдѣ, можетъ быть, дѣло обошлось бы благополучно и безъ нихъ, чѣмъ, пренебрегая этой легкой операцией, допустить разрывъ промежности.

## ГЛАВА VII.

Искусственное расширение маточнаго зѣва во время родовъ. (*Dilatatio artificialis oris uteri. Künstliche Erweiterung des Muttermundes. Dilatation de l'orifice de l'uterus. Vaginal hysterotomy*).

**Историческія замѣчанія.** Операция эта, и главнымъ образомъ некровавый видъ ея, т. е. расширение рыльца помощью пальцевъ или же инструментовъ, была въ большомъ ходу въ древнемъ акушерствѣ. *Hippocrates* говоритъ о ней въ различныхъ мѣстахъ своихъ сочиненій и упоминаетъ о двухъ инструментахъ, употреблявшихся для этой цѣли, именно о *mele* и *molybdion*. Трудно сказать—что это собственно были за инструменты; можно догадываться только, что они вѣроятно были похожи на наши теперешніе расширители. *Celsus* (*De re med.*, lib. VII, cap. XXIX) чрезвычайно отчетливо описываетъ ручное расширение зѣва; послѣ него писалъ объ этомъ *Paulus Aegineta*. Такимъ образомъ описываемая нами операция получила право гражданства и, благодаря такимъ именамъ, каковы *J. Rueff*, *Am. Paré* и *Mauriceau*, число предложенныхъ тогда расширителей достигло весьма значительной цифры. Они назывались *specula uteri v. vaginae*; многіе изъ нихъ были чрезвычайно сложны, и употребленіе ихъ, вѣроятно, было не совсѣмъ безопасно, такъ какъ противъ нихъ сильно вооружался *Levet*. Начиная съ этого знаменитаго акушера, инструментальное расширение маточнаго зѣва стало употребляться все рѣже и рѣже, и въ настоящее время никто болѣе не прибѣгаетъ къ нему.

Что касается до кроваваго расширенія маточнаго зѣва, то на этотъ счетъ у древнихъ акушеровъ находимъ только нѣкоторые намеки, изъ которыхъ трудно составить себѣ ясное понятіе. Такъ у *Hippocrates*'а упоминается объ *os uterinum connivens, conclusum*; но что онъ дѣлалъ въ этихъ случаяхъ, — неизвѣстно. *Aëtius Amidensis* и *Albucasis* описываютъ кровавое расширение зѣва, но тоже весьма неясно. Только со времени *Kuysch*'а и *Morgagni* случаи, въ которыхъ предпринималось было кровавое расширение маточнаго зѣва, описаны со всевозможными подробностями, и авторы старались устанавливать для него надлежащія показанія. Въ послѣдніе годы многіе стали вооружаться противъ этой операціи, утверждая, что она можетъ обусловить значительныя кровотеченія и разрывы матки. Эти опасенія должно считать причиною того, что разбираемая нами операция стала производиться, въ послѣднее время, гораздо рѣже прежняго. Недавно однако *Kristeller* и *Hildebrandt* снова подняли этотъ вопросъ и путемъ наблюденій старались доказать, съ одной стороны, совершенную безопасность, съ другой же—значительную пользу этой операціи. Первый изъ упомянутыхъ нами авторовъ въ 1857 г. сообщилъ въ одномъ изъ засѣданій берлинскаго общества акушеровъ

10 случаевъ, въ которыхъ надрѣзы зѣва оказались весьма полезными и совершенно безвредными. *Hildebrandt* сообщаетъ 9 случаевъ, изъ которыхъ въ 7 надрѣзы произведены были вслѣдствіе неподатливости зѣва, не уступавшей обыкновеннымъ средствамъ; одинъ разъ операція была предпринята въ тяжеломъ случаѣ эклампсін и наконецъ однажды, какъ пріуготовительная операція для вправленія выпавшей пуповины. Авторъ этотъ является жаркимъ защитникомъ кроваваго расширенія зѣва и предлагаетъ его преимущественно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ неподатливость рыльца обуславливается различными патологическими измѣненіями влагалищной части.

Я прибѣгаю къ кровавому расширенію маточнаго зѣва съ 1858 года: оно было произведено въ клиникѣ 19 разъ, въ Сиб. Р. Зав. 12 разъ (за 8 лѣтъ на 19396 родовъ) и до 15 разъ въ частной практикѣ. При этомъ я никогда не наблюдалъ ни кровотеченія, ни расширенія раны. Иногда въ послѣродовомъ періодѣ, особенно послѣ глубокихъ надрѣзовъ (при инфарктѣ, гипертрофіи влагалищной части), развивался грануляціонный процессъ, скоро уступавшій соответственному лѣченію. Вслѣдствіе надрѣзовъ остается расхождение краевъ ихъ, которое въ большинствѣ случаевъ вскорѣ становится мало замѣтнымъ; но иногда послѣ глубокихъ надрѣзовъ, особенно, если они были сдѣланы не въ углахъ зѣва, а на самыхъ губахъ его, расхождение краевъ зѣва остается замѣтнымъ навсегда, почему влагалищная часть теряетъ свой нормальный видъ и представляется состоящею какъ бы изъ нѣсколькихъ лоскутовъ.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Becker. *Bair. aertzl. Intell.* Bl. 1870. Benicke. *Z. f. Geb. u. Gyn.* 1878. Coutouly. *Journ. gén. d. méd.* 1808. Juin. *Chambaud. Arch. Tocol.* 1876. Depaul. *Bull. d. l'acad. d. méd.* 1860, p. 702. Ellinger. *Arch. f. Gynæk.* Bd. V. Gooch. *Pract. Comp. of Midw.*, p. 188. Gordon. *Amer. Journ. of Obstetr.* 1881. Hildebrand. *Königsb. med. Jahrb.* Bd. IV. Ejusdem. *Monatsschr. f. Gebkd.* 1866. Heymann. *D. Entbindung lebloser Schwangeren.* Coblenz 1832. Horwitz. *Arch. d. Tocol.* 1880. Hayn Berlin. *klin. Wochschr.* 1870. Kilian. Bd. I, p. 220. Kristeller. *Monatsschr. f. Gebkd.* Bd. X. Kessler. *Dorpat. med. Zeitschr.* 1875. Kleinwächter. *Prag. Vierteljahrschr.* 1870. Lachapelle. *Pratique des accouchem.* T. III, mèm. 10. Mandillon. *Allong. etc. du col. Soc. anat.* 1878. Osiander. *Handbuch d. Entbindungskunst.* Bd. II, Abth. 2. Solera. *Annali d'Omodei.* 1827. Schroeder. *Schwang. Geb. u. Wochb.* 1876. Simpson. *Obstetr. Works.* 1871. Salisbury. *Boston. med. Journ.* 1870. Spiegelberg. *Oesterr. Zeitschr. f. pract. Heilkunde* 1860. C. Stoll. (Сиб.). *Petersb. med. Wochschr.* 1876, № 20. Wylie. *Amer. Journ. of obstetr.* Jan. 1882. Zweifel. *Arch. f. Gynaek.* Bd. V, Hft. 1.

**Цѣль операціи.** Цѣль этой операціи состоитъ въ томъ, чтобы ускорить, во время родовъ, медленное раскрытіе маточнаго зѣва. Для этого необходимо удалить причину, которая замедляетъ раскрытіе зѣва и которая въ немаломъ числѣ случаевъ заключается въ неподатливости самой *маточной шейки*.

**Условія для производства ея.** Для того, чтобы можно было приступить къ этой операціи, требуются слѣдующія условія: 1) чтобы роды были во второмъ періодѣ и зѣвъ былъ открытъ, по крайней мѣрѣ, на палецъ; 2) чтобы края зѣва были достаточно истончены, если они не поражены какимъ либо новообразованіемъ; 3) чтобы околоплодные воды наливались, а въ случаѣ преждевременнаго истеченія ихъ, чтобы со сто-

роны подлежащей части плода былъ достаточный напоръ на маточный зѣвъ. Не нужно забывать, что существуетъ громадная разница между рассматриваемымъ нами расширеніемъ маточнаго зѣва и тѣмъ, которое предпринимается съ цѣлью искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ и выкидыша. При разбираемой нами операциіи мы будемъ имѣть дѣло съ наружнымъ отверстіемъ шейки, когда влагалищная часть совершенно изгладилась.

**Способы.** Смотра по способу производства этой операциіи, она раздѣляется на *безкровную* и *кровоую*. Первая дѣлается помощью пальцевъ или тупыхъ инструментовъ, извѣстныхъ подъ именемъ расширителей (дилататоровъ); вторая же производится помощью рѣжущихъ инструментовъ: ножницъ, бистурей, гистеротомовъ и проч.

*Некровоое расширение.* Некровоое расширение маточнаго зѣва, помощью пальцевъ, производится слѣдующимъ образомъ: роженица остается на обыкновенной родильной кровати; она помѣщается на поперечную и хлороформируется только въ такомъ случаѣ, если имѣется въ виду какая-нибудь послѣдовательная за расширеніемъ зѣва операциія. Половину руки или же всю руку вводятъ во влагалище <sup>1)</sup>, затѣмъ поворачиваютъ ее тыльною поверхностью къ крестцовой впадинѣ и, смотря по тому, насколько раскрытъ зѣвъ, вводятъ въ него сначала одинъ или два пальца (указательный и средній) и, раздвигая ихъ между собою, растягиваютъ маточный зѣвъ медленно и постепенно; потомъ вводятъ третій и четвертый пальцы и, наконецъ, всю руку, если будетъ представлять въ этомъ надобность. При этомъ соблюдается правило—содѣйствовать раскрытію зѣва во время потуги постепеннымъ введеніемъ пальцевъ одинъ за другимъ и не проводить руку чрезъ зѣвъ прежде, чѣмъ онъ будетъ достаточно раскрытъ для ея прохожденія. Несоблюденіе этого правила можетъ подать поводъ къ разрывамъ матки.

Къ расширенію маточнаго зѣва помощью различныхъ *дилататоровъ*, какъ-то: *Busch'a*, *Krause*, *Mende*, *Mathieu* и старыхъ (*Wilbaum'a*, *Osiander'a*, *Carus'a* и др.), въ настоящее время почти никто не прибѣгаетъ, потому что невозможно соразмѣрить силу дѣйствія инструментовъ, вслѣдствіе чего легко можно произвести разрывъ матки.

*Кровоое расширение маточнаго зѣва.* Я обыкновенно дѣлаю его помощью ножницъ *Scanzoni*. Можно иногда, при низкомъ положеніи зѣва, произвести эту операцию и ножницами *Richter'a*. Другіе предпочитаютъ пуговчатый бистурей съ длинною рукояткой. *Kiwisch*, *Simpson*, *Greenhalgh* и др., какъ для этой цѣли, такъ и для надрѣзовъ канала маточной шейки при суженіяхъ его виѣ беременности употребляютъ свои гистеротомы; *Dubois* расширяетъ маточный зѣвъ своими ножницами.

<sup>1)</sup> Въмѣсто простаго масла или жира, которыми смазываютъ пальцы и руку, предлагали употреблять различныя наркотическія средства, которымъ приписывали особенное значеніе въ этомъ случаѣ. *Osiander* употреблялъ опіатную мазь; но особенно извѣстностью пользовалась беладонная помада *Chaussier* (extr. bellad. ʒj, ахунг. porci ʒj). Въ настоящее время эти мази совершенно оставлены; употреблять ихъ можно, но непременно съ прибавленіемъ карболовой кислоты (2%).

Что касается до меня, то какъ уже сказано выше, я считаю ножницы *Scanzoni*, фиг. 143, самыми удобными въ этомъ случаѣ. Ножницы эти тупоконечныя, искривленныя по краю и подъ угломъ; рѣзущая часть вѣтвей ихъ гораздо короче тупой части; будучи закрыты, они образуютъ на верхушкѣ углубленіе. Ножницы *P. Dubois* отличаются отъ только что описанныхъ тѣмъ, что они остроконечны и что вѣтви ихъ искривлены не подъ угломъ, а дугообразно. Ножницы *Scanzoni* я предпочитаю потому, что углубленіе, находящееся на верхушкѣ ихъ, облегчаетъ захватываніе края зѣва, хотя я нисколько не сомнѣваюсь, что каждымъ изъ вышеупомянутыхъ инструментовъ можно сдѣлать описываемую нами операцію; при недостаткѣ ихъ можно употребить даже обыкновенный бистурей, обернувъ его липкимъ пластыремъ и оставивъ верхушку лезвія открытою.

Фиг. 143.



Фиг. 144.



**Производство операціи.** Роженица кладется на спину на поперечной кровати и не хлороформируется. Два пальца одной руки, указательный и средній, вводятся во влагалище; средній изъ нихъ помѣщается въ зѣвѣ, касаясь внутренней его поверхности, а указательный — наружной. Другою рукою закрытыя ножницы проводятся по лучевому краю средняго пальца до зѣва, ф. 144, и верхушка ихъ приставляется къ краю зѣва; затѣмъ ножницы раскрываютъ, перемѣщаютъ къ одному изъ боковыхъ краевъ зѣва и, захвативъ его настолько, насколько



этого требуетъ глубина разрѣза, надрѣзываютъ его однимъ сѣченіемъ. Во время разрѣза слышно бываетъ хрустѣніе. Всего лучше надрѣзывать боковые края зѣва, т. е. мѣста, гдѣ и при нормальныхъ родахъ обыкновенно происходятъ надрывы; нѣкоторые акушеры дѣлаютъ надрѣзы на передней половинѣ зѣва. Нужно избѣгать надрѣзовъ задней половины его, по причинѣ сосѣдства брюшины. Глубина и число надрѣзовъ различны <sup>1)</sup>: при спазмѣ достаточно иногда одного надрѣза, глубиною въ 3 — 4 мм.; при различныхъ новообразованіяхъ и т. п. требуются надрѣзы глубокіе (въ 2 см.), чтобы разрѣзать всю пораженную часть. Въ этихъ случаяхъ обыкновенно бываетъ достаточно двухъ надрѣзовъ. Въ другихъ же случаяхъ, напримѣръ при отекахъ, число надрѣзовъ должно быть больше. Вообще лучше сдѣлать больше неглубокихъ надрѣзовъ, чѣмъ одинъ глубокій, если для этого не имѣется особенныхъ показаній.

При суженіяхъ и срощеніяхъ зѣва, во время родовъ, операція производится нѣсколько иначе. Въ первомъ случаѣ ее всего лучше дѣлать пуговчатымъ бистуресемъ, снабженнымъ длинною рукояткою, который подъ прикрытіемъ двухъ пальцевъ одной руки, а еще лучше при помощи зеркала вводится въ суженный зѣвъ. Сперва зѣвъ надрѣзывается съ одной стороны, затѣмъ съ другой, причемъ, должно стараться расширить его въ поперечномъ направленіи. Глубина надрѣзовъ соразмѣряется со степенью суженія и причиною ея, причемъ никогда не должно доходить до внутренняго отверстія канала маточной шейки. Если суженіе бываетъ столь значительно, что препятствуетъ введенію бистурей, то въ такихъ случаяхъ весьма полезнымъ оказывается гистеротомъ *Greenhalgh'a*. Какимъ бы способомъ ни было производимо расширение зѣва, нужно остерегаться при этомъ прокола плодныхъ оболочекъ.

При совершенномъ зарощеніи зѣва (*atresia oris uteri compl.*) нужно стараться сперва отыскать ямочку или углубленіе на выпятившейся маткѣ, остающееся на томъ мѣстѣ, гдѣ до срощенія было наружное отверстіе канала маточной шейки; мѣсто это должно избрать для возстановленія зѣва. Если этой ямочки или углубленія отыскать нельзя, то для образованія зѣва избирается въ задней половинѣ выпяченной части матки то мѣсто, которое представляется всего болѣе истонченнымъ. Что касается до самой операціи, то для производства ея предпочитаютъ ножницы *Dubois* или же остроконечный бистурей на длинной рукояткѣ. Если шейка матки сильно выпячена, то, введя ножницы по руководству двухъ пальцевъ, сначала прокалываютъ ее на опредѣленномъ мѣстѣ, а затѣмъ уже расширяютъ этотъ проколъ. Производство этой, повидимому, легкой операціи не такъ удобно, какъ это кажется на первый взглядъ. Если шейка матки не слишкомъ выпячена, то всего лучше дать роже-ницѣ колѣбно-локтевое положеніе (*à la vache*), ввести подъемники или

<sup>1)</sup> Уже *Moscatti* совѣтовалъ лучше дѣлать по нѣскольку неглубокихъ надрѣзовъ и ожидать отъ нихъ болѣе пользы, чѣмъ отъ одного глубокаго надрѣза. Тоже самое совѣтовали *Lauwerjat*, *Bongioanni* и др. Установить одно общее правило относительно количества надрѣзовъ — нераціонально, такъ какъ оно видоизмѣняется, смотря по состоянію маточнаго рыльца и влагалищной части.

желобоватые зеркала, захватить и оттянуть шейку матки длиннымъ пинцетомъ или острымъ крючкомъ, сколько возможно ко входу во влагалище и вскрыть ее поперечно остроконечнымъ бистуреемъ <sup>1)</sup>).

Операция эта неболезненна, и значительнаго кровотеченія (исключая случаевъ раковаго перерожденія влагалищной части) при ней не бываетъ; по крайней мѣрѣ, мнѣ до сихъ поръ не случилось наблюдать его. Еслибы оно случилось, то нужно прибѣгнуть къ впрыскиваніямъ холодной воды, слабаго раствора полуторо-хлористаго желѣза (1 часть *liquoris sesquichloreti ferri* на 12 частей воды), въ крайнемъ же случаѣ къ тампонаціи рукава дезинфицированными корпійными или ватными шариками. Мнѣ не случилось наблюдать, чтобы во время прохожденія плода произошелъ разрывъ матки, вслѣдствіе расширенія разрѣзовъ.

Кровавое расширеніе маточнаго зѣва я примѣняю съ 1858 г. и считаю его не только безопаснымъ, но напротивъ весьма полезнымъ и не имѣющимъ повидимому большаго вліянія на обратное развитіе влагалищной части.

Несмотря однакоже на убѣжденіе въ безвредности этой операціи, я никогда не совѣтую прямо прибѣгать къ ножу, если не имѣется настоятельныхъ показаній къ тому; предварительно слѣдуетъ испытать терапевтическое лѣченіе, какъ-то: восходящія горячія маточныя души (отъ 30—35° R.), мѣстныя и общія анестетическія и наркотическія средства, напр. хлороформъ, гидратъ хлорала, препараты опія (внутрь и въ видѣ клистировъ), белладоны въ видѣ свѣчекъ и болусовъ и т. п. (см. ниже въ главѣ о поворотѣ).

**Показанія къ ручному расширенію маточнаго зѣва.** Къ ручному расширенію маточнаго зѣва, какъ уже сказано выше, въ настоящее время прибѣгаютъ несравненно рѣже прежняго. Въ рѣдкихъ случаяхъ оно теперь предпринимается, какъ самостоятельная операція; гораздо чаще оно служитъ приѣмомъ, предшествующимъ другимъ операціямъ. Оно имѣетъ мѣсто: 1) при подлежащемъ дѣтскомъ мѣстѣ и особенно при круговомъ его прикрѣпленіи. Но и здѣсь, несмотря на растяжимость маточнаго рыльца и размягченіе нижнаго сегмента матки, можно надѣяться на благопріятный результатъ только въ такомъ случаѣ, если зѣвъ достаточно уже раскрытъ, напр. не менѣе, какъ на два поперечныхъ пальца. При меньшемъ раскрытіи зѣва и значительной толщинѣ краевъ его, цѣль операціи достигается не такъ скоро и не столь удобно. 2) Иногда этотъ способъ расширенія оказывается умѣстнымъ и безъ предлежанія дѣтскаго мѣста (напр. при разрывѣ матки, эклампсіи и т. д.), но въ такомъ случаѣ требуется, чтобы зѣвъ гораздо болѣе былъ открытъ и болѣе растяжимъ, чѣмъ при *placenta prævia*. 3) При

<sup>1)</sup> Мнѣнія насчетъ формы разрѣза въ этомъ случаѣ весьма различны; одни совѣтуютъ дѣлать разрѣзъ прямой (*Rummel*), другіе—крестообразный (*Richter*, *Lobstein*, *Meissner*), нѣкоторые наконецъ (*Kilian*)—звѣздообразный. Поперечный разрѣзъ имѣетъ, по нашему мнѣнію, несомнѣнную выгоду предъ другими видами разрѣза, такъ какъ онъ, во-первыхъ, производится легче другихъ, и, кромѣ того, препятствуетъ вторичному заростанію рыльца.

отдѣленіи и извлеченіи послѣда, если матка уже сократилась или если нижній отрѣзокъ ея спазмодически сжать; въ такомъ случаѣ введенными пальцами или рукою спазмъ медленно и весьма терпѣливо преодолевается во время пережекъ, т. е. въ моментъ, свободный отъ схватки. Въ послѣднихъ двухъ случаяхъ введенію руки, въ настоящее время, съ большою пользою предпосылается хлороформированіе роженицы. 4) При наклоненіи матки впередъ. Здѣсь, смотря по большей или меньшей степени наклоненія матки, зѣвъ бываетъ болѣе или менѣе сильно обращенъ къ крестцовой впадинѣ и вмѣстѣ съ тѣмъ происходитъ сильный напоръ подлежащей части плода на переднюю половину свода влагалища и нижняго отрѣзка матки, что неизбѣжно должно замедлять раскрытіе маточнаго зѣва. Особенно обстоятельство это выказываетъ неблагоприятное вліяніе на ходъ родовъ при сильномъ наклоненіи таза. Въ подобныхъ случаяхъ, кромѣ соотвѣтственнаго положенія роженицы на спинѣ, значительнаго приподнятія таза и нажатія на переднюю поверхность матки, у дна ея, чрезъ брюшные покровы, нѣкоторые акушеры, преимущественно французскіе, совѣтуютъ вводить палецъ въ маточный зѣвъ и оттягивать впередъ передній край его, чтобы этимъ пріемомъ дать маточному зѣву надлежащее положеніе и содѣйствовать раскрытію его. По моему мнѣнію, если при подобныхъ обстоятельствахъ и удастся содѣйствовать раскрытію зѣва, то это достигается только растяженіемъ, но ничуть не смѣщеніемъ его. Всего же болѣе содѣйствуетъ этому только-что сказанное положеніе роженицы и отклоненіе назадъ дна матки.

Прежде ручное расширеніе маточнаго зѣва было въ большомъ ходу при общихъ судорогахъ (eclampsia) и мнимой или внезапной смерти роженицъ <sup>1)</sup>. Что касается до насъ, то мы избѣгаемъ этого способа при эклампсіи, потому что уже одно прикосновеніе къ зѣву, во время изслѣдованія, нерѣдко вызываетъ судорожные приступы и, если влагалищная часть матки еще не вполне изгладилась и зѣвъ не размяченъ, то предполагаемая цѣль достигается весьма трудно. Въ случаѣ внезапной смерти роженицы, съ цѣлью спасти младенца, всего раціональнѣе прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію, а не къ насильственному родоразрѣшенію. Первое можетъ быть совершено въ теченіи нѣсколькихъ минутъ (отъ 5 до 10), причемъ извлеченіе плода не осложняется никакими непредвидѣнными замедленіями, между тѣмъ какъ для насильственнаго родоразрѣшенія, въ большинствѣ случаевъ, требуется гораздо болѣе времени <sup>2)</sup>, и при выведеніи плода, какимъ бы образомъ его ни извлекали чрезъ естественные дѣтородные пути, еще недостаточно подготовленные,

<sup>1)</sup> Въ извѣстномъ сочиненіи *Ritgen's* о показаніяхъ къ акушерскимъ операціямъ (*Anzeigen der mechanischen Hülfen bei Entbindungen*. Giessen 1820, pp. 217 — 229) приводится двенадцать показаній къ расширенію зѣва пальцами и въ числѣ ихъ самую важную роль играютъ эклампсія, обмираніе и внезапная смерть роженицы.

<sup>2)</sup> Такъ напр. *Osiander* приводитъ случаи, въ которыхъ расширеніе зѣва, и притомъ неполное, потребовало отъ 30 минутъ до  $\frac{3}{4}$  часа. См. его *Handbuch der Entbindungskunst*. Tübingen 1819—1821, Bd. II, p. 135.

почти постоянно встрѣчаемъ непредвидѣнные затрудненія, весьма часто неблагоприятно вліяющія на жизнь плода. При мнимой смерти (обмираніи) роженицы должно позаботиться прежде всего о приведеніи ея въ чувство; въ случаѣ же неудачи спасти мать, въ видахъ возможнаго спасенія младенца, рациональнѣе будетъ немедленно приступить къ кесарскому сѣченію, чѣмъ къ насильственному родоразрѣшенію.

**Показанія къ кровавому расширенію маточнаго зѣва.** Къ кровавому расширенію маточнаго зѣва существуетъ гораздо болѣе показаній, чѣмъ къ расширенію безкровному.

Прежде чѣмъ говорить въ частности о показаніяхъ къ кровавому расширенію маточнаго зѣва, нелишнимъ считаю замѣтить, что, по общепринятому мнѣнію, медленное раскрытіе маточнаго зѣва, до излитія водъ, вообще считается неопаснымъ. Но, если принять въ соображеніе, что замедленное раскрытіе маточнаго зѣва сопровождается и до излитія водъ мучительными маточными сокращеніями, почти постоянною болью въ поясницѣ, бессонницею, продолжающеюся иногда до сутокъ, то нельзя не придти къ заключенію, что такого рода тягостные припадки могутъ повлечь и дѣйствительно влекутъ за собою ослабленіе родовой дѣятельности и самой роженицы, иногда до совершеннаго ея изнеможенія, и имѣютъ весьма вредное вліяніе не только на ходъ родовъ, но и на послѣродовой періодъ.

Вслѣдствіе всего этого необходимо установить, по возможности, предѣлъ для употребленія терапевтическаго леченія и особенно хлороформированія. Этимъ мы хотимъ сказать, что, коль скоро то или другое изъ болѣе надежныхъ внутреннихъ средствъ не приноситъ очевидной пользы и роды затягиваются вслѣдствіе медленнаго раскрытія зѣва, то не слѣдуетъ слишкомъ долго выжидать съ кровавымъ расширеніемъ зѣва.

Я произвожу кровавое расширеніе маточнаго зѣва въ слѣдующихъ случаяхъ:

1) При спазмѣ наружнаго зѣва, когда края его, хотя истончены, но при дотрогиваніи къ нимъ весьма болѣзненны и напряжены, причѣмъ во время схватки зѣвъ какъ бы суживается.

2) Если съ излитіемъ водъ края зѣва начинаютъ отекать; при этомъ, передняя губа его представляется болѣею частію въ видѣ валика болѣе или менѣе значительной толщины; при этихъ условіяхъ насѣчки (глубиною около 0.5 см.) составляютъ видимо благодѣтельное средство. При производствѣ этой операціи до истеченія водъ принимаются въ соображеніе: продолжительность раскрытія маточнаго зѣва, причина, замедляющая это раскрытіе, а равно и дѣйствіе терапевтическаго леченія, примѣннаго къ данному случаю. Если напоръ плоднаго пузыря или подлежащей части достаточны, а спазмодическія сокращенія матки не уступаютъ терапевтическимъ средствамъ, то къ операціи имѣется полное показаніе.

3) Нерастяжимость зѣва, обусловленная жесткостью влагалищной части, вслѣдствіе различныхъ причинъ, какъ-то: а) у старыхъ перво-

рождающих; b) у слишком молодых женщин, рожаящих преждевременно, маточное рыльце которых бывает, по замѣчанію *Dewess'a*, весьма твердо и неподатливо; c) присутствія рубцовъ послѣ многихъ предшествовавшихъ родовъ, равно какъ и рубцовъ послѣ прижитаній каленымъ желѣзомъ; d) гипертрофіи влагалищной части или одной изъ губъ ея и наконецъ e) раковыхъ узловъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ требуются довольно глубокіе надрѣзы, которыхъ однако никогда не слѣдуетъ доводить до надвлагалищной части шейки матки (до свода).

При раковыхъ узлахъ на влагалищной части нужно быть очень осторожнымъ; здѣсь возможно, съ одной стороны, сильное кровотеченіе, съ другой же стороны—во время введенія руки или инструмента, или же во время прохожденія плода—можетъ произойти разрывъ матки. Въ этомъ отношеніи при сильно развитомъ ракѣ я придерживаюсь мнѣнія *P. Dubois*, который говоритъ, что при ракѣ беременной матки нужно болѣе обращать вниманія на плодъ, чѣмъ на мать, потому что послѣдняя абсолютно обречена на смерть, и спасти ее не въ нашихъ силахъ, между тѣмъ какъ участь младенца намъ еще неизвѣстна.

Роды при раковомъ новообразованіи въ маткѣ составляютъ очень рѣдкое, но зато весьма серьезное обстоятельство. Серьезность и опасность въ этомъ случаѣ существеннымъ образомъ состоятъ въ томъ, что раскрытіе маточнаго зѣва весьма замедляется, т. е. родовой актъ затягивается и вслѣдствіе этого жизнь плода подвергается опасности; роженицѣ же угрожаетъ опасность отъ кровотеченія, усиливающагося по мѣрѣ раскрытія матки. Поэтому вопросъ о томъ, какъ поступить въ подобномъ случаѣ, представляетъ для акушера весьма трудную задачу. При рѣшеніи этого вопроса не должно забывать, что въ акушерской литературѣ существуютъ положительныя наблюденія (*Stein, Schmitt* и др.), въ которыхъ роды, при осложненіи ракомъ матки, оканчивались, хотя и трудно, но благополучно, какъ для плода, такъ и для роженицы. Поэтому въ подобныхъ случаяхъ благоразуміе требуетъ, чтобы, выжидая, наблюдать, какъ пойдутъ роды, и только убѣдившись, что они не могутъ быть окончены силами природы, позволено уже рѣшиться на то или другое оперативное пособіе. Если раковое отложеніе занимаетъ не только влагалищную часть, но распространилось и на нижній отрѣзокъ матки и достигло значительной степени, то здѣсь надрѣзы, какъ бы они глубоки ни были, не принесутъ пользы, и роженица выйдетъ кровью прежде, чѣмъ окончатся роды. Въ подобномъ затруднительномъ случаѣ ставили вопросъ, не лучше ли предпринять кесарское сѣченіе съ тѣмъ, чтобы спасти плодъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ не лишитъ и роженицы всѣхъ шансовъ для избѣжанія угрожающей ей опасности отъ кровотеченія? Въ послѣднее время *Greenhalgh* дѣйствительно съ успѣхомъ произвелъ кесарское сѣченіе въ одномъ случаѣ сильно развитаго рака матки. Мы удерживаемся здѣсь отъ критической оцѣнки этого показанія къ кесарскому сѣченію, такъ какъ ближе коснемся этого вопроса въ главѣ объ этой операци. Весьма богатый матеріалъ по этому вопросу см. у *Hesse* въ его: „Ueber den Scirrhus und Carcinom der Gebärmutter in ihrer Complication mit Schwangerschaft und Geburt u. s. w. въ *Horn's u. Nasse's Archiv* 1832, Nov. и Decemb.; также *Hochmann* въ *Siebold's Journ.*, Bd. XV, Hft. 3, p. 602.

Мнѣ пришлось наблюдать 4 случая благополучнаго окончанія родовъ при ракѣ маточной шейки.

4) Если въ зѣвѣ замѣчается только слабое склеиваніе (*conglutinatio oris uteri*), или же недавнее сращеніе, обусловленное несполнѣннымъ окончаніемъ образованіемъ рубца <sup>1)</sup>, то во время родовъ, при надлежащихъ схват-

<sup>1)</sup> *W. Schmitt* (Heidelberg. *Klin. Annal.*, Bd. I, Hft. 4, p. 527) и *M-me Lachapelle* (*La pratique des accouchem.*, T. III, p. 298) весьма хорошо изучили это патологи-

кахъ, зѣвъ обыкновенно раскрывается самъ собою. Но если при этихъ условіяхъ, несмотря на удовлетворительность схватокъ и достаточный напоръ со стороны плоднаго пузыря и подлежащей части, маточный зѣвъ все-таки не раскрывается, то необходимо приступить къ искусственному возстановленію зѣва.

5) При полипахъ и другихъ новообразованіяхъ влагалищной части матки, если раскрытіе зѣва замедляется, то нужно сперва удалить новообразованіе а затѣмъ уже, если потребуется, приступить къ кровавому расширенію зѣва.

Къ условнымъ показаніямъ кроваваго расширенія маточнаго зѣва должно отнести: а) разрывы матки и б) выпаденіе ея во время родовъ.

а) Разрывы матки только тогда могутъ потребовать кроваваго расширенія, если они произошли, такъ сказать, на глазахъ акушера, если распознаваніе ихъ не подлежитъ сомнѣнію и притомъ если они не очень значительны, т. е. если плодъ не выступилъ чрезъ разрывъ въ полость брюшины. При этихъ условіяхъ кровавое расширеніе можетъ понадобится какъ подготовительная операція для другихъ пособій искусства. Если же разрывъ произошелъ на большомъ пространствѣ, то гораздо рациональнѣе немедленно приступить къ разрѣзу живота (*laparotomia*), такъ какъ этимъ путемъ навѣрно скорѣе удастся спасти плодъ, чѣмъ помощью надрѣзовъ маточнаго зѣва.

б) Что касается до *выпаденія матки* во время родовъ, то многіе (*Jalouset, Chopart, Hoffmann, Trefurt* и др.) прибѣгали въ этомъ случаѣ къ кровавому расширенію зѣва. При подобномъ условіи операція эта можетъ потребоваться лишь тогда, если медленное раскрытіе рыльца грозитъ подвергнуть опасности жизнь плода или повлечь за собою не пріятныя послѣдствія для роженицы (воспаленія и т. п.). Впрочемъ, нельзя отвергать, что при выпаденіи матки, кровавое расширеніе можетъ потребоваться чаще, чѣмъ при другихъ обстоятельствахъ, такъ какъ здѣсь маточное рыльце нерѣдко представляется неподатливымъ и края его бывають большею частью тверды и мозолисты.

---

чекое состояніе маточнаго зѣва и неблагоприятное (замедляющее) вліяніе ея на ходъ родовъ. Прибавивъ къ наблюденіямъ означенныхъ авторовъ много другихъ случаевъ, разсѣянныхъ въ литературѣ, *Herm. Naegle* составилъ извѣстную монографію объ этомъ вопросѣ: *Mogostocia e conglutinatione orificii uteri externi. Heidelb. 1835.*

## ГЛАВА VIII.

Искусственный разрывъ оболочекъ плоднаго яйца во время родовъ. (*Diruptio membranarum ovi, operatio ad rumpenda ovi velamenta in partu* (Kilian). *Das Blasensprengen. Rupture des membranes. Puncture of the membranes*).

**Историческія замѣчанія.** Врачамъ гипократовской школы весьма хорошо извѣстно было значеніе околоплодной жидкости во время родовъ, въ особенности же они обращали вниманіе на уклоненія отъ нормы со стороны пузыря, какъ то: на слишкомъ продолжительное стояніе водъ и преждевременное излитіе ихъ. Поэтому съ вѣроятностію можно допустить, что они въ извѣстныхъ случаяхъ прибѣгали и къ искусственному вскрытію пузыря. Изъ древнихъ врачей *Aëtius Amidensis* <sup>1)</sup> и *Albukasis* <sup>2)</sup> первые упоминаютъ о затрудненныхъ родахъ вслѣдствіе замедленнаго излітія водъ при чрезмѣрной плотности плевъ; они же описали и особенные инструменты для разрыва пузыря. Впослѣдствіи, когда въ этой столь легкой операціи увидѣли могущественное средство для ускоренія родовъ, вѣроятно, имъ стали злоупотреблять, и вслѣдствіе того противъ описываемой операціи вооружились *Guillemeau, Mauriceau, de la Motte* и др. Авторы эти старались установить, по возможности, точныя показанія къ этой операціи; въ этомъ же направленіи дѣйствовали и лучшіе представители акушерства позднѣйшаго времени, какъ *Levret, Stein, Baudelocque, Osiander* и др. Почти всѣ прежніе авторы, писавшіе объ этомъ предметѣ, предлагали каждый свой инструментъ, вслѣдствіе чего число такъ называемыхъ прободниковъ плоднаго пузыря (*Wassersprenger*) весьма значительно увеличилось. Всѣхъ ихъ постигла, впрочемъ, одинаковая участь, т. е. они были совершенно забыты, потому что оказались не только бесполезными, но нерѣдко даже положительно вредными.

### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Bidder (Спб). Ein Beitrag z. Mechanik d. 1-ten Geburtsperiode. Petersb. med. Zeitschr. 1868, Hft. 7 u. 8. Boehmer. De aquis ex utero gravido et parturientium profluentibus. Hallæ 1767. Creve. Stark's Arch. Bd. V. Guillemeau. De la grossesse etc. Liv. II, chap. 7. Harnier. Diss. inaug. med. obst. sistens indicationes et methodum rumpendarum aquarum in partu. Marburgi 1794. Hugenberger. Petersb. med. Zeitschr. 1872. Krauthusen. Fragmenta ad historiam rumpendarum in partu aquarum. Berolini.

<sup>1)</sup> De re medica, Lib. XVI, cap. XXII и XXIII.

<sup>2)</sup> De chirurgia. T. II, p. 75.

1835. Kleinwächter. Realencyclopaedie. Bd. IV, p. 372. Kleinwächter. Grundriss d. Geburtshülfe. 1877. Michaelis. D. enge Becken. 2-te Auflage, p. 184. Meissner. Heidelb. Anal., Bd. IV, p. 495. Massmann. Petersb. med. Zeitschr. Bd. XI, p. 46. Mauriceau. Traite des Maladies des femmes grosses. Liv. II, chap. 6. Osiander. Ueber d. Sprengen d. Fruchtwässer etc. Göttingen. 1797—1799, p. 205. Ritgen. Gemeins. deutsche Zeitschr. f. Gebkd. Bd. III. Rokitansky (jun.). Wiener med. Presse. 1871, № 30—33. Scheel. Commentatio de liquoris amnii etc. Hafn. 1799, p. 75. Schauta. Grundriss d. operativ. Geburtshülfe. 1885, p. 86. Wigand. D. Geburt d. Menschen. Bd. II, p. 325.

**Опредѣленіе и цѣль.** Самое названіе операціи показываеъ, въ чемъ состоитъ сущность ея. Разрывъ оболочекъ плоднаго пузыря предпринимается главнымъ образомъ съ цѣлью удалить причину замедленія родовъ, вслѣдствіе слишкомъ долгаго стоянія водъ или плохаго налитія пузыря, иногда же къ нему прибѣгаютъ съ тѣмъ, чтобы, усиливая потуги, содѣйствовать скорѣйшему опущенію предлежащей части въ полость таза, напр. головки при предлежаніи плаценты. Для того, чтобы уяснить себѣ надлежащимъ образомъ значеніе и вліяніе этой операціи на теченіе родовъ, мы считаемъ нужнымъ коснуться вкратцѣ того значенія, которое имѣетъ околоплодная жидкость во время родового акта. Она вмѣстѣ съ оболочками яйца существенно вліяетъ на правильное теченіе первыхъ двухъ періодовъ родового акта (или такъ называемаго періода раскрытія матки). Дѣйствіе ея, какъ принимаетъ большинство авторовъ, двойное: динамическое и чисто механическое. Динамическое дѣйствіе плоднаго пузыря выражается тѣмъ, что онъ, соприкасаясь съ нижнимъ отрѣзкомъ матки, въ значительной степени усиливаетъ рефлекторнымъ путемъ сократительную дѣятельность ея и такимъ образомъ способствуетъ раскрытію зѣва. Механическое же дѣйствіе пузыря состоитъ въ томъ, что съ появленіемъ родовыхъ болей нижняя часть его при посредствѣ околоплодной жидкости сначала напираетъ на нижній отрѣзокъ матки, а по растяженіи его входитъ въ маточный зѣвъ и, дѣйствуя при этомъ на подобіе клина, способствуетъ разверзанію его. Такимъ образомъ, раскрытіе маточнаго рыльца во время родовъ составляетъ отчасти результатъ извѣстнаго и опредѣленнаго дѣйствія плоднаго пузыря на нижній сегментъ матки. Съ излитіемъ водъ родовыя боли обыкновенно усиливаются, и ходъ родовъ, при нормальныхъ условіяхъ, ускоряется. Если же только-что сказанное дѣйствіе околоплоднаго пузыря устраняется вслѣдствіе преждевременнаго излитія водъ, то роды обыкновенно замедляются. Преждевременное излитіе водъ потому именно и вредно, что усиливаетъ родовую дѣятельность въ періодъ родовъ, когда маточный зѣвъ еще недостаточно раскрытъ. Причина этого заключается въ томъ, что предлежащая часть приходя, послѣ излитія водъ, въ болѣе тѣсное соприкосновеніе съ зѣвомъ и нижнимъ отрѣзкомъ матки, какъ тѣло болѣе твердое, сильнѣе раздражаетъ ихъ нежели относительно мягкій плодный пузырь. Въ такихъ случаяхъ сокращенія матки хотя и усиливаются, но нерѣдко теряютъ свой пра-



вильный характеръ. Такимъ образомъ, оно нарушаетъ гармонію и единство, съ которыми должны дѣйствовать родовыя боли при нормальныхъ условіяхъ. Отъ того-то обыкновенно первымъ и главнымъ послѣдствіемъ рановременнаго излитія водъ бываютъ судорожныя родовыя боли (*dolores spastici*), оказывающія столь вредное вліяніе на ходъ родовъ, замедляя ихъ и подвергая вслѣдствіе того опасности какъ роженицу, такъ и плодъ.

Изъ всего сказаннаго легко понять, почему описываемая операція, произведенная своевременно, способствуетъ благопріятному теченію родовъ и почему, сдѣланная преждевременно, она напротивъ замедляетъ ихъ. Итакъ, если произвести разрывъ оболочекъ въ такое время, когда *нижній отрѣзокъ матки и зѣвъ ея недостаточно еще приготовлены*, то мы не только не ускоримъ родовъ, но напротивъ того замедлимъ ихъ тѣмъ, что измѣнимъ въ большей или меньшей степени характеръ болей. Вотъ почему при производствѣ этой, повидимому, маловажной операціи должно быть всегда очень осмотрительнымъ.

**Условія.** Для того, чтобы искусственный разрывъ оболочекъ соотвѣтствовалъ раціональнымъ показаніямъ, должно, по возможности, придерживаться того образа дѣйствія, которому слѣдуетъ въ этомъ случаѣ природа. Существенными условіями для производства этой операціи будутъ поэтому: *надлежащая подготовка нижняго отрѣзка матки и достаточное раскрытіе маточнаго зѣва*, т. е. не менѣе какъ на три поперечныхъ пальца.

**Производство.** Разрывъ плоднаго пузыря производится или *помощью руки*, или же посредствомъ *инструментовъ*.

*Разрывъ пузыря рукой.* Операція производится различно, смотря по тому, въ какомъ мѣстѣ находится пузырь. Если онъ вдается въ маточный зѣвъ, то выжидаютъ момента наибольшаго напряженія оболочекъ *во время боли* и, приставивъ къ нимъ указательный палецъ, нажимаютъ до тѣхъ поръ, пока пузырь не разорвется. Если это не удастся, то оболочки или протираются ногтемъ указательнаго пальца, или же разрываются быстрымъ движеніемъ его сзади напередъ, причемъ въ то же время другою рукой нажимаютъ на дно матки. *Joerg* въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ нельзя разорвать пузыря указательнымъ пальцемъ, поступалъ слѣдующимъ образомъ: вмѣсто одного онъ вводилъ въ рукавъ два пальца, и, захвативъ оболочки въ складку, перекрещивалъ пальцы и производилъ слабыя вращательныя движенія. Если плодный пузырь выпячивается изъ рукава, то, захвативъ оболочки въ складку, просто разрываютъ ихъ. По вскрытіи пузыря не слѣдуетъ удалять пальца изъ рукава, не произведя тщательнаго изслѣдованія подлежащей части.

Иногда, послѣ вскрытія пузыря, истекаетъ слишкомъ мало околоплодной жидкости, и цѣль предпринятой операціи такимъ образомъ не достигается въ той мѣрѣ, въ какой это было желательно. Въ такомъ случаѣ, если подлежащая часть еще подвижна, ее приподнимаютъ пальцемъ нѣсколько вверхъ, послѣ чего воды изливаются.

*Разрывъ пузыря инструментами.* Выше уже было упомянуто о томъ, что прежде акушеры весьма часто прибѣгали къ различнымъ инструментамъ для разрыва плевъ и что число подобныхъ инструментовъ весьма значительно. Сюда относятся придуманные для этой цѣли прободники *Justin*'ы *Siegemund*, *Fried*'а, *Röderer*'а, *Saxtorph*'а, *Osiander*'а, *Busch*'а, *Kilian*'а и въ новѣйшее время *Dubois* (perce-membrane). Устройство всѣхъ этихъ инструментовъ весьма различно; но всѣ они имѣютъ общее то, что снабжены большею частью острымъ концемъ. Такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ они совершенно излишни, а иногда при малѣйшей неосторожности ими можно поранить или подлежащую часть плода, или же матку, то въ настоящее время они совершенно оставлены. Палецъ можетъ оказаться недостаточнымъ для разрыва плевъ или потому, что пузырь хотя и достаточно напряженъ, но слишкомъ плотенъ, или же отъ того, что оболочки, при маломъ количествѣ водъ, почти непосредственно прилегаютъ къ подлежащей части. Въ первомъ случаѣ съ пользою употребляется обыкновенный маточный зондъ. Введя его по указательному пальцу, приставляютъ къ пузырю и во время схватки нажимаютъ до тѣхъ поръ, пока онъ не разорвется. Во второмъ случаѣ, когда плевъ прилегаютъ почти непосредственно къ подлежащей части плода, вводятъ, такимъ-же образомъ, по указательному пальцу длинный корнцангъ внѣ родовой боли, захватываютъ имъ внѣ схватки оболочки въ небольшую складку и разрываютъ ихъ двумя или тремя оборотами инструмента.

**Показанія.** Изъ всего вышесказаннаго слѣдуетъ, что общими показаніями къ искусственному разрыву оболочекъ будутъ служить, съ одной стороны, недостаточность сокращеній матки для естественнаго и своевременнаго разрыва пузыря, съ другой же, — необходимость содѣйствовать скорѣйшему опущенію подлежащей части въ полость таза. Изъ этихъ общихъ данныхъ вытекаютъ слѣдующія спеціальныя показанія къ искусственному разрыву оболочекъ.

1) Когда маточныя сокращенія ослабѣваютъ и роды замедляются вслѣдствіе чрезмѣрной плотности оболочекъ. Если при этомъ зѣвъ достаточно раскрытъ, то, очевидно, дальнѣйшее стояніе пузыря дѣлается излишнимъ, такъ какъ полезное вліяніе его на родовой актъ уже окончилось.

2) Когда недостаточность маточныхъ сокращеній обуславливается слишкомъ значительнымъ растяженіемъ матки, вслѣдствіе чрезмѣрнаго накопленія водъ (hydramnios), или многоплодной беременности, и вообще при слабости болей (зависящей какъ отъ мѣстныхъ, такъ и отъ общихъ причинъ со стороны матери), обуславливающей медленное вставленіе подлежащей части плода. Иногда, даже при порядочныхъ боляхъ, подлежащая часть весьма медленно фиксируется во входѣ въ тазъ только потому, что, вслѣдствіе обилія околоплодной жидкости, сокращенія со стороны матки недостаточно сильно дѣйствуютъ на подлежащую часть. При обиліи околоплодной жидкости, высокомъ стояніи подлежащей части, при неизвѣстномъ или неправильномъ предлежаніи

и членорасположеніи плода, но при достаточномъ раскрытіи зѣва, разрывъ оболочекъ *производится*, во избѣжанія выпаденія мелкихъ частей плода и пуповины, при положеніи женщины на боку, *во время перемежки между болями* и при томъ по возможности малымъ отверстіемъ.

3) Такъ какъ разрывъ оболочекъ почти при всѣхъ условіяхъ составляетъ одно изъ самыхъ надежныхъ кровоостанавливающихъ средствъ, то къ нему прибѣгаютъ при маточныхъ кровотеченіяхъ, зависящихъ отъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, какъ при нормальномъ прикрѣпленіи, такъ и при предлежаніи его. Благотворное вліяніе разрыва пузыря объясняется въ этихъ случаяхъ тѣмъ, что родовыя боли, усиливаясь вслѣдствіе излитія водъ, сжимаютъ и закупориваютъ кровотокащія сосуды. При предлежаніи дѣтскаго мѣста, усиливая разрывомъ илевы боли, мы достигаемъ того, что предлежащая часть опускается ниже въ полость таза и такимъ образомъ какъ бы тампонируетъ кровотокащее мѣсто. Но этого послѣдняго можно достигнуть только при предлежаніи головки и потому при *placenta praevia* черепное предлежаніе составляетъ почти необходимое условіе для того, чтобы рѣшиться на разрывъ оболочекъ.

4) Къ искусственному разрыву плевъ прибѣгаютъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ приходится вводить руку въ полость матки при цѣлости плоднаго пузыря, напр. при поворотѣ младенца, если воды еще стоятъ.

5) Разрывъ плоднаго пузыря можетъ потребоваться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣютъ дѣло съ *относительнымъ переполненіемъ его околоплодной жидкостью* (*Michaelis* и *Seiffert*), вслѣдствіе чего стѣнки пузыря бываютъ слишкомъ напряжены; нижній отрѣзокъ его не вдается клинообразно въ маточный зѣвъ, почему раскрытіе послѣдняго совершается чрезвычайно медленно. Поэтому при чрезмѣрно маломъ количествѣ предлежащихъ водъ, при тѣсномъ прилеганіи оболочекъ къ предлежащей головкѣ, слѣдуетъ, согласно мнѣнію приведенныхъ авторовъ, прибѣгнуть къ разрыву пузыря раньше обыкновеннаго, т. е. когда зѣвъ еще не совершенно открытъ; въ противномъ случаѣ весьма нерѣдко появляются судорожныя боли; послѣ же разрыва оболочекъ, характеръ болей становится вновь правильнымъ.

*Massmann* показаніемъ къ разрыву плевъ въ этихъ случаяхъ считаетъ не относительное переполненіе пузыря, но *скудость*, недостатокъ околоплодной жидкости. Вслѣдствіе этого, по его мнѣнію, не можетъ образоваться клиновидное выпячиваніе пузыря, зѣвъ медленно открывается и роды затягиваются; кромѣ того въ этихъ случаяхъ *Massmann*, подобно *Seiffert*'у, допускаетъ еще сращеніе пузыря съ внутренней поверхностью матки, — что, по его мнѣнію, еще болѣе должно замедлять раскрытіе зѣва.

*Bidder* въ этомъ отношеніи *вполнѣ основательно* не соглашается ни съ мнѣніемъ *Michaelis*'а ни *Massmann*'а на счетъ воззрѣнія на разбираемое нами показаніе. По его мнѣнію, въ подобныхъ случаяхъ существенную роль играетъ не относительное переполненіе пузыря и не скудость околоплодной жидкости, а *единственно только сращеніе плевъ съ внутренней поверхностью матки*. Съ разрывомъ (искусственнымъ) пузыря, головка пли вообще предлежащая часть начинаетъ сильнѣе напирать на зѣвъ, почему послѣдній начинаетъ скорѣе раскрываться.

## ГЛАВА IX.

Искусственное возбужденіе преждевременныхъ родовъ.  
(Partus arte praematurus v. provocatus. Accouchement prématuré artificiel, acc. provoqué. Künstlich erweckte Frühgeburt.  
Induction of premature labour).

**Историческія замѣчанія.** Операція эта принадлежитъ къ числу самыхъ благодѣтельныхъ пособій въ акушерствѣ, такъ какъ помощью ея удается спасти подчасъ двѣ жизни. Хотя внимательный разборъ нѣкоторыхъ фактовъ самъ собою долженъ былъ бы привести въ древнія времена къ изобрѣтенію разбираемой операціи, тѣмъ не менѣе она совершенно не была извѣстна древнимъ акушерамъ. Къ этимъ фактамъ мы относимъ: неоспоримую жизнеспособность дѣтей, рожденныхъ между 27 — 36 недѣлями беременности; относительно меньшіе размѣры ихъ, слѣдовательно болѣе свободное прохожденіе ихъ чрезъ суженный тазовой каналъ и, наконецъ, множество надежныхъ средствъ, которыми издавна располагало искусство для прерыванія беременности въ какомъ угодно срокѣ ея. Только однимъ незнакомствомъ древнихъ съ этой операціей и можно объяснить то множество инструментовъ, которые приходилось употреблять имъ для раздробленія живыхъ и мертвыхъ плодовъ и которые въ настоящее время внушаютъ намъ совершенно понятное отвращеніе.

Акушеры, занимавшіеся изслѣдованіемъ этого вопроса, не совсѣмъ согласны между собою на счетъ того, кому собственно принадлежитъ честь введенія въ науку и въ практику искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Такъ напр. *Dezeimeris* утверждаетъ, что идею этой операціи высказывалъ уже *Puzos*; по мнѣнію *Velpeau Deventer* также былъ знакомъ съ нею очень хорошо; но дѣло въ томъ, что онъ, подобно другимъ, зналъ техническіе приемы для возбужденія родовъ; о постановкѣ же показаній къ этой операціи, въ смыслѣ новѣйшаго времени, у него не находимъ ни малѣйшаго намека. Истиннымъ изобрѣтателемъ этой операціи должно считать *Macaulay*'я <sup>1)</sup> (1756); послѣ него сдѣлалъ ее разъ *Kelly*, а со временъ *Denman*'а она мало-по-малу привилась въ практикѣ; благодаря послѣднему, показанія къ ней стали устанавливаться на болѣе рациональныхъ основаніяхъ. Если поэтому *Macaulay*'ю принадлежитъ честь, какъ первому акушеру, произведшему преждевременные роды, то и на долю *Denman*'а въ этомъ случаѣ выпадаетъ немаловажная заслуга, состоящая въ томъ, что онъ первый литературнымъ путемъ познакомилъ съ этой операціей массу врачей и авторитетомъ

<sup>1)</sup> *Sue* въ своемъ извѣстномъ историческомъ сочиненіи объ акушерствѣ увѣряетъ, что *Petit* въ одно время съ *Macaulay*'емъ высказывалъ идею о возможности и цѣлесообразности искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. См. его *Essai histor. sur les accouchements*. Т. II, p. 222.

своимъ содѣйствовалъ распространенію ея <sup>1)</sup>. Несмотря на то, что съ самаго начала въ пользу этой операціи высказались лучшіе авторитеты въ Англiи (*Barlow, Ramsbotham, Merriman, Burns, Conquest* и др.) и въ Германiи (*Fr. A. Mai* <sup>2)</sup>, *Froriep, H. Siebold, d'Outrepoint* и пр.), она встрѣтила сильныхъ противниковъ, преимущественно во французскихъ акушерахъ. *Baudelocque* былъ одинъ изъ самыхъ жаркихъ противниковъ ея и авторитетъ этого знаменитаго писателя былъ причиною того, что она привилась во Франціи гораздо позже, чѣмъ въ другихъ странахъ. *Capuron* еще не далѣе нѣсколькихъ десятковъ лѣтъ тому назадъ отзывался объ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ, какъ объ „*un attentat commis envers les lois divines et humaines*“, а парижская медицинская академія въ 1827 году назвала эту операцію „*inconvenante et presque immorale*“ <sup>3)</sup>.

Только въ 1831 г. *Stoltz* впервые произвелъ эту операцію въ Страсбургѣ; благодаря благополучному исходу, защитниками и распространителями ея явились *P. Dubois, Ch. Honoré* и многіе другіе. Должно замѣтить, что въ основаніе неблагоприятныхъ отзывовъ объ этой операціи легло опасеніе, что при ней рискуютъ жизнью утробнаго младенца. Это-то обстоятельство и возмущало нравственное чувство многихъ акушеровъ. Смотрѣть такъ на эту операцію значитъ прямо отказаться отъ пониманія сущности ея. *Истинная цель ея сохранить жизнь плода вмѣстѣ съ жизнью матери, не подвергая ни того, ни другой особенной опасности.* Приводимыя нами ниже статистическія данныя доказываютъ это, какъ нельзя лучше. Благодаря накопившимся благоприятнымъ фактамъ, недовѣріе къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ мало-по-малу изглаживалось и въ настоящее время, при громадномъ усовершенствованіи и упрощеніи производства этой операціи, она сдѣлалась обыденною и по справедливости считается однимъ изъ важнѣйшихъ пріобрѣтеній новѣйшей науки.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Антоновскій. Сравнительный взглядъ на употребительные способы искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ. Дисс. Спб. 1864. *Burckhardt. Essai sur l'accouchement prématuré artificiel. Strasbourg 1830.* Бергъ. Военно-мед. журналъ. 1856. *Barnes. On the Indication and Operation for the Induction of premature Labour and for the Acceleration of Labour. Obstetr. Trans. 1862, p. 167.* *Beluzzi. Intorno al parto prematuro artificiale. Bologna 1875.* *Bidder. (Спб.) Pilocarpin bei Eclampsie. Centrbl. f. Gynæk. 1878, № 15.* *Brennecke. Einiges ueber Pilocarpin etc. Berl. klin. Wochschr. 1880.* *Breisky. Prag. Zeitschr. f. p. Heilk. 1882, p. 295.* *Churchill. On the theorie and practice of Midw. Lond. 1842, p. 233.* *Capuron. Cours théorique etc. Bruxelles. Edit. 1832.* *Cohen. Neue Zeitschr. f. Gebkd. Bd. XXI, p. 119.* *Cohen. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. II. Cohen. Ibid. Bd. III. Crédé. Ibid. Bd. VII.* *Dorrington. Cases of Midw., in which galvanism was applied. Med. and surgic. Journ. 1846.* *Deubner. Würzb. med. Zeitschr. Bd. VI, p. 33.* *Denmann. An Introduction to the practice of Midw. edit. 1816.* *Dubois. These de concours. Paris 1834.* *Dubreilh. Monatsschr. Bd. III.* *Dohrn. Sammlung klin. Vortr. № 94.* *Dohrn. Arch. f. Gynæk. Bd. XII.* *Elliot. Obstetr. Clinic. New-Yorck. 1863, p. 157.* *Ferniot. Thèse. Strasbourg. 1836.* *Felsenreich. Centrbl. f. Gynæk. № 22 u. 29.* *Franck. N. Zeitschr. f. Gebkd. Bd. XXI.* *Grönningen. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. II.* *Ger mann. Ibid. Bd. XII, p. 81, 191, 271 u. 361; онъ же ibid. Bd. XIII, p. 209.* *Hopkins, The accouch. Vademecum. 1820, T. II, p. 36.* *Hoffmann. De partu arti-*

<sup>1)</sup> Если *В. М. Флорисскій*, говоря о *Denman*'ѣ, по поводу искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, увѣряетъ, что объ операціи этой упоминается у *Camerarius*'а и *Slevogt*'а, то онъ былъ введенъ въ ошибку какими нибудь неточными указаніями. Упомянутые писатели, какъ видно уже изъ заглавій сочиненій ихъ, говорятъ исключительно только объ искусственномъ выкидышѣ.

<sup>2)</sup> *Kilian* считаетъ *Mai*'а распространителемъ этой операціи въ Германіи.

<sup>3)</sup> *Bullet. méd. Belge 1837, Sept.*

ficali. Monachi. 1840. Hoffmann. N. Zeitschr. f. Gebkd. Bd. XXIII. Harting. Monatschr. f. Gebkd. Bd. I, Hft. 2 u. 3. Hartmann. Ibid. Bd. XXXIII. Hft. 3. Huber. Ibid. Hft. 4. Horwitz. Zur Lehre v. d. künstl. Unterbr. d. Schwang. Giessen u. St. Petersburg. 1881. Hyernaux. Bull. d. Acad. roy. d. méd. d. Bruxelles. 1878, № 7. Hinze. Deutsche med. Wochchr. 1879, № 27. Kiwisch. Zur Einleitung. d. künstl. Frühgeburt. См. ero Beiträge z. Geburtskd. Prag. 1846—48. Krouse. Die künstliche Frühgeburt etc. Breslau. 1855. Kuhn. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XXII. Kuhn. Wiener med. Wochenschr. 1865, № 94 u. 98. Kleinwächter. D. künstl. Unterbr. d. Schwang. Wien. Klinik. 1879. Kleinwächter. Arch. f. Gynæk. Bd. XIII. Kroner. Ibid. Bd. XV. Lasarewitsch. (Харьковъ) Allg. med. Centr. Zeit. 1868. № 19. Lehmann. Monatssch. Bd. VII. Litzmann. Arch. f. Gynæk. Bd. II. Leopold. Ibid. Bd. VIII u. Bd. XIV. Landau. Ibid. Bd. XI. Lerch. Ueber Einleit. d. Künstl. Frühgeburt d. Pilocarpin. Wien. 1879. Programma de necessitate partus quandoque præmature vel solo manuum, vel instrumentorum adiutorio promovendi. Heidelb. 1799. Mende. De partu arte præmature auxiliisque quibus perfecitur. Gottingæ 1831. Massmann (Суб.). Pilocarpin als Wehenerregendes Mittel. Centrbl. f. Gynæk. 1878, № 9. Müller. Arch. f. Gynæk. Bd. XIII. Meissner. Heidelb. med. Anal. Bd. IV. Nowitzky. Petersb. med. Wochschr. 1880, № 24. Persant-Snoep. Monatschr. f. Gebkd. Bd. VII. Riedel. Ibid. Bd. V. Reisinger. D. künstl. Frühgeburt als ein wichtiges Mittel etc. Augsburg 1820. Rumpe. Arch. f. Gynæk. Bd. XXI. Stadfeldt. Virchow - Hirsch'scher Jahresbericht ueber 1870, p. 540. Sängerb. Arch. f. Gynæk. Bd. XIV. Schauta. Wien. med. Wochschr. 1878, № 19. 47—49. Stehberger. Lex regia u. künstl. Frühgeburt. Arch. f. Gynæk. Bd. I. Spiegelberg. Ibid. Bd. I. Scanzoni. D. Kohlensäure als Mittel z. künstl. Frühgeburt. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. VIII. Siebert. Traité pratique de l'accouchem. prématuré artificiel. Paris. 1856. Simpson. Obstetr. Mem. and Contrib. Edinb. 1855. T. I. Simpson. Monthly-Journ. 1846. Schoeller. D. künstl. Frühgeburt, bewirkt d. d. Tampon. Berlin 1842. Stoltz. Mémoire et observ. s. l. provocat. d. accouchem. prématuré dans les cas d. retrecissemens d. bassin. Strasbourg. 1835. Sutugin. (Суб.). On the means of ascertaining the length of gestation etc. Obst. J. Gr. Brit. Sept. 1875. Tarnier. Gaz. d. hôp. 1862, № 32. Villeneuve. Mémoire sur l'accouchem. provoqué. Marseille. 1847. Wenzel. Allgem. geburthülf. Betracht. u. ueber. d. künstl. Frühgeb. Mainz 1818. Wiener. Arch. f. Gynæk. Bd. XIII. Welponer. Wien. med. Pr. 1878, № 16 - 18. Welponer. Centrbl. f. Gynæk. 1878, № 15 u. 44. Winckel (sen). Ibid. 1881. № 9. *Сыромятниковъ*. Врачъ 1882, № 24.

Литературу относительно возбужденія преждевременныхъ родовъ см. Дисс. д-ра В. В. Желтухина, Сиб. 1885 г.

**Опредѣленіе.** Искусственнымъ возбужденіемъ преждевременныхъ родовъ называется операція, помощію которой различными средствами вызываются роды раньше нормальнаго срока беременности и притомъ въ такую эпоху ея, когда плодъ способенъ уже къ самостоятельной жизни. Такъ какъ плодъ, начиная съ 28 недѣли, становится жизнеспособнымъ, то преждевременные роды и возбуждаются обыкновенно между 28-й и 36-й недѣлями беременности.

**Цѣль** этой операціи состоитъ въ томъ, чтобы помощію ея спасти жизнь матери и младенца, или же, по крайней мѣрѣ, одну жизнь, когда беременная находится въ такихъ условіяхъ, что во время срочныхъ родовъ можетъ представиться необходимость въ операціяхъ, влекущихъ за собою явную опасность для жизни матери или плода, или же для обоихъ вмѣстѣ. Кромѣ того беременность должна иногда быть прервана искусственнымъ образомъ раньше нормальнаго срока и въ та-

кихъ случаяхъ, когда, вслѣдствіе какой-либо тяжелой болѣзни беременной (болѣзни сердца, легкихъ и пр.) отъ скорого наступленія родовъ ожидаютъ облегченія страданій матери или спасенія младенца. При только-что сказанныхъ болѣзняхъ беременной можно приступать къ производству преждевременныхъ родовъ и при мертвомъ плодѣ.

Что касается до искусственнаго законнаго выкидыша, то при немъ беременность прерывается въ такую эпоху, когда плодъ еще неспособенъ къ самостоятельной жизни; слѣдовательно, въ этомъ случаѣ мы заботимся только о сохраненіи жизни матери, завѣдомо жертвуя плодомъ.

**Отличіе разсматриваемой операціи отъ насильственнаго родоразрѣшенія и законнаго выкидыша.** Опредѣленіе и цѣль этой операціи уже достаточно указываютъ на то рѣзкое отличіе, которое существуетъ между искусственными преждевременными родами и насильственнымъ родоразрѣшеніемъ (*accouchement forcé*). При первой операціи требуется только *возбужденіе родовъ*, т. е. дается только толчекъ къ сокращеніямъ матки, между тѣмъ какъ весь дальнѣйшій ходъ ихъ обыкновенно совершается силами природы, за исключеніемъ особыхъ специальныхъ показаній къ тому или другому оперативному пособію; при второй же, напротивъ, при естественно начавшихся родахъ, весь ходъ ихъ, или, по крайней мѣрѣ, главную часть совершаютъ искусственно и притомъ насильственнымъ образомъ.

**Способы производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.** Всѣ способы производства операціи возбужденія преждевременныхъ родовъ, которые извѣстны по настоящее время, могутъ быть раздѣлены на слѣдующія группы:

### I. Нарушеніе цѣлости оболочекъ плоднаго яйца.

При всѣхъ способахъ этой группы сущность операціи состоитъ въ разрывѣ плоднаго пузыря, хотя при этомъ неизбѣжно также и кратковременное незначительное раздраженіе матки, обусловливаемое самою процедурою разрыва оболочекъ.

Цѣлость оболочекъ нарушается или: а) въ нижнемъ отрѣзкѣ плоднаго яйца, въ части его, прилегающей ко внутреннему отверстию маточной шейки, — способъ, самый древній, англичанина *Macaulay*'я и датчанина *Scheel*'я, или б) въ верхнемъ отрѣзкѣ плоднаго яйца, ближе ко дну матки (способъ *Hopkins*'а 1814 и *Meissner*'а 1840 г.).

Въ обоихъ случаяхъ для производства операціи маточный зондъ *Simpson*'а или *Kwisch*'а предпочитается всѣмъ другимъ инструментамъ, которые были придуманы для этой цѣли, и о которыхъ было уже упомянуто въ главѣ объ искусственномъ разрывѣ плоднаго пузыря.

1) Способъ *Macaulay*'я и *Scheel*'я производится на обыкновенной, а въ случаяхъ затруднительныхъ (напр. при значительномъ наклоненіи матки впередъ или при высокомъ стояніи маточной шейки) на поперечной кровати и притомъ безъ хлороформа. Зондъ вводится въ полость матки по обыкновеннымъ правиламъ. Для прокола оболочекъ у внутренняго отверстия канала маточной шейки достаточно ввести его на 3—4 стм. и, встрѣтивъ препятствіе со стороны оболочекъ, нажать верхушкою зонда.

Проколъ оболочекъ помощью зонда удается не всегда такъ легко, какъ можно было бы думать. Затрудненія, встрѣчающіяся въ этомъ случаѣ, могутъ зависѣть или отъ того, что въ нижнемъ отрѣзкѣ пузыря мало околоплодной жидкости, или же отъ чрез-

мѣрной плотности оболочекъ. Во всякомъ случаѣ, если бы встрѣтилось затрудненіе подобнаго рода, то его можно устранить тѣмъ, что во время введенія зонда въ полость матки, помощникъ въ теченіи нѣсколькихъ минутъ производитъ треніе дна матки и затѣмъ отдавливаетъ ее внизъ, вслѣдствіе чего напрягается нижній отрѣзокъ пузыря, чѣмъ и облегчается проколъ его. Послѣ прокола оболочекъ, беременную оставляютъ въ постели и каждыя два-три часа дѣлаютъ души изъ тепловатыхъ слизистыхъ отваровъ, будто бы для предотвращенія судорожныхъ болей. *Merrimann* совѣтовалъ въ этихъ случаяхъ прибѣгать къ опию.

2) Способъ *Hopkins'a* и *Meissner'a*. Когда имѣютъ въ виду проколъ оболочки въ верхнемъ отрѣзкѣ яйца, то зондъ вводятъ, какъ сказано выше, и, встрѣтивъ препятствіе надъ внутреннимъ отверстіемъ маточной шейки, не преодолеваютъ его, а осторожно, придерживаясь внутренней поверхности матки, проводятъ зондъ выше, на 10—15 стм. <sup>1)</sup> и тогда, нажимая верхушкой зонда на яйцо, прокалываютъ оболочки.

Различіе между этими двумя способами очевидно: при первомъ воды изливаются быстро, при второмъ же несравненно медленнѣе; а такъ какъ мы уже знаемъ, что быстрое излитіе водъ, при несовершенномъ подготовленныхъ родовыхъ путяхъ, можетъ повлечь за собою серьезныя послѣдствія для дальнѣйшаго хода родовъ, то понятно — какую цѣль имѣли въ виду *Hopkins* и *Meissner*, предлагая свои способы прокола плоднаго пузыря.

Хотя разрывъ оболочекъ плоднаго пузыря навѣрно <sup>2)</sup> возбуждаетъ роды, но, по причинѣ опасности для жизни младенца, какъ самостоятельное оперативное пособіе въ настоящее время почти не употребляется. Иногда, впрочемъ, этотъ способъ бываетъ примѣняемъ случайно, невольно, или же какъ вспомогательное средство при другихъ способахъ. Случайно, или скорѣе невольно иногда дѣлается проколъ оболочекъ при возбужденіи родовъ по способу *Cohen'a*, *Simpson'a* и *Krause*; въ этихъ случаяхъ оболочки яйца иной разъ разрываются, несмотря на самое осторожное введеніе трубочки. Какъ вспомогательное средство, проколъ оболочекъ можетъ быть примѣняемъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, вслѣдствіе употребленія другихъ способовъ, маточный зѣвъ уже достаточно раскрытъ, но роды не совершаются. Коль скоро проколъ оболочекъ яйца употребляется послѣ предварительнаго примѣненія другихъ способовъ, благодаря которымъ маточное рыльце уже раскрылось и появились потуги, но ходъ родовъ пріостановился, то понятно, что это оперативное пособіе, въ смыслѣ возбужденія родовъ, можетъ имѣть лишь второстепенное значеніе и единственно, какъ средство, усиливающее потуги.

## II. Способы возбужденія преждевременныхъ родовъ помощью раздраженія внутренней поверхности матки, причемъ нарушается также связь плоднаго яйца съ маткою.

Къ этой группѣ принадлежатъ: 1) способъ *Cohen'a*, 2) способы *Lehman'a*, *Simpson'a*, *Krause* и *Braun'a*, 3) способы *Hamilton'a* и *Riecke* 4) способъ *Tarnier* и наконецъ, 5) способъ *Barnes'a*.

<sup>1)</sup> *Hopkins* совѣтуетъ прокалывать плевы на высотѣ 8", а *Meissner*—5".

<sup>2)</sup> Послѣ прокола оболочекъ родовыя боли обыкновенно наступаютъ часовъ черезъ 12—20. Иногда же онѣ обнаруживаются чрезвычайно скоро (въ случаѣ *Carus'a* черезъ 2 часа). Съ другой стороны, есть наблюденія, въ которыхъ родовыя боли послѣ прокола оболочекъ наступали только на 4-я и даже на 5-я сутки.



1) *Способъ Cohen'a*. Онъ состоитъ во впрыскиваніи жидкости въ полость матки,—между внутреннею ея поверхностью и оболочками плоднаго яйца. Изъ различныхъ, предложенныхъ съ этою цѣлью жидкостей, я употреблялъ *чистую воду* около 28° P. — Нѣкоторые акушеры, въ томъ числѣ и самъ *Cohen*, предпочитаютъ для этой цѣли *дегтярную воду*, а *Wageninge*, при вялости матки, совѣтовалъ прибѣгать къ *настой спорыни*. Вода болѣе низкой температуры <sup>1)</sup> употреблялась только въ случаѣ неуснѣха отъ впрыскиванія тепловатой воды.

Честъ введенія этого способа въ акушерскую практику (въ 1846 году, въ Гамбургѣ), путемъ опыта и наблюдений, принадлежитъ *Cohen'у*, который изобрѣлъ и приборъ для производства самой операціи. Идея же о возможности возбужденія маточныхъ сокращеній этимъ путемъ впервые высказана *Schweighäuser'омъ* въ 1825 году, въ Страсбургѣ. Поэтому-то нѣкоторые акушеры и называютъ способъ этотъ — способомъ *Schweighäuser-Cohen'a*.

Для впрыскиванія воды въ полость матки *Cohen* придумалъ оловянную трубку, изогнутую на подобіе маточнаго зонда *Kiwisch'a*, длиною около 6". Тонкій конецъ ея съ діаметромъ въ 2" и съ 4-мя боковыми отверстіями, назначенъ для введенія въ полость матки, другой же, болѣе толстый, сообщается съ клизопомпомъ. Трубка отъ тонкаго конца постепенно утолщается; такое постепенное утолщеніе сдѣлано для того, чтобы толстый конецъ, по введеніи трубки въ полость матки, закрывалъ наружное отверстіе маточной шейки и, такимъ образомъ, препятствовать стоку воды изъ полости матки. На толстомъ концѣ трубочки имѣется зарубка; къ ней привинчивается палочка, помощію которой можно ввести трубку въ полость матки на извѣстную высоту и которая, по введеніи трубки, удаляется. Съ распространеніемъ этого способа, скоро убѣдились, что для достиженія цѣли достаточно вырешнуть воды отъ 4 до 6 унцій, а ничуть не до 24-хъ, какъ это дѣлалъ *Cohen*. Притомъ нашли возможнымъ замѣнить трубку *Cohen'a* простымъ мужскимъ эластическимъ или серебрянымъ катетеромъ, клизопомпъ же—обыкновенною кружкою *Esmarch'a*. Не отвергая нисколько возможности впрыскиванія въ полость матки помощію эластическаго катетра, снабженнаго мандриномъ (проволокою), замѣчу однако, что оно несовсѣмъ удобно: катетеръ гнется, и ему не всегда можно дать желаемое направленіе.

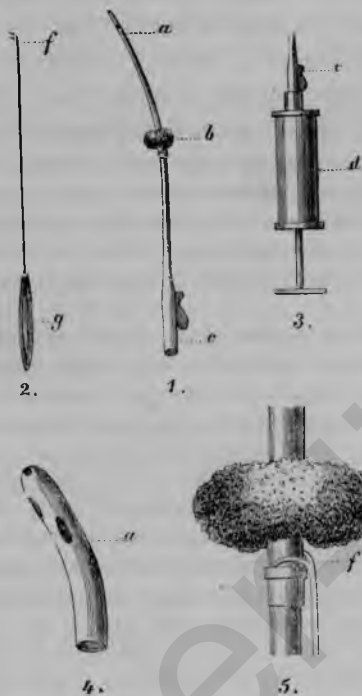
Профессоръ *Лазаревичъ* придумалъ для впрыскиваній въ матку эластическую конусообразную трубку, длиною отъ 6—8", имѣющую на тонкомъ, закругленномъ концѣ, съ однимъ отверстіемъ, 1½" въ поперечникѣ, а на другомъ 6". Для болѣе удобнаго введенія трубки, и чтобы возможно было придать ей желаемую кривизну, въ нее вводится проволока, изогнутая подъ прямымъ угломъ въ двухъ противоположныхъ направленіяхъ. Это сдѣлано съ тою цѣлью, чтобы образовавшійся такимъ образомъ выступъ задерживался за край широкаго отверстія трубки и не позволялъ бы проволокѣ высовываться изъ узкаго отверстія. Описанная трубка или непосредственно надѣвается на конецъ шприца, или же соединяется съ эластическою трубкою клизопомпа помощію продырявленной цилиндрической пробки.

Для возбужденія маточныхъ сокращеній, по способу *Cohen'a*, я употреблялъ слѣдующіе инструменты: (фиг. 145) 1. серебряную трубку *ac*, длиною въ 35 стм., изогнутую на подобіе маточнаго зонда *Kiwisch'a*, и немного сплюснутую, имѣющую въ діаметрѣ около 3-хъ мм. На закругленномъ маточномъ концѣ *a* трубки (изображенномъ въ натуральную величину 4. *a*) находится 5 отверстій: одно на верхушкѣ, а четыре на нѣкоторомъ отъ нея разстояніи, на боковыхъ поверхностяхъ трубки. Другой, открытый конецъ ея вставляется въ отверстіе сифона (какъ показано 1. *c.*, 3. *c*). На трубкѣ имѣются дѣленія: первое на разстояніи 10 стм., второе 15 стм., а третье 20 стм. отъ маточнаго ея конца. По трубкѣ свободно движется кольцо (изобр. натуральной толщены 5) съ прикрѣпленнымъ къ нему кусочкомъ губки *b*. Последняя приводится въ

<sup>1)</sup> *Herrmann* совѣтуетъ во всѣхъ случаяхъ прибѣгать къ впрыскиванію холодной воды.

движеніе помощью пальца, или же вилочки *f*. Я употреблялъ обыкновенный сифонъ (3), съ дѣленіями на стержнѣ поршня. Операциі производилась на поперечной кровати.

Фиг. 145.



Трубка вводится въ полость матки по тѣмъ же правиламъ какъ и маточный зондъ причеиъ, если возможно, она направляется по передней стѣнкѣ матки. Губка въ это время находится виѣ влагалища. Введя трубку на высоту 10 или 15 стм., придвигаютъ къ маточному зѣву губку, налитанную масломъ, и помощью вилочки или пальца прижимаютъ ее довольно плотно. Такимъ образомъ, маточный зѣвъ закрывается, и излитіе воды изъ полости матки становится почти невозможнымъ. Затѣиъ наконечникъ сифона вставляютъ въ свободный конецъ трубки и равномернымъ, несильнымъ нажиманіемъ поршня впрыскиваютъ воду въ полость матки. Впрыснувъ около 4-хъ унцій воды, сифонъ удаляютъ и наружное отверстие трубки закрываютъ пальцемъ. Воду въ маткѣ оставляютъ около 10 минутъ, послѣ чего трубку выводятъ, беременной же позволялось встать. Иногда для возбужденія маточныхъ сокращеній достаточно бываетъ одного впрыскиванія, въ другихъ же случаяхъ требуется ихъ до десяти. Впрыскиваніе повторялось, смотря по показаніямъ, чрезъ 6—12 часовъ. Сопротивленіе, даже самое незначительное, встрѣчаемое при введеніи трубки, никогда не должно продолжаться, или употреблять для этого какое-нибудь насиліе, изъ опасенія нарушить цѣлость дѣтскаго мѣста или оболочекъ плоднаго яйца. Коль скоро замѣчается сопротивленіе, то направленіе трубки должно измѣнить. Появленіе крови изъ трубки указываетъ на поврежденіе дѣтскаго мѣста, а изліяніе околоплодной жидкости—на прободеніе оболочекъ плоднаго яйца. Въ первомъ случаѣ трубку нѣсколько извлекаютъ и измѣняютъ ее направленіе; во второмъ же, выпустивъ около двухъ унцій околоплодной жидкости, извлекаютъ трубку изъ полости яйца, помѣщаютъ ее въ другомъ отдѣлѣ матки и впрыскиваютъ воду. Въ только что упомянутомъ случаѣ беременная будетъ находиться въ условіяхъ операциі производства преждевременныхъ родовъ по способу *Meissner'a* и *Cohen'a* вмѣстѣ.

Недавно профессоръ *Лазаревичъ* выразилъ мнѣніе, что должно вводить трубку въ

полость матки такимъ образомъ, чтобы она доходила до дна ея. По его мнѣнію, этимъ путемъ мы достигаемъ болѣе обширнаго отдѣленія плоднаго пузыря отъ внутренней поверхности матки и, слѣдовательно, какъ можно ближе подходимъ къ нормѣ, которая наблюдается при всякихъ физиологическихъ родахъ, при которыхъ отдѣленіе яйца отъ внутренней поверхности матки составляетъ первый и главный актъ. Проф. *Лазаревичъ* произвелъ по этому способу преждевременные роды въ 12-ти случаяхъ, и только въ одномъ изъ нихъ потребовалось вторичное впрыскиваніе для усиленія потугъ. Количество впрыснутой воды (въ 28° Р) не превышало никогда 7 унцій; продолжительность родовъ во всѣхъ этихъ случаяхъ колебалась между 3½ и 36 часами. Что касается до результата операціи, по способу *Лазаревича*, то только въ одномъ случаѣ имъ былъ наблюдаемъ смертельный исходъ для роженицы, не находившійся впрочемъ ни въ какой связи съ самою операціей; 9 разъ дѣти родились живыми; двое умерли еще до операціи, а въ одномъ случаѣ плодъ родился раньше того времени, когда онъ становится способнымъ къ самостоятельной жизни.

Что касается до механизма дѣйствія только-что изложеннаго способа, то онъ состоитъ въ слѣдующемъ: впрыснутая въ полость матки жидкость, температурою своею, напоромъ струи и растяженіемъ стѣнокъ матки, раздражаетъ нервы послѣдней и вмѣстѣ съ тѣмъ нарушаетъ связь плоднаго яйца съ маткою на болѣе или менѣе значительномъ пространствѣ. Къ этому должно прибавить еще, что десятиминутное пребываніе трубки въ полости матки усиливаетъ въ значительной степени дѣйствіе впрыснутой жидкости.

Къ существеннымъ выгодамъ способа *Cohen'a* должно отнести: а) Скорость и надежность его дѣйствія. На основаніи многочисленныхъ статистическихъ изслѣдованій, слѣдуетъ допустить, что сокращенія матки появляются иногда непосредственно послѣ впрыскиванія, болѣею же частью черезъ нѣсколько часовъ. б) Сокращенія матки возбуждаются при этомъ безъ нарушенія цѣлости плоднаго пузыря и потому, при дальнѣйшемъ теченіи родовъ, сохраняется, по возможности, нормальный характеръ. с) Самая процедура способа, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, не представляетъ никакихъ серьезныхъ затрудненій.

Къ невыгодамъ этого способа должно отнести: 1) возможность поврежденія дѣтскаго мѣста, даже при самомъ осторожномъ производствѣ операціи, и введеніе въ него воздуха, впрыскиваемой жидкости и септическихъ элементовъ.

2) Проробденіе оболочекъ плода, въ случаѣ чрезмѣрной ихъ тонкости, опасное болѣе для плода, чѣмъ для матери.

3) Сбуженіе канала маточной шейки едва-ли можетъ служить препятствіемъ для введенія трубки, имѣющей въ діаметрѣ около 4 мм. Смѣщенія беременной матки, преимущественно же наклоненія ея впередъ, а также высокое положеніе влагалищной части дѣйствительно представляютъ препятствіе для высокаго проведенія трубки въ полость матки, особенно, если желаемъ помѣстить трубку въ передней половинѣ ея.

Серьезнымъ, а можетъ быть, и единственнымъ противопоказаніемъ къ употребленію способа *Cohen'a* служитъ чрезмѣрное накопленіе околоплодной жидкости (*hydramnios*). Понятно, что въ этомъ случаѣ, впрыскиваніе даже нѣсколькихъ унцій жидкости можетъ слишкомъ растянуть

и безъ того уже растянутую матку и такимъ образомъ еще болѣе ухудшить всѣ неблагоприятныя послѣдствія чрезмѣрнаго растяженія матки, что ни въ какомъ случаѣ нельзя ставить въ упрекъ способу *Cohen'a*

Итакъ, сравнивая выгоды этого способа съ невыгодами, слѣдуетъ придти къ заключенію, что способъ *Cohen'a* дѣйствуетъ скоро и вѣрно, не нарушая нормальнаго теченія родовъ; но онъ не безопасенъ, а именно раненіе послѣда съ послѣдующимъ вхожденіемъ въ него изъ трубки воздуха съ септическими элементами, при самомъ тщательномъ соблюденіи антисептики, неизбѣженъ. На основаніи моихъ наблюденій, изъ которыхъ три окончились смертью, я въ настоящее время совершенно отказался отъ этого способа.

2) Способы *Lehman'a*, *Simpson'a* и *Krause*.

Способъ *Lehman'a*, предложенный имъ въ 1848 году, состоитъ въ томъ, что въ полость матки, по передней стѣнкѣ ея, вводятъ восковый бужъ, длиною въ 9" и толщиною въ 2—3"; проведя его на высоту 6"—8" и отдѣливъ, боковыми движеніями, на значительномъ пространствѣ плодное яйцо отъ внутренней поверхности матки, бужъ *тотчасъ* извлекають. Другіе акушеры замѣняютъ бужъ мужскимъ эластическимъ катетеромъ. При этомъ способѣ матка раздражается въ теченіи непродолжительнаго времени.

Способъ *Simpson'a* и *Krause*. *Simpson* въ Единбургѣ и *Krause* въ Дерптѣ вводили гибкій катетеръ и оставляли его въ маткѣ до тѣхъ поръ, пока не обнаруживались довольно сильныя маточныя сокращенія.

*Braun* же совѣтуетъ вводить струнный бужъ до дна матки и оставлять его до вступленія предлежащей части плода во входъ таза. При двухъ послѣднихъ способахъ матка раздражается *постоянно въ теченіи многихъ часовъ*.

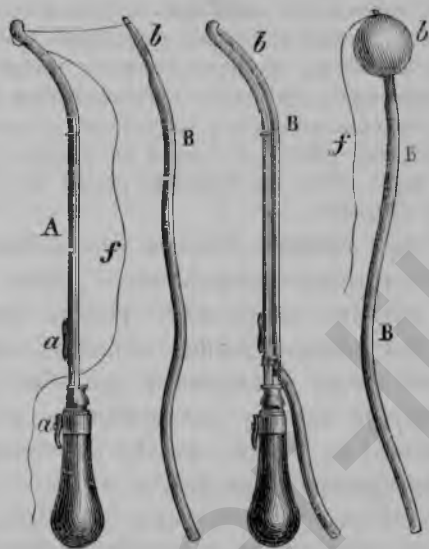
Факты, приводимые *Braun'омъ*, *Simpson'омъ*, *Krause* и другими, убѣждаютъ въ томъ, что продолжительное пребываніе катетера или бужа въ полости матки (отъ 6 до 12 часовъ) вызываетъ преждевременные роды вѣрно и скоро и что при этомъ плодныя оболочки рѣдко разрываются раньше времени. Мнѣ кажется, что при оцѣнкѣ этого способа, нужно обратить еще вниманіе и на послѣродовой періодъ: сомнительно, чтобы столь продолжительное пребываніе въ маткѣ плотнаго инороднаго тѣла могло остаться безъ вреднаго вліянія на родильницу. Впрочемъ, недостатокъ собственныхъ наблюденій лишаетъ меня возможности надлежащимъ образомъ оцѣнить этотъ способъ. Во всякомъ случаѣ, простота инструмента и самаго производства операціи, по способу *Braun'a*, *Simpson'a* и *Krause*, ставятъ его въ число тѣхъ способовъ, на которые должно быть обращено *особое вниманіе* врачей.

3) Способы *Hamilton'a* и *Rieske* въ настоящее время совершенно оставлены. Первый изъ нихъ совѣтовалъ вводить палецъ въ зѣвъ матки и отдѣлять плодное яйцо у внутренняго зѣва; второй же, вмѣсто пальца, употреблялъ для этой цѣли роговой катетеръ.

4) Способъ *Tarnier*. Въ 1862 году *Tarnier* предложилъ способъ возбужденія преждевременныхъ родовъ, помощью придуманнаго имъ аппарата, состоящаго изъ 2 частей: изъ *каучковой трубки* и *проводника*. Ф. 146, в В представляетъ *каучковую*

трубку, глухую на одномъ концѣ *b*, длиною въ 30 см. толщиной въ гусиное перо. Конецъ этотъ на протяженіи 3—4 см. снабженъ болѣе тонкими стѣнками, чѣмъ остальная часть трубки; поэтому онъ при выпрыскиваніи въ трубочку воды растягивается въ видѣ пузыря, см. ф. 148. *b*; къ верхушкѣ глухаго конца трубочки привязывается тонкая, по крѣпкая лигатура *f*, ф. 146 и 148. Чтобы послѣдняя не соскользнула, *Tarnier* совѣтуетъ въ глухой конецъ трубки опустить 2 дробинки и сказанную нитку укрѣпить въ промежуткѣ между обѣими дробинками.

Фиг. 146. Фиг. 147. Фиг. 148.



*Проводникъ* представляет собою закрытый металлическій желобчатый зондъ съ рукояткой, изогнутый на подобіе маточнаго зонда, но цѣмного толще его (ф. 146 *Aa*). Онъ снабженъ тремя ушками: два изъ нихъ находятся у верхушки зонда и расположены на разстояніи 1 см. одно отъ другого, а третье близъ рукоятки. Тутъ же находятся 2 пуговки для укрѣпленія свободного конца нитки.

Ф. 147 представляетъ инструментъ, приготовленный для введенія въ полость матки. Приготавливается же онъ слѣдующимъ образомъ: нитка *f* (фиг. 146) продѣвается сперва черезъ верхнее ушко съ выпуклой стороны зонда, а потомъ обратно черезъ среднее ушко, натягивается, насколько это нужно для помѣщенія трубки въ желобѣ зонда, разъ или два обвивается вокругъ зонда съ трубочкой и наконецъ, будучи проведена чрезъ нижнее ушко, зацѣпляется петлей за пуговки. Конецъ трубочки снабжается краномъ, если таковой есть подъ рукой.

Прежде приложенія инструмента къ дѣлу, *Tarnier*, выпрыскиваніемъ воды въ трубку, убѣждается въ ея цѣлости и вмѣстѣ съ тѣмъ удалитъ находящійся тамъ воздухъ, чтобы въ случаѣ разрыва пузыря воздухъ не проникъ въ полость матки. Помѣстивъ беременную на обыкновенной кровати съ достаточно приподнятымъ тазомъ, предварительно приготовленный инструментъ смазываютъ глицериномъ и вводятъ въ полость матки по тѣмъ же правиламъ, какъ и маточный зондъ. Онъ проводится не менѣе, какъ на 3 см. выше внутренняго отверстія канала маточной шейки и помѣщается между лицомъ и передней стѣнкой матки. Вслѣдъ затѣмъ распускается нитка; помощникъ же выпрыскиваетъ въ трубочку около 50 граммъ теплой воды, дѣйствуя поршнемъ сифона равномерно и медленно. Затѣмъ кранъ запирается; если же его нѣтъ, то трубка крѣпко перетягивается ниткой у самаго входа во влагалище, а сифонъ удаляется. Кранъ по отнятій сифона тоже лучше удалить. Послѣ всего этого выводится и зондъ, а трубка съ раздутымъ въ видѣ шарика концомъ остается на мѣстѣ. Телера женщины позволяютъ

возвратиться къ обычнымъ занятіямъ; по мнѣнію *Tarnier*, стоячее положеніе беременной способствуетъ скорѣйшему началу родовъ, потому что при этомъ шарикъ прямо нажимаетъ на внутреннее отверстіе канала маточной шейки. По его же увѣренію, маточныя сокращенія иногда начинаются еще во время самаго введенія инструмента, но среднимъ числомъ они появляются спустя 3—4 часа послѣ операціи. Послѣ достаточнаго раскрытія зѣва инструментъ самъ собой выпадаетъ во влагалище. Это обыкновенно случается черезъ 10—12 часовъ послѣ введенія инструмента; впрочемъ, это можетъ послѣдовать и немного раньше или немного позже. Въ значительномъ большинствѣ случаевъ дальнѣйшій ходъ родовъ продолжается безостановочно; однако были, хотя и немногіе, случаи остановки родовъ. При подобныхъ обстоятельствахъ, по увѣренію изобрѣтателя этого способа, для усиленія маточныхъ сокращеній иногда бываетъ достаточно, не вынимая шарика изъ влагалища, заставить женщину походить; предполагается, что этотъ шарикъ можетъ дѣйствовать на подобіе кольпейринтера *Braun*'а (?). Если оставленіе шарика оказалось бы недостаточнымъ, то совѣтуютъ повторить операцію, только при помощи трубочки большаго объема, а *Depaul* въ одномъ случаѣ разорвалъ оболочку яйца (съ успѣхомъ). Но всего лучше для ускоренія родовъ въ подобныхъ случаяхъ, по мнѣнію *Tarnier*, способъ *Barnes*'а.

Очевидно, что идея способа *Tarnier* основана на томъ, чтобы, производя раздраженіе внутренней поверхности матки и преимущественно нижняго ея отдѣла мягкимъ инороднымъ тѣломъ (пузыремъ изъ вулканизированнаго каучука), вызвать такимъ образомъ маточныя сокращенія и въ то же время механически (подобно плодному пузырю) и притомъ снутри наружу содѣйствовать раскрытію маточнаго зѣва. Словомъ, въ этомъ способѣ мы видимъ подражаніе механизму натурального раскрытія матки <sup>1)</sup>.

Фиг. 149.



5) Д-ръ *Barnes* <sup>2)</sup> въ 1862 году обнаружилъ новый способъ раскрытія матки, помощью своего дилатора изъ вулканизированнаго каучука. Дилаторъ этотъ состоитъ изъ двухъ пузырей (представленный на фигурѣ 149 наполненъ водой), соединенныхъ между собой на подобіе песочныхъ часовъ. Каждый пузырь снабженъ особой трубкой съ краномъ; съ боку верхняго пузыря находится кармашекъ, въ который вставляется верхушка зонда, помощью коего дилаторъ вводится въ матку. Дилаторъ *Barnes*'а бываетъ тройной величины: самый малый имѣетъ въ діаметрѣ отъ 2 до 3 см. Изобрѣтатель этого способа возбужденія преждевременныхъ родовъ сначала начинаетъ дѣйствовать или маточными дуhamи, или прессованной губкой, или наконецъ кольпейринтеромъ *Braun*'а и, когда маточный зѣвъ подъ вліяніемъ одного изъ этихъ способовъ достаточно уже раскроется, вводитъ свой дилаторъ. Этотъ послѣдній помѣщается такъ, чтобы верхній пузырь занялъ мѣсто внутри матки, нижній во влагалищѣ, а перехватъ находился въ соприкосновеніи съ каналомъ маточной шейки. Введя дилаторъ, наполняютъ водой сперва верхній пузырь, а затѣмъ и нижній. Попятно, что наполненные водой пузыри проникаютъ въ зѣвъ матки и дѣйствуютъ частью механически, частью динамически. Способъ этотъ, какъ *вспомогательный*, долженъ быть поставленъ наряду съ самыми лучшими, но, какъ *самостоятельный*, онъ не

<sup>1)</sup> *Spiegelberg* (Berliner Klinische Wochenschr. 1869, № 9) сообщилъ 7 случаевъ преждевременныхъ родовъ, произведенныхъ имъ по способу *Tarnier*. Изъ казуистики этой видно, что потужная дѣятельность возбуждалась весьма скоро, но зато результаты относительно родильницъ и дѣтей нельзя назвать благопріятными (умерли 3 матери и 6 дѣтей!). *Spiegelberg*, приводя причины для объясненія этихъ неблагопріятныхъ исходовъ, полагаетъ, что способъ *Tarnier* долженъ быть употребляемъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ требуется безотлагательно возбудить роды.

<sup>2)</sup> The Edinburgh medic. Journal 1862, July.

можетъ быть примѣняемъ къ дѣлу, потому что дилататоръ *Barnes'a* невозможно провести черезъ нерасширенный еще каналъ маточной шейки. Способъ *Barnes'a* далеко не имѣетъ тѣхъ выгодъ, которыя приписываетъ ему самъ изобрѣтатель, и заглавіе его статьи „о новомъ способѣ возбужденія преждевременныхъ родовъ въ назначенный (т. е. данный) срокъ“ не соотвѣтствуетъ содержанію ея.

### III. Способы возбужденія преждевременныхъ родовъ помощью механическаго раздраженія и растяженія влагалища и маточной шейки.

Сюда относятся способы: 1) *Kiwisch'a*, 2) *Scanzoni*, и 3) способъ *Kluge*.

1) *Способъ Kiwisch'a*. Онъ состоитъ въ употребленіи такъ-называемыхъ *восходящихъ* маточныхъ душь, причемъ струя горячей воды направляется преимущественно на влагалищную часть шейки и на сводъ рукава. Этотъ способъ предложенъ *Kiwisch'емъ* въ 1848 году.

Для производства восходящихъ маточныхъ душь необходимъ аппаратъ, который бы давалъ *непрерывную струю съ возможно меньшимъ колебаніемъ силы ея въ теченіи сеанса*. Этому требованію вполнѣ удовлетворяютъ аппараты, устроенные на подобіе сифоновъ или такіе, изъ которыхъ струя воды истекаетъ по законамъ гидростатики, для чего необходимо подвѣшивать эти аппараты на извѣстную высоту; что же касается до аппаратовъ, устроенныхъ по принципу нагнетательныхъ насосовъ, то они почти совершенно вышли изъ употребленія. Вышеуказанному требованію наиболѣе соотвѣтствуютъ слѣдующіе три аппарата: кружка *Esmarch'a* (ф. 140), аппаратъ *Scanzoni* (ф. 141) и воронка *Hegar'a* (ф. 142). Въ настоящее время по простотѣ, прочности, удобству примѣненія и безопасности предпочитается кружка *Esmarch'a*, которая въ сущности представляетъ лишь видоизмѣненіе аппарата *Kiwisch'a* и ведра *Водарскаго*, примѣнявшаго его для промыванія ранъ.

Производство восходящихъ душь. Восходящій маточный душъ производится такимъ же образомъ, какъ и рукавное спринцеваніе, о которомъ мы упомянули выше при изложеніи дезинфекціи рожениць (см. стр. 302). Разница между душемъ и спринцеваніемъ состоитъ въ томъ, что для душь требуется болѣе количество воды (до полу-ведра), болѣе высокая температура ея (до 35° R. <sup>1)</sup>) и большая сила струи. Женщина садится на край обыкновеннаго стула, покрытаго клеенкой, между ногъ ставится сосудъ для воспріянія воды, стекающей по клеенкѣ изъ дѣтородныхъ частей, и затѣмъ, при соблюденіи указанныхъ на стр. 303 предосторожностей, вводятъ наконечникъ по руководству двухъ пальцевъ приблизительно на  $\frac{1}{2}$  или на  $\frac{2}{3}$  длины рукава. Душь можно производить на бедѣ, на подкладномъ суднѣ съ отводной трубкой, а также надъ ведромъ. Каждый сеансъ продолжается отъ 10 до 15 минутъ, послѣ чего женщина можетъ приняться за свои обычныя занятія. Число душь въ теченіи сутокъ обуславливается степенью раздражительности

<sup>1)</sup> *Dubois* и нѣкоторые другіе французскіе акушеры употребляютъ воду комнатной температуры.

матки и потребностью болѣе или менѣе скорого возбужденія маточныхъ сокращеній. Уже послѣ 3-хъ или 5-ти сеансовъ можно при внутреннемъ изслѣдованіи замѣтить укороченіе, сочность и размягченіе влагалищной части; по мѣрѣ того, какъ шейка сглаживается, въ особенности съ появленіемъ маточныхъ сокращеній и съ открытіемъ зѣва на палець, все рѣже и рѣже производятъ душъ и совершенно прекращаютъ его, коль скоро роды пойдутъ безостановочно. Первый душъ совѣтую производить съ прибавленіемъ дезинфицирующихъ средствъ.

Что касается дѣйствія восходящихъ маточныхъ душъ, то оно состоитъ въ томъ, что впрыскиваемая вода *быстро* и съ нѣкоторою *силой* растягиваетъ сводъ рукава и въ то же время раздражаетъ нижній сегментъ матки; высокая же температура воды вызываетъ приливъ крови къ нижнему отрѣзку матки и къ маточной шейкѣ, вслѣдствіе чего они размягчаются. Ближайшая причина появленія маточныхъ сокращеній, подъ вліяніемъ восходящихъ душъ, доподлинно еще неизвѣстна; быть можетъ при этомъ раздражаются нервные узлы, заложенные въ передней стѣнкѣ рукава (*Дембо*).

Число сеансовъ, необходимыхъ для достиженія цѣли, весьма различно; иногда родовыя боли появляются раньше первыхъ сутокъ, въ большинствѣ же случаевъ онѣ появляются черезъ двое-трое сутокъ. Лишь въ крайне рѣдкихъ случаяхъ способомъ *Kiwisch'a* не удается вызвать преждевременные роды. Довольно часто родовыя боли продолжаютъ нѣкоторое время и затѣмъ понемногу стихаютъ, вслѣдствіе чего приходится или вновь употреблять души, или же прибѣгнуть къ одному изъ болѣе дѣйствительныхъ способовъ.

*Выгоды*, представляемыя этимъ способомъ, весьма значительны: онъ не стѣсняетъ ни беременную, ни врача, къ тому же онъ совершенно безопасенъ. *Главное же его достоинство заключается въ томъ, что родовыя боли появляются въ то время, когда влагалище и шейка находятся въ условіяхъ, весьма близко подходящихъ къ состоянію этихъ частей при наступленіи натуральныхъ родовъ.*

Попытки доказать, что способъ *Kiwisch'a* предрасполагаетъ будто бы къ послѣродовымъ заболѣваніямъ и къ кровенакопленію въ нервныхъ центрахъ недоносковъ, не могутъ поколебать довѣрія къ этому способу, такъ какъ эти предположенія не основаны на точныхъ данныхъ. Упомянутые недостатки вѣрнѣе отнести насчетъ условій, служащихъ показаніемъ къ возбужденію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Къ существеннымъ *невыгодамъ* этого способа слѣдуетъ отнести непримѣнимость его въ нѣкоторыхъ случаяхъ, напр., при предлежаніи дѣтскаго мѣста и при обстоятельствахъ, не терпящихъ отлагательства и требующихъ быстро возбужденія родовъ.

*Во всякомъ случаѣ способъ Kiwisch'a, по общему мнѣнію всѣхъ акушеровъ, справедливо признается такимъ, которымъ можно, а иногда и должно (въ особенности у перворождающихъ) начинать операцію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, по какому бы способу она впоследствии ни была производима. Правило это основано на томъ, что,*



какъ уже сказано выше, восходящія души исподоволь готовятъ родовые пути и придаютъ такимъ образомъ искусственно-возбужденному родовому акту болѣе нормальный характеръ.

2) Способъ *Scanzoni*. *Scanzoni*, основываясь на известномъ свойствѣ углекислоты возбуждать сокращеніе гладкихъ мышечныхъ волоконъ, предложилъ въ 1856 г. возбуждать преждевременные роды помощью струи углекислоты, направленной на влагалищную часть шейки матки.

Хотя этотъ способъ имѣетъ за собою рациональное основаніе, тѣмъ не менѣе онъ всеми оставленъ, какъ вслѣдствіе неудобопримѣнимости и невѣрности его, такъ и главнымъ образомъ вслѣдствіе возможности вхожденія  $\text{CO}_2$  въ маточныя вены. Подобный случай съ летальнымъ исходомъ наблюдалъ самъ *Scanzoni*, почему и опъ вскорѣ отказался отъ души изъ углекислоты.

3) Способъ *Kluge*. Онъ состоитъ въ расширеніи и, слѣдовательно, въ раздраженіи канала маточной шейки помощью особенно для этой цѣли приготовленной губки. Идея этого способа принадлежитъ *Brünnig-hausen*'у (1820 г.), привелъ же ее впервые въ исполненіе *El. v. Siebold*, а *Kluge* всего болѣе распространилъ этотъ способъ, такъ что онъ до сихъ поръ носитъ (хотя и неполнѣ справедливо) его имя.

Изъ губки, пропитанной воскомъ или арабійскою камедью съ прибавленіемъ карболовой кислоты, готовится нѣсколько конусовъ различной длины и толщины; обыкновенная длина ихъ около 5 см., а толщина основанія отъ  $1\frac{1}{2}$  до  $1\frac{1}{2}$ , даже до 2 см.; къ основанію конуса прикрѣпляется тесемка. Со стороны основанія конуса по направленію оси его имѣется каналъ для надѣванія губки на маточный зондъ.

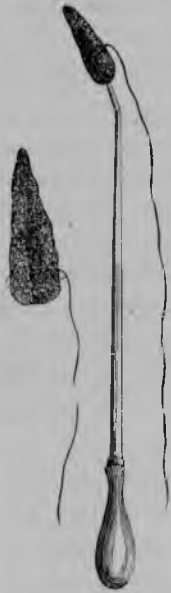
Въ послѣдніе годы нѣкоторые акушеры замѣняютъ губку корнемъ *gentianaе*, стеблемъ *laminaria digitata*, а также *tupello* и др.

Губка <sup>1)</sup> вводится или просто пальцами, или помощью инструмента, известнаго подъ именемъ „porte-éponge“, имѣющаго видъ маточнаго зонда, но отличающагося отъ послѣдняго тѣмъ, что загнутый конецъ его сплюснутъ въ видѣ пластинки, дабы уменьшить подвижность насаженной на него губки. При употребленіи этого инструмента руководствуются общими правилами введенія маточнаго зонда въ матку. Фиг. 150 представляетъ губку, насаженную на такой зондъ, а подлѣ — губку въ разрѣзѣ съ каналомъ по срединѣ для зонда. При положеніи беременной на спину, убаждаются въ положеніи шейки; въ случаѣ надобности исправляютъ его; затѣмъ очищаютъ тщательно влагалищную часть и каналъ шейки и, проспирцевавъ рукавъ дезинфицирующимъ растворомъ, вводятъ смазанную карболованымъ вазелиномъ или обсыпанную

<sup>1)</sup> Прессованная губка готовится по способу *Simpson*'а слѣдующимъ образомъ: кусокъ вываренной морской губки погружается въ растворъ арабійской камеди, къ которому въ настоящее время прибавляютъ 6% карболовой кислоты или 1 ч. на 2000 ч. сулемы, затѣмъ сквозь губку продѣваютъ визальную иглу и отъ одного до другого конца обвиваютъ крѣпко ниткою (удобнѣ узенькою тесемкою), соблюдая, чтобы ходы нитки плотно прилегли другъ къ другу. Высушивъ губку, иглу вынимаютъ, разматываютъ нитку и, острогавъ губку перочиннымъ ножикомъ (а еще лучше напильникомъ), придаютъ ей пужлую форму и толщину. Подробности насчетъ приготовленія и употребленія прессованныхъ губокъ въ гинекологіи см. у *M. Sims*'а: *Clinic Remarks on uterin Surgery*, Lond. 1867, p. 68.

порошкомъ (не кристаллами) іодоформа губку по руководству указательнаго пальца до шейки, стараясь понасть въ наружный зѣвъ. Коль скоро губка введена въ каналъ шейки на такую глубину, что только основаніе ея выдается изъ наружнаго зѣва, то зондъ извлекаютъ, придерживая губку пальцемъ, и затѣмъ продвигаютъ ее какъ можно выше, пока основаніе ея не помѣстится за наружнымъ зѣвомъ. Всего лучше удерживается губка помощью дезинфицированныхъ тампоновъ изъ ваты, юты, мха и др. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ влагалищная часть матки обращена къ крестцовой впадинѣ, губка очень хорошо удерживается сама собою <sup>1)</sup>.

Фиг. 150.



*Kluge* вводилъ губку помощью кривыхъ щипцовъ, *Kilian* прямо пальцемъ, *Lavati* же въ Павіи посредствомъ ланцета съ пружиною. Въ прежнее время, когда прессованная губка имѣла обширное примѣненіе въ гинекологической практикѣ, ее вводили помощью „*porte-éponge*“. *Laminaria* вводилась или пальцами или помощью корцанга, или же при помощи „*porte-laminaria*“ *Braun*'а.

Начинающимъ совѣтую вводить губку или ламинарію всего лучше при посредствѣ маточнаго зеркала, причѣмъ губка или ламинарія легче вставляется въ наружный зѣвъ.

Введенную губку оставляютъ на два и не болѣе какъ на *шесть* часовъ, предписывая беременной оставаться въ постели. Если по прошествіи 6 часовъ родовыя боли не появились или если онѣ слишкомъ слабы, то губку замѣняютъ другою—потолще. Это повторяется до тѣхъ поръ, пока влагалищная часть не сгладится и не начнетъ раскрываться зѣвъ. Роды обыкновенно обнаруживаются на вторыя сутки. Само собою разумѣется, что до введенія губки и послѣ него необходимо каждый разъ дезинфицировать рукавъ и каналъ шейки.

Губка, введенная въ каналъ маточной шейки, пропитываясь выдѣленіемъ, разбухаетъ, увеличивается въ объемѣ и, такимъ образомъ, механически растягиваетъ маточную шейку и, раздражая ее, возбуждаетъ маточныя сокращенія. Къ этому должно прибавить, что тамъ, гдѣ при способѣ *Kluge* употребляется тампонъ, то конечно и онъ не остается безъ вліянія на возбужденіе маточныхъ сокращеній. Къ способу *Kluge*, бывшему прежде въ большомъ употребленіи, въ настоящее время прибѣгаютъ гораздо рѣже; во всякомъ случаѣ, по вѣрности своего дѣйствія, онъ принадлежитъ къ лучшимъ методамъ. Нельзя однако не замѣтить, что онъ обременительнѣе для беременныхъ, нежели способы *Cohen*'а и *Kiwisch*'а, какъ потому, что требуетъ пребыванія беременной въ постели, такъ и потому, что губка причиняетъ иногда болѣе или менѣе

<sup>1)</sup> Въ прежнее время удерживали губку на мѣстѣ то помощью зонда, т. е. не извлекая его, прикрѣпляли рукоятку зонда къ бедру, то посредствомъ сложнаго и неудобнаго аппарата *Cazeaux*.

тягостные припадки, которыхъ не бываетъ при способахъ *Cohen'a* и *Kiwisch'a*.

На основаніи моихъ личныхъ наблюденій, я не могу въ настоящее время согласиться съ мнѣніемъ нѣкоторыхъ акушеровъ, считающихъ способъ *Kluge* опаснымъ по причинѣ возможности инфекціи. Примѣняя и къ этому способу мѣры антисептики, мы и здѣсь какъ и въ другихъ случаяхъ, въ состояніи избѣгнуть зараженія.

Инструментальное раскрытіе маточной шейки, помощію различныхъ дилататоровъ (*Busch'a*, *Mende*, *Krause* и многихъ др.), по всей справедливости, въ настоящее время совершенно оставлено <sup>1)</sup>.

Въ 1863 г. *Daudé* предложилъ аппаратъ для вызванія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, который почти ничѣмъ не отличается отъ аппарата *Tarnier*, но имѣетъ, по мнѣнію *Daudé*, ту выгоду, что онъ расширяетъ какъ разъ средину цервикальнаго канала, и потому при употребленіи его не рискуютъ разорвать преждевременно пузырь. Простую, но тоже пригодную модификацію придумали *Lépine* и *Moyné*. Они берутъ просто катетеръ (№ 8—9), на внутреннемъ концѣ котораго находится маленькій каучуковый шарикъ, надуваемый воздухомъ, послѣ чего наружный конецъ катетера перегнывается ниткой. (См. Bulletin de l'acad. imper. de méd. 1863, № 20).

4) *Способы Schöller'a, Hüter'a, и C. Braun'a* состоятъ въ раздраженіи влагалища, преимущественно же свода его, помощію тампона.

Тампонацію внутреннихъ половыхъ органовъ мы раздѣляемъ на тампонацію: 1) влагалища и 2) матки; при первой тампономъ выполняется влагалище, при второй же полость матки.

Тампоны употреблялись или корпійные, или пузырьные. Тампонація корпією, съ цѣлью возбудить преждевременные роды, впервые примѣнена въ 1842 году *Schöller'*омъ, въ Берлинѣ. Тампонація корпійными шариками дѣлалась или съ компрессомъ (такъ называемая классическая тампонація), или безъ него; въ томъ и другомъ случаѣ она производится при помощи маточнаго зеркала. Для этой цѣли всего чаще употребляли зеркало *Ricord'a* или *Cusco*.

Тампонація рукава корпійными или ватными шариками съ компрессомъ. По опороженіи мочевого пузыря и прямой кишки беременная помѣщается на поперечной кровати. Зеркало, сомкнутое и согрѣтое, покрывается компрессомъ, пропитаннымъ масломъ, затѣмъ вводится, какъ можно глубже, во влагалище и раскрывается, вслѣдствіе чего сводъ влагалища растягивается и въ полѣ зрѣнія представляется часть компресса, довольно плотно прилегающая къ влагалищной части и своду. Затѣмъ длиннымъ корнцангомъ захватываютъ корпійные шарики, пропитанные масломъ и вводятъ во влагалище шарикъ за шарикомъ, стараясь, чтобы первые шарики плотно выполняли сводъ влагалища. По мѣрѣ наполненія послѣдняго шариками, зеркало мало-по-малу выводить, удерживая его однако до гѣхъ поръ, пока все влагалище до входа не наполнится корпією, которую покрываютъ концами компресса, оставшимися внѣ дѣтородныхъ частей. Наложенный такимъ образомъ тампонъ укрѣпляется Г-образною повязкою. Для подобной тампонаціи нужно около фунта корпій, а иногда и болѣе; только первые шарики наптываются масломъ къ которому прибавляютъ карболовой кислоты; масло можетъ быть замѣнено вазелиномъ или глицериномъ также съ прибавленіемъ карболовой кислоты.

<sup>1)</sup> *Steinbrenner* въ 1851 г. (Prag. Vierteljahresschr. 1851, Bd. III, p. 196) предложилъ, съ цѣлью вызванія преждевременныхъ родовъ, просто расширять маточное рыльце сначала однимъ, затѣмъ двумя пальцами и т. д., однимъ словомъ, такимъ образомъ, какъ оно описано нами выше въ статьѣ объ искусственномъ расширеніи маточнаго зѣва. Понятно безъ дальнихъ разсужденій,—почему подобный способъ не могъ и не долженъ войти въ акушерскую практику.

Тампонація рукава корпійними или ватными шариками безъ компресси. Для этого первоначально готовятъ соотвѣтственной величины шарики, числомъ около 40, соединенные между собою помощью крѣпкой нитки. По введеніи зеркала, нѣсколько шариковъ, пропитанныхъ масломъ, вводится во влагалище одинъ за другимъ, слѣдуя вышеизложеннымъ правиламъ.

*Schöller* для возбужденія искусственныхъ родовъ употребляетъ тампонъ безъ компресси; до введенія его онъ совѣтуетъ назначать англійскую соль какъ слабительное, въ теченіи нѣсколькихъ дней. Въ случаѣ надобности онъ совѣтуетъ также усиливать потужную дѣятельность треніемъ дна матки, расширеніемъ зѣва пальцемъ и даже употребленіемъ внутрь спорыни. Употребленіе спорыни въ этомъ случаѣ можетъ имѣть весьма печальныя послѣдствія для плода. Спорыня, какъ средство, усиливающее боли, должна быть назначаема въ такихъ случаяхъ, гдѣ можно надѣяться, что окончаніе родовъ не будетъ слишкомъ замедлено. Въ противномъ случаѣ мы рискуемъ жизнью плода. Поэтому назначеніе спорыни при несовершенномъ открытій зѣвѣ или же при суженіи таза, нерационально и опасно. Съ цѣлью предупредить раздраженія влагалища *Schöller* предлагаетъ смазывать шарики мазью изъ опія, белладонны, или, до введенія тампона, впрыснуть во влагалище какое либо индифферентное масло; для соблюденія же чистоты—перемѣнять тампонъ два раза въ сутки.

Къ этой категоріи относится и тампонъ *Kilian*'а, состоящій изъ морской губки, обернутой пропускною бумагою; его можно ввести и безъ зеркала.

Тампонація этого рода можетъ быть произведена при посредствѣ всякаго маточнаго зеркала и даже безъ него, при содѣйствіи пальца. Корпія можетъ быть замѣнена маленькими кусочками ветоши, ватой, пенькою, льномъ, ютою и мхомъ. Всѣ эти вещества должны быть предварительно дезинфицированы.

Что касается меня, то тампонацію безъ компресси считаю полезною преимущественно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ влагалищная часть обращена къ крестцовой впадинѣ. Въ своей практикѣ я предпочитаю тампонацію корпией или ватой всякимъ другимъ.

Главная цѣль тампонаціи состоитъ не только въ возбужденіи маточныхъ сокращеній, но и въ останавливаніи маточнаго кровотеченія во время беременности и родовъ, преимущественно же при предлежаніи дѣтскаго мѣста.

Тампонъ составляетъ весьма важное средство въ акушерской терапіи, поэтому мы разсмотримъ здѣсь нѣсколько подробнѣе способъ его дѣйствія и условія, при которыхъ онъ можетъ и долженъ быть употребляемъ. Хорошо наложенный тампонъ долженъ приподымать маточную шейку вмѣстѣ со сводомъ рукава и въ тоже время растягивать сводъ во всѣхъ направленіяхъ. При этихъ условіяхъ польза тампона будетъ состоять въ томъ, что запруженіе влагалища препятствуетъ изліянію крови; вмѣстѣ съ тѣмъ онъ производитъ повидимому постоянное и равномерное давленіе на нижній отрѣзокъ матки и механически сжимаетъ кровотокащія сосуды. Кровь, не находя себѣ выхода, створаживается и образующіеся вслѣдствіе этого сгустки (пробки) закупориваютъ кровотокащія сосуды. Съ другой стороны, тампонъ, раздражая сводъ влагалища и нижній сегментъ матки, возбуждаетъ маточныя сокращенія и тѣмъ способствуетъ раскрытію маточнаго зѣва. Итакъ, въ тотъ моментъ, когда при предлежаніи дѣтскаго мѣста и преимущественно при круговомъ (центральномъ) его прикрѣпленіи, всего болѣе изливается

крови, кровоточащіе сосуды находятся въ условіяхъ сжатія: извиѣ дѣйствіемъ тампона, изнутри, при цѣлости плоднаго яйца, напоромъ плоднаго пузыря во время схватки, а послѣ разрыва оболочекъ — виѣдряющеюся въ зѣвъ предлежащую частью.

Понятно, что тампонація при существованіи маточныхъ сокращеній, при цѣлости оболочекъ плоднаго яйца, при черепныхъ и даже при ягодичныхъ предлежаніяхъ должна оказывать всего болѣе пользы. Нельзя сомнѣваться также, что тампонація можетъ принести пользу при косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ плода, замедляя разрывъ оболочекъ и предупреждая преждевременное излитіе водъ.

Тампонація влагалища послѣ выхожденія послѣда приноситъ пользу въ случаяхъ маточныхъ кровотеченій, не зависящихъ отъ вялости матки.

Тампонація матки. При такъ называемой атоніи матки (*atonia uteri*), т. е. въ случаяхъ, когда матка нисколько не сокращается подъ вліяніемъ обычныхъ средствъ, полость ея становится вмѣстипищемъ крови; въ подобныхъ случаяхъ тампонація рукава остается безъ вліянія на источникъ кровотечения и превращаетъ наружное кровотеченіе въ несравненно болѣе опасное внутреннее, причемъ матка можетъ значительно растянуться. Въ такихъ отчаянныхъ случаяхъ, послѣ безуспѣшнаго примѣненія извѣстныхъ кровоостанавливающихъ средствъ, необходимо ввести въ полость матки на непродолжительное время дезинфицированные ватные шарики.

Намъ очень хорошо извѣстно, что сказанное нами на счетъ тампонаціи полости матки сильно расходится съ тѣмъ, что обыкновенно говорится насчетъ маточнаго кровотеченія тотчасъ по окончаніи 5-го періода родовъ. Почти всѣми акушерами установлено за правило, что тампонаціи слѣдуетъ избѣгать при подобныхъ послѣродовыхъ кровотеченіяхъ. Съ этимъ нельзя не согласиться, если имѣть въ виду тампонацію рукава, противъ которой и мы высказались выше. Но другое дѣло на счетъ тампонаціи полости матки, о которой авторы или вовсе не упоминаютъ, или же говорятъ несколько и обыкновенно ее отвергаютъ; между тѣмъ мы имѣемъ несомнѣнные факты, говорящіе въ пользу тампонаціи матки. Въ тѣхъ страшныхъ послѣродовыхъ кровотеченіяхъ, которыя обуславливаются атоніею (параличемъ, истощеніемъ) матки, опасность иногда до такой степени неминуема, что рекомендуемою нами тампонаціею никогда не слѣдуетъ пренебрегать. Если вспомнить, что всѣ предлагаемыя въ этихъ случаяхъ средства, начиная съ впрыскиванія холодной или горячей воды въ матку, массажа, сжатія ея по *Breisky* и т. д. и оканчивая прижатіемъ брюшной аорты, оказываются иногда безуспѣшными, то становится понятнымъ, что здѣсь не остается ничего болѣе, какъ прибѣгнуть къ тампонаціи матки.—какъ къ послѣднему, крайнему средству (*ultimum refugium*). Главныя возраженія, обыкновенно приводимыя противниками этого средства, состоятъ въ томъ, что болѣе или менѣе продолжительное пребываніе инороднаго тѣла (ваты, коріи и т. п.) въ полости матки должно вызвать воспаленіе ея; затѣмъ утверждаютъ, что тампонируя растянутую, вялую матку, мы еще болѣе растягиваемъ ее. Что касается перваго обстоятельства, то понятно само собою, что изъ двухъ золъ слѣдуетъ выбрать меньшее, а именно лучше имѣть дѣло съ какимъ бы то ни было воспаленіемъ, чѣмъ дагъ родильницѣ изойти кровью. Второе возраженіе опровергается тѣмъ, что тампощъ во 1-хъ уже механически останавливаетъ кровотеченіе и во 2-хъ, раздражая внутреннюю поверхность матки, усиливаетъ сократительную дѣятельность органа, если послѣдняя еще несовсѣмъ утрачена. При этомъ я считаю нужнымъ замѣнить, что, примѣняя въ подобныхъ случаяхъ тампонацію матки, я всегда налитывалъ коріиные шарики слабымъ растворомъ полуторохлористаго желѣза и никогда не набивалъ полости матки до сильнаго растяженія ея. Въ опасныхъ послѣродовыхъ кровотеченіяхъ на введеніе инородныхъ тѣлъ (тампоновъ) въ полость матки рѣшались уже давно: такъ *Rouget* (*Mélanges de médecine et de chirurgie. Paris 1810, p. 39*) совѣтывалъ вводить къ матку бычачій пузырь и надувать его воздухомъ; подобную же процедуру предлагали и пѣк-

рые другіе; *Gardien* и *Diday* (*Gaz. méd. de Lyon* 1850) рекомендуютъ въ этихъ случаяхъ пузырь изъ вулканизированнаго каучука. Недавно еще *Winckel* сообщили, что съ нѣкотораго времени онъ съ большимъ успѣхомъ употребляетъ тампонацію полости матки при маточныхъ кровотеченияхъ внѣ акта родовъ.

Теперь укажемъ на неблагопріятныя обстоятельства, сопряженныя съ тампонаціею влагалища корпіею или ватою. Мы не сомнѣваемся, что въ настоящее время разные перевязочные матеріалы могутъ служить безопаснымъ (асептическимъ) тампономъ, но если корпійныхъ шариковъ введено ограниченное количество, то они не только не останавливаютъ кровотечения, но, пропитываясь кровью, скоро теряютъ свою асептичность и потому должны быть часто мѣняемы, во избѣжаніе возможнаго все-таки загниванія ихъ; если же ввести въ рукавъ столько шариковъ, чтобы вполне выполнить рукавъ, то кровотеченіе, по крайней мѣрѣ, наружное, останавливается, но зато верхніе шарики сильно пропитываются кровью, вслѣдствіе чего они не могутъ долго оставаться асептическими; кромѣ того такая тампонація причиняетъ сильную боль въ рукавѣ и обуславливаетъ тенезмы, вслѣдствіе чего беременныя не легко переносятъ такую тампонацію.

Далѣе, отъ продолжительнаго оставленія въ рукавѣ тампона наблюдали раздраженіе и воспаленіе влагалища. Хотя мнѣ случалось оставлять безнаказанно тампонъ въ рукавѣ до 24 часовъ, тѣмъ не менѣе я не могу совѣтовать оставлять тампонъ на такое продолжительное время.

Къ невыгодамъ тампонаціи слѣдуетъ причислить медленность вызванія маточныхъ сокращеній, но зато тампонъ усиливаетъ родовыя боли, если онѣ уже появились до введенія его. Если къ этому прибавить, что послѣ введенія тампона женщина должна оставаться въ постели, лишаясь иногда сна и пищи, то понятно, почему, владѣя такими способами, какъ *Kiwisch's* и *Krause*, нераціонально прибѣгать къ искусственному возбужденію преждевременныхъ родовъ помощью тампоновъ въ случаяхъ, требующихъ возможно быстрого возбужденія родовъ.

Тампонъ оставляется во влагалищѣ на болѣе или менѣе продолжительное время, смотря по цѣли, съ какою онъ назначается, и потому, какъ переносить его беременная. Если имѣемъ въ виду остановить кровотеченіе и избѣгнуть, на сколько это возможно, возбужденія маточныхъ сокращеній, то тампонъ оставляется на 2—3 часа. Съ появленіемъ предвѣстниковъ наступленія родовъ, тампонъ извлекаютъ и выжидаютъ новаго кровотечения, при появленіи котораго снова повторяютъ тампонацію. Если послѣдняя предпринимается съ цѣлью остановить кровотеченіе и вмѣстѣ съ тѣмъ возбудить роды, или только съ этою послѣднею цѣлью, то тампонъ оставляется часовъ на шесть. Если, по удаленіи его, кровотеченіе еще продолжается и зѣвъ уже достаточно открытъ, то оканчиваемъ роды искусственно, иногда насильственно; если же кровотеченіе прекратилось, то предоставляемъ окончаніе родовъ силамъ природы, наблюдая тщательно за новымъ появленіемъ кровотечения.

Тампонація животнымъ пузыремъ, предложенная въ 1843 г. *Huetter*'омъ, въ настоящее время вовсе не употребляется.

### Тампонація каучуковымъ пузыремъ (*Colpeurysis*) *Braun*'а.

*C. Braun*, въ 1851 году, обнаружилъ простой, удобный и по его мнѣнію безопасный способъ раскрытія маточнаго рыльца и возбужденія маточныхъ сокращеній при различныхъ болѣзняхъ беременныхъ.

Тампонъ этотъ, называемый *кольпейринтеромъ*. фиг. 151, состоитъ изъ каучуковаго пузыря грушевидной формы, длиною въ 2—4"; къ нему прикрѣплена роговая, изогнутая трубка, покрытая каучукомъ, длиною около 4", толщиною  $\frac{1}{2}$ ", оканчивающаяся краномъ и снабженная колечкомъ. Въ это послѣднее продѣвается тесемка для удерживанія инструмента. Опредѣливъ первоначально вмѣстимость пузыря и смазавъ его масломъ, складываютъ его по длинѣ, вводятъ во влагалище и наполняютъ холодною или теплою водою, избѣгая сильнаго и быстрого растяженія пузыря. Закрывъ кранъ, инструментъ прикрѣпляютъ помощью тесемки къ бедру или поясу женщины, съ цѣлью воспрепятствовать выпаденію его во время схватокъ. Для удаленія кольпейринтера открываютъ кранъ, выпускаютъ воду и затѣмъ извлекаютъ.

Фиг. 151



По моему мнѣнію всего лучше употреблять кольпейринтеръ *Gariel*'я, отличающійся отъ вышеописаннаго тѣмъ, что поверхность его гладкая, а не рубчатая. До введенія въ рукавъ кольпейринтеръ долженъ быть дезинфицированъ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что *Colpeurysis* выполняется удобнѣе, чѣмъ тампонація влагалища корпиею или ватою, а также неопровержимо весьма полезное дѣйствіе его при предлежаніи дѣтскаго мѣста. Далѣе къ достоинствамъ кольпейринтера относятся: онъ можетъ быть легко и скоро дезинфицированъ, не пропитывается кровью и при достаточномъ наполненіи водою скорѣе чѣмъ ватная тампонація вызываетъ сокращенія матки.

Недостатки кольпейринтера слѣдующіе: онъ непримѣнимъ при значительныхъ суженіяхъ таза ( $K=8.0$ ), при слишкомъ выдающемся мысѣ, при значительной (рахитической) вогнутости крестцовой впадины и при опухоляхъ въ полости таза. Кромѣ того кольпейринтеръ, по причинѣ своей формы, не выполняетъ равномерно сводъ рукава. Слабо наполненный водою, кольпейринтеръ мало дѣйствителенъ, кровь просачивается помимо его; будучи же вполнѣ растянутъ водою, онъ вызываетъ такіе сильные боли и тенезмы, что беременныя не въ состояніи удержаться отъ натуживанія, вслѣдствіе чего кольпейринтеръ нерѣдко изгоняется изъ рукава. Кромѣ того, если принять въ соображеніе, что кольпейринтеры *Braun*'а и *Gariel*'я отъ долгаго неупотребленія легко портятся, а также и то, что корпиею и замѣняющія ее перевязочныя

средства можно найти всюду, между тѣмъ какъ кольпейринтеры, да еще различной величины, едва ли найдутся во всѣхъ большихъ городахъ, то корпійной или ватной тампонаціи все-таки нужно отдать преимущество передъ тампонаціею кольпейринтеромъ <sup>1)</sup>).

Что касается того, на сколько часовъ слѣдуетъ оставлять кольпейринтеръ въ рукавѣ, то мы и здѣсь руководствуемся цѣлью введенія и тѣмъ, какъ *colpeuryisis* переносится беременною; вообще же не слѣдуетъ оставлять кольпейринтеръ во влагалищѣ болѣе трехъ часовъ, потому именно, что мы не гарантированы противъ разложенія задержанной за кольпейринтеромъ крови и, слѣдовательно, отъ септического заболѣванія. Послѣ извлеченія кольпейринтера необходимо его тщательно дезинфицировать и затѣмъ, если мы найдемъ, что шейка еще недостаточно измѣнилась, то вводимъ его вторично на такой же срокъ, послѣ чего шейка матки вѣроятно будетъ уже достаточно открыта; точно такъ же поступаемъ, если приостановившееся кровотеченіе вновь появится.

#### IV. Возбужденіе маточныхъ сокращеній помощью электричества.

Съ тѣхъ поръ какъ *Herder* <sup>2)</sup> впервые заявилъ о сокращеніяхъ матки, введенной въ цѣпь Вольтова столба, и совѣтовалъ при слабыхъ и неправильныхъ боляхъ употреблять постоянный токъ, многіе акушеры, преимущественно нѣмецкіе и англійскіе, стали употреблять электричество съ цѣлью искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ. Въ прежнее время, по совѣту *Radford*'а, впервые примѣнившаго идею *Herder*'а, прикладывали одинъ электродъ къ стѣнкамъ живота у дна матки, а другой къ шейкѣ матки. *Hoенiger* и *Jacobi* примѣняли токъ электромагнитнаго аппарата; однако, прежде чѣмъ примѣнить электричество, беременной была дана спорынья и въ цервикальный каналъ была введена губка. *Radford* полагаетъ, что электричество составляетъ надежное средство противъ маточныхъ кровотеченій, въ томъ числѣ и при *placenta praevia*. *Robert Barnes* считалъ даже возможнымъ спорынью вполне замѣнить электричествомъ, и предлагалъ постоянный токъ какъ вспомогательное средство при любомъ способѣ возбужденія преждевременныхъ родовъ. *Hoенig* въ 1856 г. для возбужденія преждевременныхъ родовъ примѣнилъ опыты *Duchenne*'а и *Remak*'а. Съ этою цѣлью онъ бралъ двѣ мѣдныя, тонкія проволоки, обтянутыя на всемъ протяженіи, за исключеніемъ концевъ, каучукомъ. Одинъ конецъ каждой проволоки, снабженный пуговкой, служилъ для введенія въ прямую кишку, другой, изогнутый подъ прямымъ угломъ, приводился въ соприкосновеніе съ аппаратомъ. Пуговчатые концы сближенныхъ проволокъ *Hoенig* вводилъ весьма высоко въ прямую кишку, затѣмъ отдалялъ одну проволоку отъ другой,

<sup>1)</sup> Сомнѣваясь въ возможности приготовленія кольпейринтеровъ самими врачами, какъ объ этомъ упоминаетъ почтенный изобрѣтатель.

<sup>2)</sup> De-Шаенъ въ 1755 году сообщилъ случаи излеченія электричествомъ задержки менструаціи.



стараясь одинъ электродъ приложить къ одному нервному стволу, идущему къ маточному сплетенію, другую же проволоку къ другому нервному стволу (?). *Taylor Smith* полагаетъ, что эффектъ электризаціи появляется лишь спустя нѣкоторое время, почему въ случаяхъ, не терпящихъ отлагательства, онъ считаетъ этотъ агентъ непригоднымъ. *Tripier* утверждаетъ, что при выборѣ тока „*tension*“ и „*quantité*“ а не постоянство или перемѣнчивость въ его направленіи играетъ существенную роль; далѣе онъ говоритъ, что индукціоннымъ токомъ можно вызвать сокращенія матки, но они никогда не бываютъ достаточны для возбужденія и окончанія родовъ.

Послѣ статьи нашего соотечественника д-ра *фонъ Грюневальда* (см. ор. cit.) вопросъ о возбужденіи преждевременныхъ родовъ помощью электричества вновь сталъ обсуждаться. *Ф. Грюневальдъ* приводитъ два успѣшныхъ случая искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, возбужденныхъ имъ помощью тока вторичной спирали саннаго аппарата *Dubois—Reymond'a*. Въ первомъ случаѣ дуни предшествовали, во-второмъ—сопутствовали фарадизаціи. Два плоскихъ, металлическихъ, покрытыхъ трютомъ электрода, въ 6—7 см. въ діаметрѣ, онъ прикладывалъ на переднюю брюшную стѣнку, по обѣимъ сторонамъ дна матки, въ разстояніи 10—15 см. другъ отъ друга. По истеченіи 1 мин. токъ быстро ослаблялся и электроды снимались, чтобы послѣ паузы въ 3—5 мин. снова повторить процедуру; такъ онъ поступалъ до 5 разъ въ сеансѣ. Сокращенія матки появлялись не послѣ каждаго приложенія тока. Авторъ предпочитаетъ санный аппаратъ ротаціонному, ибо первый даетъ болѣе частые удары и, кромѣ того, съ нимъ легче градуировать токъ. *Грюневальдъ* предпочитаетъ токъ вторичной спирали экстратоку. Постоянный же токъ онъ избѣгаетъ потому, что онъ долженъ былъ бы примѣняться въ такой силѣ, при которой нельзя избѣгать вреднаго химическаго дѣйствія.

*Welponer*, резюмируя свои наблюденія, говоритъ, что индукціонный токъ всегда вызываетъ преходящія схватки, не имѣющія слѣдствіемъ правильной родовой дѣятельности. *Apostoli* не считаетъ фарадизацію abortивнымъ средствомъ. *Helot* полагаетъ, что постоянный токъ есть форма электричества, къ которой слѣдуетъ прибѣгать. *Onimus* утверждаетъ, что есть существенная разница между беременною и гинекологическою маткою, и что постоянный токъ дѣйствуетъ сильнѣе индуктивнаго. *Тупяковъ* (изъ клиники проф. Макѣева въ Москвѣ) приводитъ случай искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, вызванныхъ электричествомъ при помощи дунопоснаго бужа-электрода, введеннаго въ матку; хотя *Тупяковъ* для контроля приводитъ другой случай, въ которомъ былъ примѣненъ обыкновенный бужъ, тѣмъ не менѣе сомнѣваюсь, чтобы въ первомъ случаѣ дѣйствовало только одно электричество. *Скалозубовъ* считаетъ фарадизацію лучшимъ раздражителемъ матки. *Витт*, употребляя сильный фарадизаціонный токъ, не могъ вызвать у беременной маточныхъ сокращеній. *Bayer* примѣнялъ почти исключительно постоянный токъ; вызванныя имъ маточныя сокращенія въ нѣкоторыхъ случаяхъ

(въ 4-хъ изъ 8-ми) продолжались самостоятельно. Индуктивное электричество въ рукахъ того же автора дало отрицательные результаты. На основаніи своихъ наблюденій *Bayer* дѣлаетъ слѣдующіе выводы. Постоянный токъ возбуждаетъ и регулируетъ схватки; онъ дѣйствуетъ сильнѣе при не изгладившейся еще шейки; онъ вызываетъ истинныя схватки, а не повышеніе общаго тонуса. Беременная матка легче реагируетъ на повторную гальванизацию, нежели матка въ началѣ родовъ. Гальванизация обусловливаетъ правильное раскрытіе зѣва матки, но, затѣмъ, она отчасти или совсѣмъ теряетъ вліяніе на теченіе родовъ; причину этого явленія онъ ищетъ въ растяженіи *sub partu* заложенныхъ въ паравагинальной и въ параметральной клѣтчаткѣ нервныхъ аппаратовъ. Недостаточный эффектъ гальванизации указываетъ на ненормальность случая. Повидимому, сеансы слѣдуетъ повторять, не выжидая окончанія эффекта. Гальванизация составляетъ самый вѣрный, лучшій и безопасный способъ для возбужденія преждевременныхъ родовъ *Дембо* совѣтуетъ раздражать индукціоннымъ токомъ нервные узлы, заложенные въ передней стѣнкѣ рукава. *Schauta* въ трехъ случаяхъ примѣнялъ безъ успѣха индукціонный токъ. *Walcher*'у въ одномъ случаѣ удалось, по методу *Bayer*'а, вызвать постояннымъ токомъ искусственные преждевременные роды, для чего, однако, потребовалась повторная гальванизация въ теченіи 4-хъ сутокъ.

Изъ приведенной вкратцѣ исторіи возбужденія преждевременныхъ родовъ помощью электричества видно, до какой степени различны мнѣнія наблюдателей и не только по отношенію къ электричеству какъ къ агенту, возбуждающему сокращенія матки вообще, но и въ частности, по отношенію къ каждому виду электричества и къ различнымъ способамъ примѣненія ихъ. Большинство авторовъ предпочитаетъ постоянный токъ. Въ виду всего сказаннаго нельзя не ирийти къ слѣд. заключеніямъ, съ которыми согласно большинство наблюдателей: а) Несомнѣнно, что вслѣдъ за примѣненіемъ статическаго, гальваническаго и индуктивнаго электричества появляются сокращенія матки, будетъ ли электричество примѣнено въ видѣ приложенія электродовъ къ тѣлу, или передаваемо ему въ видѣ искръ, душь или гальванопунктурой. б) Вызванныя сокращенія настолько слабы, что, во-1-хъ, скоро прекращаются сами собою, во-2-хъ, требуютъ поддержки другими средствами, и въ 3-хъ, что періодъ возбужденія родовъ длится дольше, чѣмъ то позволяетъ врачу, въ виду нѣкоторыхъ показаній, время, имѣющееся у него въ распоряженіи.

Въ Спб. Род. Заведеніи, послѣ заявленія многоуважаемаго товарища *фонъ Грюневальда*, мы неоднократно употребляли фарадизацию матки съ цѣлью возбужденія преждевременныхъ родовъ. Не можемъ не присоединиться къ тѣмъ которые такое теоретически прекрасное средство находятъ мало пригоднымъ въ практическомъ отношеніи. Намъ именно, ни въ одномъ случаѣ не удалось вызвать сокращенія матки, которыя бы продолжались по окончаніи сеансовъ, вслѣдствіе чего мы были принуждены во всѣхъ нашихъ случаяхъ прибѣгать къ другимъ способамъ. Не важно конечно то обстоятельство, что съ примѣненіемъ этого метода связана громадная потеря времени; такое неудобство не пришлось бы принимать въ расчетъ, еслибы электричество, въ различныхъ его

видахъ, представляло важное преимущество передъ другими способами. Для насъ важно то, что, несмотря на порядочныя при этомъ страданія беременныхъ, наибольшее, чего намъ удавалось достигнуть, — это моментальныхъ сокращеній матки.

Такъ какъ почти никогда заранее нельзя опредѣлить степени раздражительности матки въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, то понятно, что, примѣняя этотъ способъ, мы не можемъ даже приблизительно предсказать — когда наступятъ родовыя боли. Вообще должно сказать, что способъ этотъ, будучи безвреденъ, дѣйствуетъ весьма медленно и слабо.

#### V. Возбужденіе маточныхъ сокращеній помощью подкожнаго впрыскиванія пилокарпина.

Пилокарпинъ алколоидъ *Jaborandi* до 1878 г. извѣстенъ былъ какъ сильное слюногонное и потогонное средство, и какъ таковое употреблялся преимущественно въ случаяхъ общей водянки. Между прочимъ и д-ру *Массману* въ Спб. пришлось съ этою же цѣлью употребить *Pilocarpinum hydrochloricum* при Nephritis у двухъ женщинъ, беременныхъ на 9-мъ мѣсяцѣ и страдавшихъ отѣкомъ нижней половины туловища, наружныхъ половыхъ органовъ и нижнихъ конечностей. Въ обоихъ этихъ случаяхъ уже вскорѣ послѣ перваго же подкожнаго впрыскиванія полнаго шприца Pravatz'a 2<sup>o</sup>/<sub>100</sub>-аго раствора пилокарпина, появились, кромѣ рвоты и обильнаго выдѣленія слюны и пота, еще и сокращенія матки и истеченіе водъ; въ теченіи тѣхъ же сутокъ обѣ женщины благополучно, хотя и преждевременно, разрѣшились живыми младенцами.

Хотя въ приведенныхъ случаяхъ пилокарпинъ и дѣйствовалъ по-видимому какъ экболическое средство, тѣмъ не менѣе *Массманъ* въ то время не счелъ возможнымъ приписать ему подобное свойство, и объяснилъ преждевременное наступленіе родовыхъ болей случайнымъ совпадениемъ и потому предостерегалъ только отъ употребленія этого потогоннаго средства вообще у беременныхъ. Въ виду же быстрого наступленія родовъ, уже послѣ перваго впрыскиванія, *Массманъ* предложилъ испробовать пилокарпинъ какъ средство, которое, быть можетъ, могло бы служить для удобнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ.

Послѣ статьи *Массмана*, по поводу пилокарпина, помѣщенной въ 9-мъ № Centrbl. f. Gynaek. за 1878 г., въ короткое время появился рядъ клиническихъ и экспериментальныхъ (*Chantreuil, Hyernaux*) наблюдений за и противъ пилокарпина, какъ экболическаго средства. *Kleinwächter* и *Sänger* приводятъ случаи, въ которыхъ появившіяся, послѣ впрыскиванія пилокарпина, родовыя боли прекращались и затѣмъ появлялись вновь послѣ повторенія впрыскиванія. Профес. *Э. Биддеръ* наблюдалъ прекращеніе произвольно начавшихся сокращеній матки послѣ впрыскиванія этого средства, и объяснилъ преждевременные роды, въ случаяхъ *Массмана* болѣзнию почекъ. *Hyernaux, Kroner* и *Sänger* доказываютъ, что пилокарпинъ если и дѣйствуетъ, то только въ отравляющихъ дозахъ. Кромѣ того *Hyernaux* приписываетъ наступленіе родовыхъ болей не особенному, специфическому свойству пилокарпина, а той пертурбации, которая происходитъ въ организмѣ беременной вслѣдъ

за появленіемъ тягостныхъ припадковъ отравленія этимъ средствомъ, подобно тому какъ приходится наблюдать появленіе родовыхъ болей послѣ всякаго сильнаго потрясенія и послѣ всевозможныхъ судорогъ.

Въ настоящее время значеніе пилокарпина въ акушерствѣ настолько выяснилось, что позволительно считать наступленіе преждевременныхъ родовъ за побочное, а не специфическое дѣйствіе пилокарпина, и признать за нимъ только *усиленіе* произвольно появившихся сокращеній матки; но и въ этомъ отношеніи, по нашимъ наблюденіямъ, онъ стоитъ ниже хирина и въ особенности спорыши. Что же касается до экболическаго дѣйствія его, то въ большинствѣ случаевъ онъ не возбуждаетъ маточныхъ сокращеній (*Welponer, Parisi, Sänger, Hyernaux* и др.). *Schauta* собралъ изъ литературы 52 случая примѣненія пилокарпина съ цѣлью вызвать преждевременные роды, изъ нихъ въ 32-хъ случаяхъ (61,53%) результатъ получился отрицательный; къ этому числу мы можемъ прибавить еще нѣсколько случаевъ съ отрицательнымъ результатомъ, наблюдавшихся въ Спб. Род. Заведеніи.

Быть можетъ, здѣсь, какъ и при другихъ способахъ возбужденія преждевременныхъ родовъ, индивидуальныя особенности имѣютъ извѣстное значеніе. Какъ бы то ни было но въ виду во всякомъ случаѣ сомнительнаго дѣйствія пилокарпина, какъ экболическаго средства, и принимая во вниманіе необходимость токсическихъ дозъ и появленія припадковъ отравленія, сопровождающихся значительнымъ упадкомъ силъ, — вслѣдствіе обильной испарины, даже послѣ вприскиванія 1-го куб. стм. 2%-го раствора его, считаю невозможнымъ согласиться съ *Schauta*, совѣтующимъ усиливать *gradatim* крѣпость раствора; онъ предлагаетъ именно не довольствоваться случайно взятымъ *Массманомъ* 2%-ымъ растворомъ, а поступать слѣдующимъ образомъ: въ теченіи первыхъ сутокъ вприснуть три шприца 2%-аго раствора; въ теченіи вторыхъ сутокъ, если боли не появились, вприснуть два шприца 3%-аго раствора и, наконецъ, въ теченіи третьихъ сутокъ — 1 или 2 шприца 4%-аго раствора.

Число сдѣланныхъ наблюденій еще недостаточно для того, чтобы съ положительностью рѣшить вопросъ, обладаетъ ли пилокарпинъ экболическимъ дѣйствіемъ или нѣтъ. Наши наблюденія (см. Отчетъ Спб. Род. Зав. за 1877 – 80 гг.) доказываютъ, что, несмотря на энергическое употребленіе этого крайне тягостнаго средства, намъ ни разу не удалось вызвать схватокъ. Кромѣ того, мы неоднократно примѣняли пилокарпинъ при *eclampsia gravidarum*, а также при *Nephritis*, и ни разу не наблюдали появленія родовыхъ болей. При первичной слабости болей пилокарпинъ повидимому несомнѣнно вызывалъ и усиливалъ сокращенія матки; но послѣднія во всѣхъ случаяхъ были настолько слабы и недостаточны, что не оказывали замѣтнаго вліянія на ходъ родовъ. Въ случаяхъ вторичной слабости болей пилокарпинъ оказался вовсе не дѣйствительнымъ, если только примѣненіе его не сопровождалось рвотою; въ этихъ послѣднихъ случаяхъ повышенная дѣятельность брюшнаго пресса сама по себѣ могла возбудить сокращенія матки. Хотя намъ не приходилось наблюдать серьезной опасности при употребленіи пилокарпина,

тѣмъ не менѣе мы не видимъ необходимости придерживаться такого неудовлетворительнаго и ненадежнаго средства, примѣненіе котораго сопровождается рядомъ тягостныхъ побочныхъ явленій, тѣмъ болѣе, что та же цѣль можетъ быть достигнута другими болѣе надежными и менѣе неприятными для больныхъ средствами.

Вслѣдствіе невѣрности дѣйствія и небезопасности, въ особенности у беременныхъ съ пороками сердца, пилокарпинъ нынѣ почти всеміи оставленъ. Употребленію его необходимо предпосылать изслѣдованіе сердца.

## VI. Способы вышедшіе изъ употребленія.

Кромѣ вышеописанныхъ способовъ: *Hamilton'a* и *Riecke, Scanzoni, Hucter'a, Kilian'a* и *Schoeller'a*, въ настоящее время не употребляются болѣе еще слѣдующіе способы.

а) *Способъ Scanzoni* — возбужденіе маточныхъ сокращеній раздраженіемъ груди помощью вантузъ, основанный имъ на необъясненной до сихъ поръ связи между грудью и маткою. Ту же самую мысль, высказанную *Scanzoni* въ 1855 г., проводить *Friederich*, предполагавшій возможнымъ вызвать преждевременные роды приставленіемъ къ грудямъ летучихъ мушекъ и горчичниковъ. Идею свою *Friederich* не примѣнялъ однако къ дѣлу.

Хотя естественное сосаніе (младенца) нельзя вполнѣ сравнивать съ искусственнымъ (вантузами), тѣмъ не менѣе, намъ извѣстно, что въ первые дни послѣродоваго періода, во время сосанія груди младенцемъ, нерѣдко случается наблюдать, до того усиленныя маточныя послѣродовыя сокращенія, что женщина сильно страдаетъ отъ боли. Съ другой же стороны, кормленіе грудью, случающееся въ первой половинѣ беременности, не оказываетъ иногда вреднаго вліянія на теченіе послѣдней, и я не знаю ни одного случая, гдѣ бы выкидышъ былъ слѣдствіемъ единственно только кормленія младенца грудью. Во всякомъ случаѣ, способъ *Scanzoni* не заслуживаетъ дальнѣйшаго примѣненія.

б) Употребленіе внутрь спорыньи, въ видѣ настойки въ большихъ пріемахъ (способъ *Bongiovanni* и *Ramsbotham'a*), при которыхъ цифра смертности дѣтей была громадная. Хотя спорынья несомнѣнно усиливаетъ ослабѣвшія маточныя сокращенія но вызываетъ ихъ весьма рѣдко. в) Методическое растираніе живота у дна матки (*d'Outrepont*) и горячія ванны едвали заслуживаютъ названія самостоятельныхъ способовъ, такъ какъ помощью ихъ невозможно или, по крайней мѣрѣ, весьма трудно вызвать преждевременные роды. Въ заключеніе мы должны упомянуть еще о томъ, что нѣкоторые (*Merriman, Baudelocque, Moreau*) думали, что операціи преждевременныхъ родовъ можно избѣгнуть, назначая беременной систематично голодную діету, повторныя общія кровопусканія и внутреннее употребленіе іодистаго потассія. Эти ослабляющіе способы леченія, съ цѣлью замедлить развитіе плода, въ настоящее время совершенно оставлены, такъ какъ доказано опытомъ, что беременныя съ весьма сильнымъ упадкомъ питанія нерѣдко рожаютъ совершенно развитыхъ и крѣпкихъ дѣтей, и наоборотъ.

При изложеніи отдѣльныхъ методовъ мы уже указали на выгоды и невыгоды каждаго изъ нихъ, равно какъ упомянули и о тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ тотъ или другой способъ можетъ быть примѣненъ. При сравнительной оцѣнкѣ способовъ возбужденія преждевременныхъ родовъ нужно принимать въ соображеніе *вѣрность, безопасность* и *скорость* дѣйствія метода, и, кромѣ того, *удобство* или *неудобство*, съ которыми сопряжено выполненіе его. Нужно, однако, имѣть въ виду, что число показаній къ быстрому возбужденію родовъ весьма ограничено,

поэтому *скорость* не всегда есть достоинство первой важности. Съ другой стороны, мы не имѣемъ средствъ заранѣе опредѣлить степень возбудимости матки, и, слѣдовательно, не можемъ заранѣе рѣшить, — какой методъ наиболѣе приложимъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Само собою разумѣется, что во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка воспримчива къ раздраженію, цѣль достигнется скоро и вѣрно, даже при употребленіи слабыхъ стимуловъ; напротивъ, тѣ же самыя раздраженія могутъ оказаться слабыми и малодѣйствительными, если матка мало раздражительна. Поэтому, не зная заранѣе степени раздражительности матки и особенно въ случаяхъ, гдѣ не требуется быстрое возбужденіе и окончаніе родовъ, должно начинать со способовъ слабо-раздражающихъ матку.

На основаніи этого я начинаю со способа *Kirwisch'a*. Если этимъ путемъ не удастся исполнѣ достигнуть цѣли, то я перехожу къ группѣ способовъ, помощью которыхъ раздражается внутренняя поверхность матки; прежде я предпочиталъ способъ *Cohen'a*, но въ послѣднее время я отдаю предпочтеніе, по простотѣ и вѣрности дѣйствія, способамъ: *Simpson'a*, *Lehmann'a* и *Krause*; способъ *Kluge* весьма простъ по производству, но онъ обременителенъ для женщинъ; тоже слѣдуетъ сказать и относительно способа *C. Braun'a*.

**Предсказаніе** при искусственно возбужденныхъ преждевременныхъ родахъ вообще довольно благоприятно какъ для беременной, такъ и для плода. Выше уже было упомянуто нами о томъ, что противники разсматриваемой нами операціи приводили множество сопряженныхъ будто бы съ нею условій, неблагоприятныхъ какъ для роженицы, такъ и плода. Сюда они относили: продолжительность родового акта, кровотеченія, задержаніе или медленное изверженіе послѣда, послѣродовыя заболѣванія и проч. Однако, сотни наблюденій, которыми обладаетъ въ настоящее время наука, опровергаютъ эти опасенія самымъ положительнымъ образомъ. Такъ, на 161 искусственные преждевременные роды, приводимые *Kilian'омъ*, умерло 8 родильницъ, и изъ этого числа смертельный исходъ въ 5 случаяхъ не находился ни въ какой связи съ самой операціей. *Figueira* собралъ 280 случаевъ искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ, и на это число приходится только 6 смертельныхъ исходовъ для родильницъ. На 1026 случаевъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, собранныхъ въ монографіи *Krause*, умерло только 57 родильницъ, что составляетъ  $5\frac{1}{2}\%$ . Если вычестъ изъ этого случаи, въ которыхъ смертельный исходъ обусловливался не операціею, а болѣзнями беременных, послужившими показаніемъ къ ней, то приведенное процентное отношеніе выйдетъ еще благоприятнѣе. Кромѣ того, есть не мало случаевъ, въ которыхъ операція преждевременныхъ родовъ была производима съ успѣхомъ по нѣскольку разъ на одной и той же женщинѣ: сюда принадлежатъ наблюденія: *Kelly*, *Kilian'a*, *Corry*, *Scanzoni* (послѣднимъ операція произведена съ успѣхомъ 6 разъ на одной и той же женщинѣ въ теченіи  $5\frac{1}{2}$  лѣтъ).

Я имѣлъ случай произвести эту операцію нѣсколько разъ: 1) дважды на одной и той же женщинѣ при 2-й и 3-й беременности (первые роды были окончены, послѣ двукратнаго неудачнаго наложенія щипцовъ и прободенія головки, эмбриотомією); оба раза мать выздоровѣла, младенцы родились живыми, но первый изъ нихъ былъ весьма слабъ. 2) Трижды на одной и той же женщинѣ при 3-й, 4-й и 5-й беременности (первые двое родовъ были окончены труднымъ наложеніемъ щипцовъ, родились три мертвыхъ младенца). При первыхъ искусственно возбужденныхъ родахъ были снова двойни—одинъ младенецъ родился мертвымъ, второй живымъ; при вторыхъ и третьихъ родахъ младенцы родились живыми и всѣ трое а также и мать живутъ по настоящее время.

Операція, дающая подобные исходы, по справедливости, должна быть отнесена къ самымъ благодѣтельнымъ, такъ какъ съ нею въ этомъ отношеніи едва ли можетъ сравниться какая-либо другая изъ операцій, которыми располагаетъ акушерская техника. Если при этомъ вспомнимъ, что искусственные преждевременные роды, предпринятыя на основаніи рачіональныхъ показаній, должны и могутъ замѣнять операціи весьма часто пагубныя для матери (кесарское сѣченіе) и положительно смертельныя для плода (прободеніе черепа плода, кефалотрипсию, краниоклазію и эмбриотомію), то поймемъ всю сравнительную съ этими операціями безонасность ея для роженицы.

При предсказаніи въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ должно принимать въ соображеніе эпоху беременности, въ которую приступаютъ къ преждевременнымъ родамъ, равно какъ и показаніе къ нимъ. Объяснимъ сказанное нами примѣромъ. Положимъ, что искусственные преждевременные роды предпринимаются (что чаще всего бываетъ) вслѣдствіе суженія прямаго размѣра входа въ тазъ на 2,5, т. е. при *K* въ 8.0. Въ этомъ случаѣ предсказаніе какъ для матери, такъ и для плода будетъ тѣмъ благопріятнѣе, чѣмъ своевременнѣе приступимъ къ операціи. Напротивъ того, предсказаніе будетъ при равныхъ обстоятельствахъ довольно сомнительно, если преждевременные роды возбуждаются вслѣдствіе какой нибудь тяжкой болѣзни матери, напр. страданія сердца, легкихъ, и т. п. Но въ подобныхъ случаяхъ неблагопріятный исходъ будетъ обусловливаться собственно не операціею, но тою болѣзнию беременной, которая послужила показаніемъ къ операціи.

Что касается предсказанія относительно плода при преждевременныхъ родахъ, то прежде весьма преувеличивали опасность, которой подвергается жизнь его. Такъ какъ съ окончаніемъ 28 недѣли беременности плодъ пріобрѣтаетъ соособность къ самостоятельной жизни, то очевидно, что чѣмъ позже этого срока будутъ вызваны преждевременные роды, тѣмъ болѣе шансовъ сохранить младенца въ живыхъ. Однако, вообще должно сказать, что *предсказаніе для плода гораздо неблагопріятнѣе, чѣмъ для матери*. По исчисленіямъ *Deubner*'а <sup>1)</sup>, на 293 дѣтей, рожденныхъ при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ, родилось живыми 162 младенца,—мертвыми 126, и въ 5 случаяхъ не упоминается ни о жизни, ни о смерти плода. Изъ 162 дѣтей, родив-

<sup>1)</sup> *Deubner* при этомъ пользовался статистикою *Krause*. См. его приведенную выше статью.



пихся живыми, 67 умерли въ первые часы или дни послѣ родовъ, и 9 въ теченіи первыхъ 2—3 недѣль. Нѣтъ сомнѣній, однако, что при тщательномъ и рациональномъ уходѣ за недоношенными дѣтьми въ домашнемъ быту людей достаточныхъ, жизнь новорожденныхъ сохраняется успѣшнѣе, чѣмъ у людей бѣдныхъ и въ воспитательныхъ домахъ, гдѣ гибнетъ неизвѣстное число дѣтей, даже вполне доношенныхъ. Поэтому голая цифра смертности недоносковъ далеко недостаточна для того, чтобы ею можно было вполне оцѣнить въ этомъ отношеніи значеніе разсматриваемой нами операціи.

Не могу однакоже не замѣтить, что, повидимому, самая легкія болѣзни, какъ, напр., простой насморкъ или легкій катаральный поносъ, иногда убійственно дѣйствуетъ на подобнаго рода дѣтей. Я наблюдалъ случаи, гдѣ простой насморкъ, отъ зараженія дитяти матерью, въ первые мѣсяцы его жизни, быстро расirocтpанялся на вѣтви дыхательнаго горла, и дитя безъ видимыхъ тяжелыхъ припадковъ умирало очень скоро. Этимъ я хочу только указать на воспріимчивость недоносковъ къ различнымъ болѣзнямъ и на малую способность ихъ противодѣйствовать болѣзнетворнымъ причинамъ.

По *Litzmann*'у на 373 родовъ при узкомъ тазѣ въ 323 случаяхъ беременность окончилась своевременно; причѣмъ въ 96 случаяхъ потребовалась помощь искусства; всего осталось живыми: матерей 93,4% и младенцевъ 83,9%. Изъ оставшихся 50 случаевъ въ 16-ти беременность окончилась произвольно преждевременно, причѣмъ въ 6 случаяхъ роды были окончены помощью искусства. Всѣ матери остались живы, младенецъ же умерло 31,2%. Въ 34-хъ случаяхъ были вызваны искусственные преждевременные роды, причѣмъ въ 21-мъ случаѣ пришлось для окончанія родовъ прибѣгнуть къ помощи искусства. Матерей осталось живыми 85%, младенцевъ же умерло 55,8%.

*Spiegelberg* на основаніи нѣкоторыхъ чужихъ и въ особенности своихъ наблюдений старался доказать, что при преждевременныхъ родахъ, возбужденныхъ искусственно по причинѣ суженія таза, предсказаніе для матери и въ особенности для плода, гораздо хуже, чѣмъ обыкновенно думаютъ. Онъ приводитъ 307 родовъ при узкихъ тазахъ, изъ которыхъ въ 165 случаяхъ, т. е. въ 53,7% роды окончилась силами природы; въ этихъ случаяхъ родильницъ, оставшихся живыми, было 161=97,5% и младенцевъ—139=84%; въ 142 случаяхъ (46,2%) роды окончены помощью искусства; изъ этого числа осталось въ живыхъ родильницъ 126=88,7% и младенцевъ 54=38%. Статистика *Spiegelberg*'а не можетъ быть принята въ расчетъ, потому что въ ней не отдѣлены случаи съ неправильнымъ положеніемъ плода.

Что касается личной статистики *Spiegelberg*'а, то она по несчастнымъ исходамъ выходитъ изъ ряда обыкновеннаго. Въ самомъ дѣлѣ изъ 16 случаевъ, въ которыхъ онъ произвелъ преждевременные роды, умерло матерей 5, т. е. 31,2% и дѣтей 12, т. е. 75%. Какъ исключеніе статистика *Spiegelberg*'а ни въ какомъ случаѣ не можетъ подорвать довѣрія, которымъ пользуется разсматриваемая операція у всѣхъ акушеровъ. Такъ, изъ обнародованныхъ профес. *Лазаревичемъ* 15 случаевъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ ни одна мать не умерла, младенцевъ же родилось живыми 13, изъ которыхъ четверо вскорѣ умерли, что вмѣстѣ съ двумя родившимися мертвыми составитъ 40%. Въ Спб. Род. Заведеніи за 8 лѣтъ на 20 слишкомъ тысячъ родовъ всего только въ 14 случаяхъ были вызваны искусственные преждевременные роды; изъ нихъ только въ двухъ послѣдовала смерть матерей (одна отъ септикеміи), изъ новорожденныхъ же трое родились мацерированными, трое мертвыми и четверо умерли вскорѣ послѣ рожденія. *Heidlen* изъ *Stuttgart*'а сообщаетъ, что изъ 33-хъ случаевъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, показаніемъ къ которымъ служило суженіе таза, ни одна мать не заболѣла; шестеро новорожденныхъ умерли вскорѣ по рожденіи и пять родились мертвыми; въ числѣ



послѣднихъ четверо принадлежали одной и той же женщинѣ, у которой приходилось каждый разъ возбуждать роды весьма поздно. На 40 своевременныхъ родовъ при узкомъ тазѣ мертворожденныхъ было 32, а на 26 искусственныхъ преждевременныхъ родовъ у тѣхъ же женщинъ приходится всего только пять родившихся мертвыми.

## ПОКАЗАНИЯ КЪ ПРОИЗВОДСТВУ ИСКУССТВЕННЫХЪ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХЪ РОДОВЪ.

### I. Показанія со стороны матери.

1) Сѣуженіе таза составляло всегда самое главное показаніе къ этой операціи. Несмотря однако на это, до сихъ поръ существуетъ еще много разногласій въ наукѣ на счетъ предѣловъ сѣуженія таза, которые должны служить показаніемъ къ описываемой нами операціи. Какъ бы то ни было, единственнымъ безусловнымъ показаніемъ въ этомъ случаѣ можно считать укороченіе *K* до 6.5—8.5 при частично-сѣуженныхъ (плоскихъ) и отъ 7.5 до 9.5 при обще-сѣуженныхъ тазахъ. Опредѣляя границы сѣуженій таза, обусловливающихъ искусственные преждевременные роды, мы считали нужнымъ принять при этомъ за основаніе не только степень, но и характеръ сѣуженія. Если принимать въ соображеніе одну только степень сѣуженія, то это можетъ повести къ весьма печальнымъ результатамъ, т. е. мы можемъ прибѣгнуть къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ въ такихъ случаяхъ, гдѣ операція эта вовсе не необходима и гдѣ роды могутъ быть окончены другою какою нибудь операціей, напр. поворотомъ на ножки съ послѣдующимъ извлеченіемъ. Такіе случаи приводились уже *Osiander* омъ и др. Если обратить вниманіе на приведенные нами выше предѣлы сѣуженія таза, при которыхъ можно приступить къ преждевременнымъ родамъ, то увидимъ, что высшій предѣлъ сѣуженія для частично-сѣуженныхъ тазовъ есть 6.5, для тазовъ же обще-сѣуженныхъ около 7.5. Изъ этого слѣдуетъ, что вызвать преждевременные роды при рахитическомъ тазѣ съ *K* менѣе чѣмъ 6.5—значить рисковать абсолютно жизнью плода, потому что при такомъ сѣуженіи плодъ 29-ти недѣльнаго возраста не можетъ родиться живымъ.

Измѣреніе выхода таза особенно важно при неправильныхъ предлежаніяхъ плода и вообще въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, для производства той или другой операціи требуется введеніе всей руки.—Мнѣ пришлось видѣть въ 1858 году въ клиникѣ проф. *P. Dubois* случай, гдѣ послѣ удачнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ не удалось совершить извлеченія за ягодицы, по причинѣ невозможности ввести руку въ полость таза. Дѣло окончилось кесарскимъ сѣченіемъ.

Установивъ границы сѣуженій таза, въ которыхъ должно предпринимать преждевременные роды, мы опредѣлили только одинъ изъ факторовъ, которые слѣдуетъ принимать въ соображеніе въ этомъ случаѣ; но кромѣ этого остается опредѣлить еще одно очень важное обстоятельство, именно — размѣры головки плода въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. То же самое разнообразіе въ свойствахъ, какое представляютъ головки совершенно доношенныхъ плодовъ, замѣчается и у недоносковъ, т. е. твердость черепныхъ костей, ширина швовъ и родничковъ

и бѣльшая или меньшая способность къ захожденію костей одна за другую въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ различны. — Не зная, слѣдовательно, этихъ данныхъ въ какомъ либо случаѣ, мы не можемъ сдѣлать никакого положительнаго заключенія насчетъ того, какъ въ этомъ случаѣ пойдутъ роды. Этимъ, съ одной стороны, объясняются тѣ случаи, въ которыхъ плоды даже совершенно доношенные рождались безъ помощи искусства при весьма значительныхъ суженіяхъ таза (наприм. при *K* въ 7.5 стм. <sup>1)</sup>); съ другой же стороны, головка недоношеннаго плода можетъ быть иногда въ такой степени неуступчива, что приходится прибѣгать къ прободенію ея при конъюгатѣ въ 9.0 стм.

Не далѣе какъ въ мартѣ и апрѣлѣ 1870 года, въ академической клиникѣ встрѣтились два случая, весьма поучительные въ этомъ отношеніи. Въ одномъ изъ нихъ срочные роды у рахитической женщины *H. Ж.*, при конъюгатѣ (частично суженнаго таза) 7.5 и при косомъ положеніи плода, окончились силами природы (*versio spontanea*). Въ другомъ у женщины *A. Ф. П.*, у которой 4 родовъ совершились благополучно сами собою при конъюгатѣ 8.5, при 5-хъ (последнихъ) родахъ потребовалось троекратное безуспѣшное наложеніе щипцовъ, затѣмъ прободеніе и наконецъ распиливаніе головки щипцами съ пилюю *van Huevel'*я. Слѣдовъ остеомалации въ послѣднюю беременность не было; положеніе плода было 2-е затылочное.

Итакъ, на основаніи всего вышесказаннаго не подлежитъ сомнѣнію, что необходимо хотя бы приблизительно знать размѣры головки въ каждомъ данномъ случаѣ, гдѣ предстоитъ надобность возбудить преждевременные роды. Изъ этого естественно вытекаетъ вопросъ: располагаетъ ли наука возможностью *узнать размѣры утробнаго младенца* въ данную эпоху беременности? Съ математическою точностью узнать размѣры головки утробнаго младенца—нельзя; приблизительно же, съ бѣльшею или меньшею вѣроятностью, это возможно. Весьма многіе (*Kilian*, *Scanzoni* и др.) отвергаютъ эту возможность, но они, очевидно, имѣютъ въ виду непогрѣшимо-точную діагностику размѣровъ головки плода. При извѣстномъ навыкѣ и повторныхъ тщательныхъ изслѣдованіяхъ можно до извѣстной степени судить о размѣрахъ головки, а иногда и плода (о способѣ *Ahlfeld'a*, а также выводы *Сутугина*, см. стр. 44 и 45). Тѣ, которые сомнѣваются въ этомъ, поневолѣ должны были впасть въ крайность. Отвергая возможность опредѣленія размѣровъ плода въ данномъ случаѣ, они допускаютъ эту возможность только на основаніи предшествовавшихъ родовъ, принимая за аксіому, что *однѣ и тѣ же женщины съ какимъ-то постоянствомъ рожаютъ дѣтей почти всегда одинаковыхъ размѣровъ*. Изъ этого они хотѣли вывести правило, что при точномъ знаніи размѣровъ таза можно рѣшаться на искусственные, преждевременные роды лишь у женщинъ уже рожавшихъ, и о которыхъ уже извѣстно, что онѣ рожаютъ крупныхъ дѣтей (*Kilian*, *Froriep* и др.). Положеніе это до такой степени односторонне, что едва ли нуждается въ опроверженіи. Безъ сомнѣнія, приступая къ возбужденію родовъ, чрезвычайно важно знать размѣры прежде рождавшихся дѣтей у той же женщины, и потому тщательный разспросъ беременной объ этомъ обстоятельстве составляетъ *conditio sine qua non*; тѣмъ

<sup>1)</sup> *Kilian*, die operative Geburtshülfe, Ausg. II, Bonn, p. 277.

не менѣе изъ этого еще не слѣдуетъ, чтобы мы не могли рѣшиться на преждевременные роды у перворождающихъ. — Допуская даже неточности при опредѣленіи размѣровъ плода, гораздо благоразумнѣе, по моему мнѣнію, рѣшиться на производство этой операціи, чѣмъ прибѣгнуть при срочныхъ родахъ къ прободенію младенческой головки и краниоклазису, а равно и эмбриотоміи, — операціямъ, обрекающимъ плодъ на вѣрную смерть и подвергающимъ рожицу не малой опасности.

Показаніе къ преждевременнымъ родамъ при  $K$  8.5—9.5 обусловливается прежде бывшими родами, т. е., если при нихъ требовались операціи, уменьшающія объемъ плода, или трудное наложеніе щипцовъ со смертельнымъ исходомъ для младенца и неполнѣе благоприятнымъ для матери. Поэтому показаніе при подобныхъ суженіяхъ таза будетъ условное. Укороченіе  $K$  до 5.5 и болѣе *безусловно* служитъ *противопоказаніемъ* къ производству этой операціи. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ  $K$  равняется 6.0 и гдѣ съ точностью можно опредѣлить предлежаніе головки, преждевременное возбужденіе родовъ допускается нѣкоторыми авторами, хотя съ весьма слабою надеждою на спасеніе младенца.

Иногда можетъ встрѣтиться необходимость въ разматриваемой нами операціи и при нормальномъ тазѣ, а именно, если опытъ научилъ насъ, что при прежнихъ родахъ, по причинѣ необыкновенной величины плода, требовались такія пособія, отъ которыхъ младенецъ умиралъ во время родовъ или же вскорѣ послѣ рожденія на свѣтъ.

*Время, съ котораго слѣдуетъ приступать къ производству операціи.* Опредѣляя степень суженія таза и съ большею или меньшею вѣроятностью размѣры плода, остается еще опредѣлить *время*, когда слѣдуетъ приступить къ операціи. Выше уже было сказано, что она предпринимается обыкновенно между 28-й и концемъ 36-й недѣли беременности. Въ видахъ сохраненія жизни младенца срокъ ея производства долженъ приближаться болѣе къ 36-й недѣлѣ, потому что тогда больше надежды на то, что плодъ останется въ живыхъ. Хотя французскіе законы допускаютъ, что шестимѣсячные младенцы способны къ самостоятельной жизни, и тому дѣйствительно были примѣры, но это нужно считать исключеніемъ. Болѣе точныя наблюденія акушеровъ всѣхъ странъ доказываютъ, какъ нельзя болѣе убѣдительно, что младенцы, только по истеченіи 28 недѣль утробной жизни, а по мнѣнію *Hohl*'я только 32-хъ недѣльные, способны къ самостоятельной жизни. Нѣтъ сомнѣнія, что чѣмъ старше утробный младенецъ, тѣмъ совершеннѣе развиты всѣ его органы, тѣмъ болѣе данныхъ для сохраненія его жизни. Поэтому ходячее мнѣніе, что недоноски 7-ми мѣсячные жизнеспособнѣе, чѣмъ 8-ми мѣсячные, ложно и неосновательно <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Это странное повѣрье ведетъ свое начало изъ Гиппократовской школы, въ которой оно считалось аксіомой. Въ книгѣ „de carnibus“ *Hippocrates* говоритъ: Puer septimo mense natus certa ratione in lucem prodit et vitalis est, cum is rationem et numerum exacte ad hebdomades respondentem habeat. Octavo autem mense natus nullus unquam vivit. Объясняетъ это положеніе онъ тѣмъ, что въ 8-мъ мѣсяцѣ плодъ переворачивается

Время для производства операциі избирается, принимая въ основаніе отношеніе поперечнаго размѣра головки къ прямому размѣру входа въ тазъ и вообще къ самому укороченному размѣру его. Известно, что головка вступаетъ въ полость таза такъ, что поперечные ея размѣры совпадаютъ съ прямыми размѣрами входа, а отчасти и полости малаго таза. Поэтому для возможно-точного опредѣленія времени производства операциі съ одной стороны требуется повторное точное опредѣленіе размѣровъ таза, съ другой—знаніе размѣровъ головки утробнаго младенца, начиная съ 29-й и до конца 36-й недѣли его утробной жизни. По изслѣдованіямъ *Stoltz'a* (проф. въ Страсбургѣ) поперечный размѣръ головки (*d. biparietalis*) утробнаго младенца, на 33-й недѣли равняется приблизительно 7.0 (2" и 8"), на 35 недѣли—8.0 (3"), на 37 недѣли—8.5 (3" и 2").—Такимъ образомъ при укороченіи *K* на 6.5 (2½"), если принять въ соображеніе уменьшеніе головки во время родовъ вслѣдствіе заходженія костей, операцию нужно, по мнѣнію *Stoltz'a*, производить на 29 недѣли беременности.

*Figueira* (*Churchill*, On the Theory and Practice of Midwifery, Lond. 1842, p. 235) составилъ слѣдующую таблицу, показывающую постепенно увеличеніе размѣровъ дѣтской головки, начиная съ конца 7 до окончанія 9 мѣсяца. Мы заимствуемъ изъ этой таблицы размѣры диаметровъ поперечнаго и прямого.

| Возрастъ плода. | d. transv. | d. rectus. |
|-----------------|------------|------------|
| 7 мѣсяцевъ      | 2" 9"      | 3" 8"      |
| 7½ "            | 3"         | 3" 9"      |
| 8 "             | 3" 1"      | 3" 10"     |
| 8½ "            | 3" 2"      | 4"         |
| 9 "             | 3" 4"      | 4"         |

По мнѣнію *Ritgen'a* преждевременные роды нужно производить:

| при укороченіи конъюгаты до 3" | на 37 недѣли    |
|--------------------------------|-----------------|
| " "                            | " 2" 11" " 36 " |
| " "                            | " 2" 10" " 35 " |
| " "                            | " 2" 9" " 31 "  |
| " "                            | " 2" 8" " 30 "  |
| " "                            | " 2" 7" " 29 "  |

Подобная точность не можетъ быть примѣнена къ практикѣ въ такомъ смыслѣ, какъ думалъ *Ritgen*.

При самомъ тщательномъ измѣреніи таза опытною рукою, возможна неточность; кромѣ того уменьшеніе размѣровъ головки во время родовъ, вслѣдствіе конфигураціи ея, не подлежитъ даже приблизительному опредѣленію. Поэтому мы можемъ только съ вѣроятностью говорить о величинѣ головки.

Смотря съ этой точки зрѣнія на опредѣленіе отношенія размѣровъ головки къ размѣрамъ суженнаго таза, я въ своей практикѣ придерживаюсь слѣдующихъ правилъ: *когда K и самый короткий размѣръ таза равенъ 6.5, я приступаю къ операциі на 29-ой недѣль беременности. По истеченіи же 30-й недѣли при только что сказанномъ суженіи таза, а*

головкою внизъ и въ этомъ заключается вся опасность, такъ-какъ при этомъ происходятъ перѣдко обвиванія пуповины и пр. — См. *Siebold*, Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe, Bd. I, 1839, p. 82.

равно при укороченіи конъюгаты до 6.0 и меньше, я считаю нераціональнымъ прибѣгать къ преждевременнымъ родамъ и предпочитаю въ этихъ случаяхъ законный выкидышъ или кесарское сѣченіе. При укороченіи разрывовъ таза отъ 8.0 до 6.5, возбужденіе преждевременныхъ родовъ должно имѣть мѣсто между 30 и 32 недѣлями, и при укороченіяхъ отъ 9.0 до 8.0, между 33 и 36 недѣлями беременности.

Изъ вышесказаннаго слѣдуетъ, что операція искусственныхъ преждевременныхъ родовъ вполне можетъ замѣнить прободеніе и развоженіе головки, которое я допускаю, какъ это увидимъ въ своемъ мѣстѣ, при *K* не болѣе 6.0. При этомъ же условіи, со стороны таза, разсматриваемая операція можетъ замѣнить и кесарское сѣченіе.

При многоплодной беременности, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она можетъ быть точно опредѣлена, преждевременные роды могутъ быть производимы въ болѣе позднія эпохи беременности, а при менѣе значительныхъ степеняхъ суженія можно и вовсе обойтись безъ нихъ, потому что двойни бываютъ меньше доношенныхъ плодовъ.

При неправильныхъ положеніяхъ плода (косвенныхъ и поперечныхъ), прежде чѣмъ приступить къ производству излагаемой нами операціи, весьма полезно испытать наружный поворотъ на головку или ягодицы.

**Другія показанія со стороны матери къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ.** Кромѣ суженій таза есть еще много другихъ патологическихъ состояній какъ со стороны матери, такъ и плода, которыя могутъ послужить показаніями къ возбужденію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Послѣднія показанія выработаны гораздо позже тѣхъ, которыя обуславливаются механическимъ препятствіемъ со стороны таза; они возникли именно тогда, когда убѣдились въ относительной безвредности разбираемой нами операціи какъ для матери, такъ и для младенца. Прямой опытъ научаетъ насъ прибѣгать къ этой операціи къ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ самыя тяжкіе припадки беременной прекращались сами собою послѣ произвольнаго прекращенія беременности.

#### **Показанія со стороны различныхъ патологическихъ состояній беременной.**

а) *Различныя разстройства въ органахъ дыханія и кровообращенія.* Во многихъ острыхъ болѣзняхъ, какъ-то: при отѣкѣ гортани, крупѣ, дифтеритѣ, обширномъ воспаленіи мелкихъ бронховъ (*bronchitis capillaris*), воспаленіи одного или обоихъ легкихъ, а равно и плевры, отѣкѣ легкихъ (*oedema pulmon.*), преждевременные роды были производимы съ успѣхомъ для беременной и плода. Однако изъ этого вовсе еще не слѣдуетъ, чтобы каждое изъ упомянутыхъ нами страданій могло служить безусловнымъ показаніемъ къ производству преждевременныхъ родовъ. Напротивъ полагаю, что показанія подобнаго рода могутъ и должны быть только условными и имѣютъ мѣсто лишь въ тѣхъ слу-

чаяхъ, гдѣ одна изъ только что упомянутыхъ болѣзней достигла такой степени, что угрожаетъ беременной опасностью смерти; напр. *отѣкъ легкихъ* вообще еще не обуславливать операцию преждевременныхъ родовъ; но можетъ случиться, что мы при этомъ страданіи должны будемъ приступить къ ней, если отѣкъ усилится до такой степени, что мы имѣемъ положительное основаніе опасаться за жизнь беременной. Здѣсь производствомъ операциіи мы выполняемъ одно изъ настоятельныхъ показаній (*indicatio vitalis*) для матери. Въ томъ же смыслѣ высказываются на этотъ счетъ лучшіе авторитеты нашей науки (*Kilian, Hohl, Ferniot, P. Dubois, Cazeaux* и др). Кромѣ того необходимо принять во вниманіе съ одной стороны, что при острыхъ болѣзняхъ, сопровождающихся болѣе или менѣе продолжительное время весьма высокою температурою, раньше или позже появляются сокращенія матки безъ всякаго содѣйствія со стороны искусства, а съ другой стороны, что мы не обладаемъ способомъ, помощью котораго мы могли бы въ кратчайшій срокъ, соотвѣтственно необходимости, вызвать искусственные преждевременные роды; хотя повидимому обычные способы возбужденія преждевременныхъ родовъ дѣйствуютъ быстрѣе при острыхъ болѣзняхъ. Нельзя конечно умолчать, что задача, которую предстоитъ рѣшить врачу, не легка; въ подобныхъ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ руководствоваться всесторонними соображеніями и главнымъ образомъ вліяніемъ высокой температуры вообще и даннаго заболѣванія въ частности на беременность и обратно.

*Gusserow* (*Monatsschr. f. Gebkd.* 1868 г. August, p. 87) на основаніи двухъ представившихся ему случаевъ и казуистики, разсѣянной въ повременныхъ изданіяхъ, подвергъ тщательному разбору одно изъ показаній къ возбужденію преждевременныхъ родовъ — именно воспаленіе легкихъ (*pneumonia*). Онъ старается доказать, что эта болѣзнь должна служить противопоказаніемъ къ этой операциіи. Подобное мнѣніе онъ основываетъ на томъ, что пневмонія у беременных оканчивается благопріятнѣе въ случаяхъ, въ которыхъ она не повліяла вредно на теченіе беременности, чѣмъ, когда беременность прерывалась сама собою или помощью искусства. *Gusserow* объясняетъ этотъ фактъ слѣдующимъ образомъ: такъ какъ при воспаленіи легкихъ существуетъ уже сильный приливъ крови къ легкимъ, то родовыя боли, при которыхъ, какъ извѣстно, дыханіе становится неправильнымъ, должны усилить притокъ крови къ легкимъ, а слѣдовательно усилить и воспаленіе ихъ. Поэтому онъ допускаетъ преждевременные роды только при тѣхъ расстройствахъ дыханія, которыя обуславливаются исключительно другими страданіями, уменьшающими механически нормальную ёмкость легкихъ, какъ то бываетъ при брюшной водянкѣ, *hydramnios* и пр. При патологическихъ же измѣненіяхъ легкихъ (*pneumonia, oedema pulmonum*) онъ отвергаетъ преждевременные роды, какъ актъ, могущій усилить только болѣзненныя измѣненія въ пораженномъ органѣ, а слѣдовательно увеличить опасность, и безъ того угрожающую беременной. На 21 случаевъ, собранныхъ *Gusserow* 'ымъ, въ которыхъ воспаленіе легкихъ служило показа-

ніемъ къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ, приходится 15 умершихъ. *Fischl* въ подтвержденіе мнѣнія *Gusserow'a* приводитъ также 21 случай съ выжидательнымъ способомъ лѣченія, изъ которыхъ умерло только трое.

При острыхъ заболѣваніяхъ вообще и органовъ кровообращенія и дыханія въ частности совѣтую прежде всего выжидать и затѣмъ, если появятся родовыя боли и если не предвидится близкое выздоровленіе, то мы должны споспѣшествовать окончанію произвольно начавшихся преждевременныхъ родовъ. Имѣя же въ виду выздоровленіе беременной черезъ 2—3 дня, мы можемъ попытаться остановить начавшіеся преждевременные роды, конечно, если плодъ живъ и жизнеспособенъ.

Если же острая болѣзнь принимаетъ дурной оборотъ, обусловливаемый беременностью, тѣмъ болѣе если *летальный исходъ неизбеженъ*, то мы обязаны, не теряя времени, спасти то, что мы можемъ еще спасти. Такой образъ дѣйствія, по моему мнѣнію, гораздо гуманнѣе, нежели выжиданіе смерти матери съ послѣдующимъ кесарскимъ сѣченіемъ на мертвой. Поэтому спасеніе жизнеспособнаго плода, въ виду неизбежнаго летальнаго исхода болѣзни беременной, должно служить показаніемъ къ возбужденію преждевременныхъ родовъ и именно потому, что только этою операціею мы можемъ спасти плодъ отъ неминуемой смерти. Кесарское же сѣченіе послѣ смерти, какъ извѣстно, даетъ весьма неблагоприятные результаты, во 1-хъ потому, что только въ исключительномъ случаѣ врачъ, въ частной практикѣ, присутствуетъ при смерти беременной, страдающей какою либо острою болѣзнию, вслѣдствіе чего обыкновенно упускается благоприятное время для производства кесарскаго сѣченія и плодъ умираетъ раньше, чѣмъ будетъ произведено кесарское сѣченіе; къ тому же опредѣлить начало агоніи подчасъ бываетъ трудно, во 2-хъ и главнымъ образомъ потому, что *въ случаяхъ домо продолжающейся агоніи плодъ умираетъ раньше матери*. Кромѣ того въ частной практикѣ труднѣе добиться согласія на такую операцію какъ кесарское сѣченіе, нежели на возбужденіе преждевременныхъ родовъ.

Сказанное показаніе относится, конечно, и къ случаямъ, въ которыхъ беременныя страдаютъ какою либо хроническою болѣзнию. Чаще всего въ подобныхъ случаяхъ показаніемъ къ преждевременнымъ родамъ служитъ *бугорчатка легкихъ*, достигшая на 8-мъ или 9-мъ мѣсяцахъ беременности такого развитія, что смерть матери неизбежна еще до наступленія произвольныхъ родовъ. Понятно, что въ такихъ случаяхъ имѣется въ виду спасеніе жизни плода <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Въ здѣшней клиникѣ, при сильно развитой бугорчаткѣ, мною была произведена эта операція дважды и въ обоихъ случаяхъ съ благоприятнымъ исходомъ для младенцевъ; матери же умерли: одна черезъ 4 дня, другая черезъ 12 часовъ по окончаніи родовъ. *Stehberger* и *Leopold*, каждый въ одномъ случаѣ, вызвали преждевременные роды въ концѣ беременности. Въ обоихъ случаяхъ родились живые младенцы, матери же умерли черезъ 12—18 дней послѣ родовъ. *Stehberger* у одной беременной, страдавшей, безъ объективныхъ явленій со стороны сердца и легкихъ, сильною одышкою, головою болью и бессонницею, моча которой выдѣлялась въ ограниченномъ количествѣ и содержала бѣлокъ, вызвалъ, въ виду значительнаго ухудшенія общаго состоянія, преждевременные



При разстройствѣ дыханія вслѣдствіе *накопленія жидкости въ полости брюшины*, отъ чего бы оно ни зависѣло, приступаемъ къ возбужденію преждевременныхъ родовъ единственно съ цѣлью облегчить мучительную для беременной одышку. Относительно одышки, обусловливающейся органическими страданіями какъ органовъ кровообращенія, такъ и накопленіемъ жидкости въ полости живота, нужно замѣтить, что съ прекращеніемъ жизни плода, одышка значительно ослабѣваетъ (*Hohl*). Поэтому въ подобныхъ случаяхъ, при завѣдомо мертвомъ плодѣ, нѣкоторыми авторами принято возбуждать искусственно преждевременные роды только тогда, когда, несмотря на прекращеніе жизни плода, упомянутые мучительные припадки не ослабѣваютъ. Что касается до меня, то при беременности, осложненной брюшною водянкою, механически затрудняющею до удушія дыханіе, я предпочитаю удаленіе водяночной жидкости проколомъ искусственному возбужденію преждевременныхъ родовъ.

b) *Острое воспаленіе почекъ*. Какъ извѣстно, беременность оказываетъ неблагоприятное вліяніе на нефриты вообще; поэтому, если начавшееся во время беременности воспаленіе почекъ постепенно прогрессируетъ, причемъ мочи выдѣляется все меньше и меньше, а количество бѣлка и цилиндровъ въ ней все увеличивается, то рано или поздно является настоятельная необходимость вызвать преждевременные роды, во 1-хъ, для избѣжанія урэміи и, во 2-хъ, потому, что такіе острые нефриты съ прекращеніемъ беременности видимо перестаютъ прогрессировать и довольно часто оканчиваются полнымъ возстановленіемъ нормальной функціи почекъ.

c) Что касается до *эклампсін*, находящейся повидимому въ связи съ болѣзнями почекъ, то хотя *d'Outrepoint, Carus, Busch, Ferniot* и др., и совѣтуютъ вызвать преждевременные роды, тѣмъ не менѣе мы можемъ рѣшиться на эту операцію лишь въ исключительныхъ случаяхъ, такъ какъ большею частью уже послѣ нѣсколькихъ приступовъ *эклампсін* произвольно появляются родовыя боли и намъ остается лишь сподѣшествовать окончанію родовъ.

d) *Острыя пораженія нервныхъ центровъ*, какъ то: экстравазаты въ мозгу (*apoplexia, haemorrhagia cerebri*), закупориваніе сосудовъ (*embolia*), приводятся нѣкоторыми авторами какъ показанія къ преждевременнымъ родамъ. Что касается до кровотеченія въ мозгу и эмболии, то онѣ ни въ какомъ случаѣ не могутъ и не должны служить показаніями къ *разсматриваемой операціи*, такъ какъ возбужденіе родоваго акта можетъ только усилить приливъ крови къ мозгу, слѣдовательно усилить и опасность, угрожающую больной. Въ такихъ случаяхъ должно ограничиться леченіемъ даннаго патологическаго состоянія по общимъ правиламъ терапіи и, въ случаѣ смертельнаго исхода, прибѣгнуть немедленно къ кесарскому сѣченію.

роды на 8-мъ мѣсяцѣ беременности. Младенецъ родился живой, мать же умерла черезъ нѣсколько дней. При вскрытіи найденъ былъ нарывъ въ веществѣ сердца подъ аортальнымъ клапаномъ, вскрывшійся въ аорту.



е) *Новообразованія въ сферѣ внутреннихъ половыхъ органовъ.* Сюда относятся: фиброзныя опухоли и раковое перерожденіе матки, кисты яичниковъ и широкихъ маточныхъ связокъ, а равно и литопедіонъ.

Интерстиціальныя фиброиды матки, по мнѣнію *Ashwell*'я <sup>1)</sup>, служатъ показаніемъ къ преждевременнымъ родамъ на томъ основаніи, что фиброиды въ теченіи беременности, вслѣдствіе истонченія окружающаго ихъ мышечнаго слоя, могутъ подать поводъ къ разрывамъ матки; кромѣ того, *Ashwell* полагаетъ, что фибромы, вслѣдствіе продолжительнаго прижатія ихъ плодомъ, размягчаются и бываютъ такимъ образомъ причиною различныхъ тяжелыхъ страданій беременной, могущихъ повести за собою смертельный исходъ. Позднѣйшія наблюденія, какъ наши собственныя, такъ и другихъ, доказываютъ, что опасенія *Ashwell*'я преувеличены, такъ какъ женщины даже съ громадными фиброидами, въ большинствѣ случаевъ, рожаютъ безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій; кромѣ того, не имѣется вовсе никакихъ положительныхъ данныхъ, на основаніи которыхъ можно было бы предвидѣть тотъ или другой исходъ, которыхъ опасается *Ashwell*. Рѣшиться же въ такихъ случаяхъ на операцію только на основаніи лишь предположеній — было бы болѣе, чѣмъ неосновательно, за исключеніемъ тѣхъ болѣе рѣдкихъ случаевъ, въ которыхъ фибромы оказываются спаянными неподвижно съ окружающими частями или же если новообразованіе развившееся изъ нижняго сегмента матки, служить неустранимымъ механическимъ препятствіемъ для родовъ. Въ такихъ случаяхъ умѣстны попытки вправленія, запрудившей входъ въ малый тазъ, фибромы.

Что касается до различныхъ новообразованій (*fibroma*, *enchondroma* и пр.), развивающихся въ стѣнкахъ таза и суживающихъ каналъ его, то при нихъ нужно принимать въ соображеніе всѣ тѣ данныя, о которыхъ упомянуто было нами при разборѣ показанія къ преждевременнымъ родамъ со стороны таза вообще.

г) *Ракъ матки* нѣкоторыми акушерами, въ особенности англійскими (*R. Lee*), считается въ извѣстныхъ случаяхъ показаніемъ къ возбужденію преждевременныхъ родовъ. Основанія, приводимыя ими въ подтвержденіе справедливости этого мнѣнія, слѣдующія: раковое перерожденіе, занимающее нижній отрѣзокъ матки и маточную шейку, можетъ въ теченіе извѣстнаго, иногда довольно непродолжительнаго времени, распространиться до такой степени, что вслѣдствіе этого, во время срочныхъ родовъ, представится непреодолимое препятствіе для прохожденія плода чрезъ естественныя родовые пути. Въ этомъ случаѣ, слѣдовательно, мы рискуемъ жизнью плода, подвергая роженицу опасности изойти кровью во время срочныхъ родовъ.

Вникнувши въ эти доводы, не трудно убѣдиться въ ихъ несостоя-

---

<sup>1)</sup> *S. Ashwell*, *Praktisches Handbuch ueber die Krankheiten des weiblichen Geschlechts*. Также: *Necker* въ *Klinik d. Geburtskunde*. Bd II, p. 124 — 135; кромѣ того *Monatsschr. f. Geburtsk.* 1865, Dec.; *Spiegelberg*, *Monatsschr. \*f. Geburtsk.* 1866. p. 426. *М Горюшицъ*. Объ осложненіи родильнаго состоянія фиброзными поллиами матки. *Московская медицинская газета* 1868 г.

тельности. Если влагалищная часть матки подверглась раковому перерождению на болѣе или менѣе значительномъ пространствѣ, то роды, какъ это доказано множествомъ наблюдений, разсѣянныхъ въ акушерской литературѣ, могутъ очень хорошо окончиться или одними силами природы, или же, въ крайнемъ случаѣ, при помощи подрѣзовъ зѣва (*hystero-tomia vaginalis Simpson*). Если же раковое новообразование достигло значительной степени развитія и поразило не только маточную шейку, но охватило и нижній отрѣзокъ матки, то при подобныхъ обстоятельствахъ преждевременные роды мало помогутъ, ибо изверженіе плода чрезъ родовые пути въ большинствѣ случаевъ невозможно, а роженицѣ угрожаетъ весьма опасное, перѣдко даже смертельное кровотеченіе. При подобныхъ затруднительныхъ обстоятельствахъ, по моему мнѣнію, всего рациональнѣе выжидать окончанія беременности и тогда приступить къ кесарскому сѣченію, которое даетъ возможность спасти съ большою вѣроятностію младенца и несовсѣмъ лишаетъ насъ надежды спасти мать, по крайней мѣрѣ, отъ неминуемой, непосредственной опасности.

Случаи кесарскаго сѣченія, предпринятаго съ успѣхомъ при подобныхъ условіяхъ *Oldham*'омъ и *Greenhalgh*'омъ, самымъ очевиднымъ образомъ подтверждаютъ справедливость только-что высказаннаго нами мнѣнія. Впрочемъ, мы еще коснемся этого вопроса въ главѣ о кесарскомъ сѣченіи.

g) *Кисты яичниковъ и широкихъ маточныхъ связокъ*, осложняющія беременность, могутъ перѣдко подать поводъ къ весьма серьезнымъ припадкамъ; такъ напр., вслѣдствіе давленія на діафрагму появляется мучительная для беременной одышка; кромѣ того, будучи прижаты беременною маткою, кисты могутъ разорваться и произвести, хотя и не всегда, острое смертельное воспаленіе брюшины, что отчасти обуславливается качествомъ содержимаго кисты, изливаемаго въ брюшную полость. Для устраненія этой опасности, предлагали производить преждевременные роды, съ чѣмъ однако едва ли можно согласиться. Не говоря уже о томъ, что по мѣрѣ развитія кисты, эта послѣдняя можетъ, производя давленіе на беременную матку, вызвать во многихъ случаяхъ выкидышъ или преждевременные роды, — нужно указать еще и на другія обстоятельства, противопоказующія въ подобныхъ случаяхъ возбужденіе преждевременныхъ родовъ. Предвидѣть и предсказать съ положительностью, что киста въ извѣстную эпоху беременности разрастется до такой степени, что будетъ угрожать опасностью беременной, чрезвычайно трудно: съ другой же стороны, если киста уже достигла извѣстной величины и опасеніе насчетъ разрыва ея во время родовъ болѣе или менѣе основательно, то возбужденіемъ преждевременныхъ родовъ опасность ни мало не уменьшается, ибо родовой актъ какъ при срочныхъ, такъ и при преждевременныхъ родахъ одинаковъ. Вслѣдствіе-то этого, въ подобныхъ случаяхъ, по моему мнѣнію, несравненно рациональнѣе прибѣгнуть къ *проколу кисты*, — чѣмъ почти мгновенно устраняется опасность, угрожающая беременной, и дается возможность довести беременность до нормальнаго срока. Въ одномъ случаѣ осложненія беременности большою

кистой яичника мы съ проф. *А. А. Китеромъ*, побужденные выше-приведенными доводами, рѣшились ограничиться проколомъ кисты, повтореннымъ два раза, и беременная родила въ срокъ благополучно <sup>1)</sup>. Само собою разумѣется, что подъ это правило не подходятъ случаи небольшихъ кистъ яичника, особенно если онѣ легко могутъ быть выведены изъ полости малаго таза.

Если же помѣстившаяся въ полости таза киста настолько велика, что обуславливаетъ тяжкіе припадки со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, то я настоятельно совѣтую, захлороформировавъ беременную, попробовать вправить кисту; не слѣдуетъ однако послѣ первой же неудачной попытки вправленія прибѣгать къ проколу кисты, такъ какъ иногда только послѣ повторныхъ попытокъ, въ различныхъ положеніяхъ беременной, удается вывести кисту изъ малаго таза въ брюшную полость. Намъ нѣсколько разъ удавалось вправлять кисту, казавшуюся въ началѣ абсолютно неподвижною, лишь послѣ повторныхъ попытокъ, съ промежутками въ 1—2 дня.

h) *Выпаденіе беременной матки* весьма рѣдко вызываетъ такія явленія, на основаніи которыхъ можно было бы рѣшиться на искусственные преждевременные роды. Множество случаевъ выпаденія матки во время родовъ не влекло за собою никакихъ серьезныхъ послѣдствій. На преждевременные роды можно было бы рѣшиться лишь тогда, когда бы мы имѣли дѣло съ *ущемленіемъ* беременной матки, не уступающимъ надлежащимъ средствамъ и угрожающимъ поэтому серьезною опасностію жизни беременной.

#### Показанія со стороны плода и придаточныхъ частей его.

a) *Привычное умираніе плода*, по окончаніи 29-й недѣли беременности, еще со времени *Детта*'а большинствомъ акушеровъ признается за показаніе къ возбужденію преждевременныхъ родовъ. Въ этихъ случаяхъ производятъ операцію за нѣсколько дней до срока наступавшей въ предъидущія беременности смерти плода, именно въ то время, когда беременная начинаетъ уже замѣчать ослабленіе движеній его. Какъ съ одной стороны не подлежитъ сомнѣнію возможность сохранить этимъ путемъ жизнь плода, такъ съ другой — нельзя не имѣть въ виду тѣхъ случаевъ, въ которыхъ, послѣ неоднократныхъ родовъ мертвымъ младенцемъ, рождались наконецъ живыя дѣти. Поэтому показаніе это должно считаться *условнымъ*. Не лишнимъ считаю при этомъ обратить вниманіе на то, что причины смерти утробнаго плода, открываемыя, при настоящихъ методахъ изслѣдованія болѣзней утробнаго младенца, довольно легко на секціонномъ столѣ, не распознаются до рожденія плода и придаточныхъ частей его. Можно съ положительностью сказать только, что во многихъ случаяхъ скрытый конституціональный сифилисъ родителей бываетъ причиною умиранія плода. Поэтому въ подозрительныхъ случаяхъ необходимо подвергнуть беременную специфическому леченію <sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> См. мое сочиненіе *Объ овариотоміи*, стр. 2.

<sup>2)</sup> Относящюся сюда казуистику можно найти въ *Dublin Quarterly Journal* 1857 № 46 и въ *Medic. Times and Gaz.* за 1863, № 679. См. также *Tanner'a On the signs and disases of pregnancy.* London 1860, p. 210.

в) *Кровотечение* вслѣдствіе предлежанія дѣтскаго мѣста или же частичнаго отдѣленія послѣда можетъ иногда достигнуть такой степени, что угрожаетъ неминуемою опасностью беременной и плоду, почему опорожненіе матки представляетъ настоятельную необходимость. Прежніе акушеры (*Puzos, Leroux, Baudelocque*, даже *Joerg*), незнакомые еще близко съ сущностью разсматриваемой нами операціи, при подобныхъ трудныхъ обстоятельствахъ, рѣшались на насильственное родоразрѣшеніе (*accouchement forcé*). Въ послѣдствіи же (*Carus, Busch* и др.) оставили насильственные роды въ этихъ случаяхъ и стали прибѣгать къ преждевременнымъ родамъ. *Hohl* думаетъ, что предлеженіе дѣтскаго мѣста только въ рѣдкихъ случаяхъ служитъ показаніемъ къ этой операціи, потому что въ подобныхъ обстоятельствахъ сама природа содѣйствуетъ прекращенію беременности. Но съ этимъ мнѣніемъ нельзя вполне согласиться; правда, появленіе маточныхъ сокращеній, а иногда настоящихъ потугъ, при усиливающемся кровотеченіи вслѣдствіе предлежанія дѣтскаго мѣста можно считать за стремленіе природы къ опорожненію матки; но съ другой стороны, послѣ сличенія многихъ фактовъ, становится яснымъ, что при предлежаніи дѣтскаго мѣста вообще, и въ особенности при центральномъ его прикрѣпленіи, кровотеченіе бываетъ такъ сильно, что оно убиваетъ мать, а вмѣстѣ съ тѣмъ и младенца, прежде, чѣмъ появятся нужныя для изгнанія плода потуги,—тѣмъ болѣе, что кровотеченіе препятствуетъ развитію потугъ. Поэтому-то, по моему мнѣнію, предлежащее дѣтское мѣсто не только можетъ, но и должно служить показаніемъ къ искусственному возбужденію преждевременныхъ родовъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кровотеченіе не можетъ быть остановлено приличнымъ случаемъ леченіемъ. Понятно, что для этой цѣли *тампонація влагаллица* будетъ самымъ надежнымъ средствомъ. Я ее считаю *возбудителемъ* (въ строгомъ смыслѣ) преждевременныхъ родовъ,—если мы приступаемъ къ тампонаціи при совершенно закрытомъ маточномъ зѣвѣ; коль скоро маточный зѣвъ хоть сколько-нибудь открытъ (при существующихъ маточныхъ сокращеніяхъ), этотъ же самый тампонъ долженъ быть разсматриваемъ какъ средство *не возбуждающее*, а только *усиливающее* начавшійся родовой процессъ. Изъ этого ясно, что я не отрицаю вполне мнѣнія *Hohl'*я, но обращаю особенное вниманіе на то, что всякая чрезмѣрная потеря крови, если и не убиваетъ матери и младенца, то во всякомъ случаѣ вредно вліяетъ на послѣдующее здоровье обоихъ.

Выше мы указали на достоинства и недостатки тампонаціи ватой и кольпейринтеромъ вообще и въ частности при предлежаніи дѣтскаго мѣста. Въ Спб. Род. Завед. при *Placenta praevia* мы почти исключительно примѣняли тампонацію кольпейринтеромъ <sup>1)</sup>. За 10-ти-лѣтній періодъ времени, на 127 случаевъ предлежанія дѣтскаго мѣста, изъ числа которыхъ въ 33-хъ случаяхъ былъ примѣняемъ кольпейринтеръ, мы имѣли 18 смертныхъ случаевъ (14,1%), изъ нихъ было 11 септическихъ (8,6%), остальные поступили въ агоніи отъ острой анеміи.

<sup>1)</sup> См. Отчетъ Спб. Род. Завед. за 1873/76 г. стр. 72.

Старый способ *Puzos*'а, предложенный вновь *Dubois*, заключающийся въ проколѣ оболочекъ плоднаго яйца, по моему мнѣнію, можетъ принести пользу только при достаточно-раскрытомъ зѣвѣ (не менѣе 2 см.), довольно сильныхъ маточныхъ сокращеніяхъ, черепномъ предлежаіи и, самое главное, при боковомъ прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста.

Въ новѣйшее время *Hofmeier* и *Behm* изъ клиникъ *Schroeder*'а и *Gusserow*'а въ Берлинѣ, опубликовали рядъ случаевъ предлежаія дѣтскаго мѣста, въ которыхъ тампонація вовсе не употреблялась и все леченіе заключалось въ поворотѣ на ножку, произведенномъ немедленно послѣ поступления въ клинику беременной. Результаты для матерей блестящіе, но зато для младенцевъ весьма печальные (у *Behm*'а погибло 83,4<sup>0</sup>/<sub>100</sub> новорожденныхъ, у насъ же только 65<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, а исключивъ выкидышей и мацерированныхъ плодовъ — 59,5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>). Причина такой большой смертности объясняется тѣмъ, что *Behm* оперировать при весьма мало-открытомъ зѣвѣ. Отвергая примѣненіе тампона при предлежаіи дѣтскаго мѣста, названные авторы совершенно игнорируютъ тѣ случаи, въ которыхъ, несмотря на подчасъ сильное кровотеченіе, шейка еще длинна, не размягчена и нисколько не растянута; между тѣмъ какъ именно эти случаи ставятъ врача въ весьма затруднительное положеніе. Тампонація въ подобныхъ случаяхъ составляетъ единственное средство, дающее намъ возможность остановить кровотеченіе и въ то же время возбудить маточныя сокращенія: мы должны только стараться сдѣлать тампонацію безопасною строгимъ соблюденіемъ дезинфекціи <sup>1)</sup>).

Въ томъ же духѣ противъ *Hofmeier*'а и *Behm*'а высказались *Osterloh* и *Sippel* см. *Centrbl. f. Gynaek.* 1884, №№ 9 и 48).

*Jungblutt* (*Volkmann's Klinische Vorträge* № 235) предлагаетъ замѣнить, въ такихъ случаяхъ, тампонъ весьма толстою прессованною губкою, введенною въ каналъ шейки. Проведенные такимъ образомъ семь случаевъ протекли благополучно. Способъ этотъ не обладаетъ вышеуказанными преимуществами тампона, и кромѣ того онъ даетъ меньше шансовъ, нежели тампонъ, на асептическое теченіе родовъ, почему мы и не можемъ рекомендовать этотъ способъ. *Walther* (*Centralbl. f. Gynaek.* 1885, № 14) приводитъ случай съ благоприятнымъ исходомъ, въ которомъ онъ примѣнилъ тампонацію по *Jungblutt*'у.

с) *Чрезмѣрное скопленіе околоплодной жидкости (Hydramnios)*. *Duclos* <sup>2)</sup> въ подобномъ случаѣ произвелъ преждевременные роды. Послѣ него нѣкоторые другіе прибѣгали къ этой операціи при такихъ же условіяхъ. Показаніе это, строго говоря, едва-ли выдерживаетъ критику. Въ ту эпоху беременности, когда обыкновенно прединимаются преждевременные роды, околоплодная жидкость не только не увеличивается, но, напротивъ, уменьшается; кромѣ того, по совершенно справедливому замѣчанію *Hohl*'я, матка въ это время опускается ниже въ полость таза, вслѣдствіе чего ёмкость брюшной полости увеличивается и отдышка, если и не проходитъ совсѣмъ, то, по крайней мѣрѣ, весьма значительно уменьшается. *Hydramnios* только тогда можетъ служить рациональнымъ показаніемъ къ преждевременнымъ родамъ, если чрезмѣрно растянута

<sup>1)</sup> Что касается до насильственнаго родоразрѣшенія, то я не могу не замѣтить, что и оно не должно быть исключено изъ ряда оперативныхъ пособій при предлежаіи дѣтскаго мѣста, особенно центральномъ.

<sup>2)</sup> *Bullet. d. la fac. d. méd. d. Paris* 1818, T. IV, p. 222.

матка, прижимая въ брюшной полости большіе кровеносные сосуды и вызывая такимъ образомъ водянку -- подкожную (*anasarca*) или брюшную (*ascites*), — сильно разстраиваетъ процессъ дыханія <sup>1)</sup>.

*Нѣсколько словъ о возбужденіи родовъ при просроченной беременнoсти (graviditas protracta).* Нѣкоторые акушеры (*Mai, Ritgen*) считали показаніемъ къ искусственному возбужденію родовъ долге обыкновеннаго продолжающагося беременность. Въ большей части новѣйшихъ руководствъ о показаніи этомъ почти ничего не говорится или же упоминается только вскользь. Однако послѣ тщательнаго разбора относящихся сюда литературныхъ данныхъ и того, что мнѣ самому приходилось наблюдать, я не могу не придти къ заключенію, что встрѣчаются, правда, рѣдкіе случаи, въ которыхъ показаніе это имѣетъ совершенно рациональное примѣненіе. Вообще можно сказать, что если при просроченной беременнoсти имѣются явленія, опасныя для плода или для матери, то необходимо возбуждать роды. Сюда должно отнести со стороны плода — ослабленіе движеній его и въ особенности неправильное сердцебиеніе; со стороны матери — тягостныя припадки, развивающіеся вслѣдствіе опущенія головки въ полость малаго таза. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ отъ постояннаго и продолжительнаго давленія на окололежащія части иногда развиваются тягостныя припадки со стороны прямой кишки (упорный запоръ), мочеваго пузыря (задержаніе мочи) и со стороны сосудистой системы (отѣкъ нижнихъ конечностей и наружныхъ половыхъ органовъ, варикозное расширеніе венъ и вообще разстройство кровообращенія съ его послѣдствіями).

Моему наблюденію представился одинъ только случай (17 л. т. н.), потребовавшій возбужденія родовъ при просроченной беременнoсти. Нелишнимъ считаю сообщить его здѣсь вкратцѣ. Молодая дама, хорошаго тѣлосложенія, беременна во 2-й разъ, обѣ беременности протекли подъ моимъ наблюденіемъ. Отъ первой беременнoсти она разрѣшилась тремя недѣлями позже рассчитаннаго срока. Я приписалъ это тому, что она забеременѣла не тотчасъ послѣ менструаціи, а передъ наступленіемъ слѣдующей; тѣмъ болѣе это казалось вѣроятнымъ, что первое шевеленіе плода было замѣчено гораздо позже обыкновеннаго, и что увеличеніе живота въ первую половину беременнoсти шло медленно. Нельзя однакоже не замѣтить, что изслѣдованіе, произведенное мною при этой беременнoсти послѣ двукратнаго неоявленія регуль, показало всѣ измѣненія въ маткѣ и ея влагалищной части, свойственныя двухъ-мѣсячной беременнoсти. Вторая беременнoсть послѣдовала черезъ 4 мѣсяца послѣ первыхъ родовъ. При изслѣдованіи послѣ троскратнаго неоявленія регуль найдено, что дно увеличенной

<sup>1)</sup> *Collins* (*Practical Treatise on Midwifery*, p. 225) совѣтуетъ предпринимать преждевременныя роды съ цѣлью предотвратить повтореніе разрыва матки, бывшаго при предыдущей беременнoсти и окончившагося выздоровленіемъ. Онъ самъ съ успѣхомъ произвелъ эту операцію при подобныхъ условіяхъ. Случай *Collins's* до того исключителенъ, что стоитъ въ литературѣ до сихъ поръ совершенно особнякомъ (*unicum*).

Въ случаѣ неподлежащей сомнѣнію смерти плода, *Mai, Ritgen* и *Carus* совѣтуютъ вызвать преждевременныя роды. Показаніе это въ настоящее время совершенно оставлено, потому что присутствіе мертваго плода въ полости матки не вліяетъ вредно на здоровье беременной.

Преждевременныя роды были также производимы при обширныхъ нагноеніяхъ (*Crede*), при маіи, воспаленіи брюшины и т. д. Эти послѣднія показанія весьма условны и могутъ имѣть мѣсто только въ исключительныхъ случаяхъ.

(соответственно третьему мѣсяцу беременности) матки было наклонено немного впередъ и весьма сильно вправо, такъ что лѣвая половина таза была почти пуста. При томъ матка была мягка, несовѣтъ правильного очертанія, влагалищная часть ея немного смѣщена влѣво. Въ этомъ случаѣ можно было съ точностью опредѣлить только то, что увеличеніе матки зависить отъ содержимаго въ ея полости. Шевеленіе появилось на первой недѣлѣ 5-го (по расчету) мѣсяца беременности. До наступленія шевеленія часто появляющіеся лихорадочные припадки неопредѣленнаго характера, впрочемъ скоропроходящія, внушали нѣкоторое опасеніе, что, можетъ быть, придется имѣть дѣло съ заносомъ. Со времени шевеленія плода до 7-го (по расчету) мѣсяца большая страдала почти постоянно острымъ катарромъ дыхательнаго горла и большихъ бронховъ; съ наступленіемъ дѣта и переселеніемъ въ лучшій климатъ, при благопріятномъ деревенскомъ воздухѣ, катарръ прекратился. Въ срокъ окончанія беременности (по расчету) появились маточныя сокращенія, правильныя, довольно часто повторявшіяся; зѣвъ матки оказался открытымъ на палець и обращеннымъ къ крестцовой впадинѣ, край его еще довольно толстымъ; передняя стѣнка нижняго отрѣзка матки вытянута; головка весьма низко въ выходѣ таза, въ поперечномъ видѣ 1-го положенія. Къ сожалѣнію, о налитіи водъ ничего сказать не могу, потому что изслѣдованіе было сдѣлано въ потуги. Послѣ многихъ схватокъ, продолжавшихся нѣсколько часовъ, беременная уснула; къ утру маточныя сокращенія вновь не появились и беременная послѣ этого разрѣшилась только черезъ 34 дня послѣ введенія въ маточный зѣвъ прессованной губки (по Simpson'у). До искусственнаго возбужденія родовъ, хотя и появлялись иногда боли въ животѣ, но онѣ имѣли характеръ болѣе кишечной колики, чѣмъ сократительной дѣятельности матки. Что касается до другихъ припаdkовъ, то при хорошемъ общемъ состояніи здоровья замѣчалась трудность походки, чувство давленія, направія внизъ, незначительныя неправильности со стороны кишечника и мочеваго пузыря, а главное, при повторныхъ изслѣдованіяхъ — *явное постепенное оплотнѣніе головки и уменьшеніе большаго родничка (который въ этомъ случаѣ былъ весьма доступенъ изслѣдованію), а также постепенное истонченіе брюшныхъ и маточныхъ стѣнокъ, такъ что въ послѣдніе дни можно было чрезъ сказанныя стѣнки легко захватить ножку, а на животѣ очертить членорасположеніе плода.* Эти послѣднія явленія и были, по моему мнѣнію, достаточнымъ показаніемъ къ возбужденію родовъ. Прессованная губка толщиною въ большой палець, приготовленная мною съ аравійскою камедью, была введена въ зѣвъ и черезъ 10 часовъ вызвала маточныя сокращенія, и роды, при совершенно правильныхъ потугахъ, окончились благополучно почти черезъ 5 часовъ по истеченіи водъ (т. е. 3-й и 4-й періоды родовъ продолжались 4½ часа, 5-й около 20 минутъ). Новорожденная весьма хорошо развита и упитана, длиною была 57.2 (13 вершковъ); голова твердая, большой родничекъ весьма малъ, и вообще на глазомѣръ она была гораздо больше, здоровѣе своего брата, родившагося послѣ первой беременности. Такъ какъ это было въ деревнѣ, то къ сожалѣнію, точное измѣреніе тѣла дѣвочки не было сдѣлано. Я считаю, что беременность, въ только что описанномъ случаѣ продолжалась 314 дней и прерваніе ея искусственнымъ образомъ было необходимо.



## ГЛАВА X.

### Искусственный законный, или такъ называемый врачебный выкидышъ (Abortus arte provocatus. Der künstliche Abortus. Avortement provoqué).

**Историческія замѣчанія.** Возможность прерыванія беременности въ ранніе сроки ея, т. е. когда плодъ еще неспособенъ къ самостоятельной жизни, была извѣстна въ самой глубокой древности. Въ эпоху упадка общественной нравственности въ Римѣ было множество лицъ, которыя за извѣстную плату предлагали свои услуги беременнымъ, не желавшимъ по какимъ либо обстоятельствамъ сдѣлаться матерями. *Ювеналъ* въ VI сатирѣ своей вооружается противъ этого зла и со своей обычной ѣдкостью бичуетъ женщинъ, губящихъ плодъ въ утробѣ своей. Несмотря на то, что до введенія христіанства искусственный выкидышъ съ преступною цѣлью производился весьма часто, — къ чести врачей нужно сказать, что они понимали всю безнравственность и незаконность такой операціи и нерѣдко вооружались противъ нея. Такъ, въ знаменитой клятвѣ *Hippocrates'a* ученики, вступающіе на практическое поприще, должны были присягать, что они никогда не рѣшатся производить выкидышъ (*Neque mulieri pessum subdilitium ad foetum corrumpendum exhibebo*). Только по прошествіи нѣсколькихъ вѣковъ послѣ *Hippocrates'a*, врачи стали высказывать убѣжденіе, что въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ можно прибѣгать къ выкидышу съ цѣлью спасти беременную отъ неминуемой смерти. Такъ напр. *Soranus* прямо говоритъ, что гораздо безопаснѣе произвести выкидышъ, чѣмъ послѣ прибѣгать къ эмбриотоміи (*Satius est foetum corrumpere, quam excidere*). Въ такомъ же смыслѣ высказывались *Aetius Amidensis* <sup>1)</sup> и *Avicenna* <sup>2)</sup>. Въ концѣ 17-го и началѣ 18-го столѣтій въ пользу выкидыша высказались *Camerarius* <sup>3)</sup> и *Slevogt* <sup>4)</sup>. Мнѣнія этихъ врачей насчетъ возбужденія законнаго выкидыша были забыты, пока этотъ вопросъ снова не былъ поднятъ въ семидесятыхъ годахъ прошлаго столѣтія *W. Cooper'омъ*. Авторитету этого писателя наука обязана тѣмъ, что вопросъ о законномъ искусственномъ выкидышѣ былъ подвергнутъ всестороннему обсужденію сначала

<sup>1)</sup> Онъ устанавливаетъ слѣдующее показаніе: „Uteri parvitas, ut ob id foetum perficere non possit, sive colli ejusdem angustia, sive quod tuberculum aut tale quidam in ejusdem ostio ortum est, quod partum impedit“.

<sup>2)</sup> Авторъ этотъ совѣтуетъ прибѣгать къ выкидышу: „cum praegnans est puella parva supra quam timetur mors ex partu“. См. *Ed. v. Siebolg. Versuch einer Geschichte d. Geburtsh. etc.* T. I, p. 283.

<sup>3)</sup> An liceat medico pro salute matris abortum procurare? Tubing. 1697.

<sup>4)</sup> Prolusio: num maturus foetus servandae matris causa occidendus? aut abortus provocandus sit ut mater gravida a magno morbo morteque liberetur? Jen. 1710.



въ Англіи (*Hull, Burns, Blundell* и др.), а затѣмъ въ другихъ странахъ. Между прочимъ, однимъ изъ самыхъ рьяныхъ защитниковъ выкидыша, производимаго съ врачебною цѣлью, былъ извѣстный датскій акушеръ *P. Scheel, Wilde* весьма настойчиво совѣтуетъ при абсолютныхъ суженіяхъ таза прибѣгать къ искусственному выкидышу, какъ къ средству легкому и безопасному. Горячіе споры, возникшіе въ 1852 году въ парижской медицинской академіи по поводу случая *Lenoir'a*, не привели ни къ какому положительному результату. Въ пользу выкидыша высказались особенно *Cazeaux, Chailly-Honoré, Velpeau, P. Dubois, Stoltz, Depaul, Pajot, Jacquemier* и другіе. Пренія эти вызвали монографію объ искусственномъ выкидышѣ извѣстнаго марсельскаго акушера *Villeneuve'a* <sup>1)</sup>, отвергающаго эту операцію съ точки зрѣнія нравственной, религіозной и медицинской <sup>2)</sup>. Въ Германіи послѣ *Scheel'*я большинство акушеровъ (особенно *Kilian*) было противъ выкидыша. Только со времени *Mende* онъ сталъ производиться чаще прежняго, затѣмъ *Kiwisch* и *Scanzoni* весьма значительно расширили показанія къ этой операціи.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Ahlfeld. Arch. f. Gynæk. Bd. VIII. Breisky. Prager Zeitschr. f. p. Heilk. 1882, p. 295. Bohn. De abortu salubri. Diss. Lipsiæ 1706. Cazeaux. Traité théoretique et pratique d. l'art des accouchem. Paris 1853, p. 295. Cohnstein. Ueber d. Werth d. künstl. Abortus. Arch. f. Gynæk. Bd. VI. Duntzer. D. Competenz d. Geburtshelfer über Leben und Tod. Cöln 1842. Dubois. Des vomissements etc. Gaz. méd. de Paris 1852, p. 234. Devilliers. Gaz. d. hôp. 1865, № 122. Флоринскій. О такъ называемомъ законномъ искусственномъ выкидышѣ. Проток. Общ. русск. врач. въ Спб. 1863—1864, p. 223. Горвицъ. Мед. Вѣстникъ 1878 г., № 30 и 31. Горвицъ. О неукротимой рвотѣ беременныхъ. Спб. 1882. Gusserow. Ueber hochgradigste Anaemie Schwangerer. Arch. f. Gynæk. Bd. II, Hft. 2. Gueniot. Des vomissements incoercibles etc. Paris 1863. Hofmeier. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III, p. 259. Hufeland. Von d. Rechte d. Arztes ueber Leben u. Tod. см. его Journ. f. p. Heilk. 1823. Крассовскій. Операція законнаго искусственнаго выкидыша и въ особенности показанія къ ней. Воен. Мед. Журн. 1858. Ч. 72, p. 24. Космовскій, Врачебн. Вѣд. Мартъ 1883. Кубасовъ. Врачебн. Вѣд. Ноябрь 1882. Kiwisch. Beitr. z. Geb., Abh. 3., p. 104, Würzburg 1846. Mayer. D. verschied. Indicat. etc. Monatsschr. f. Gebkd. 1858, Hft. II. Meissner. Ibid. 1858, Hft. IV. Mackenzie. Schmidt's Jahrb. 1860, Bd. 108, p. 115. Fr. Naegele. De jure et necis quod competit medico in partu. Heidelbergæ 1826. Priestley. Obstetr. Transact. Vol. XXII, p. 271. Raimbert et Pigeolet. Schmidt's Jahrb. Bd. 144. Slevogt. Prolusio qua per part. illegitimum abortumque etc. Jenæ 1710 (Meissner). Stoltz. Gaz. méd. de Strasbourg 1852, p. 353. Sayre. Thèse de concours. Paris 1875. Зейдлеръ. Разборъ показаній къ искусственному законному выкидышу. Арх. Судебн. Мед. 1869, Т. II. Сутугинъ. Мед. Вѣстн. 1878, № 30 и 32. Сутугинъ. Чрезмѣрная рвота беременныхъ. Мед. Вѣстн. 1882. Tanner. On the Signs and Dis. of Pregnancy. Lond. 1860, p. 361. Tardieu. Etude médico-légale sur l'avortement. Paris 1868, édit. III, p. 100. Venturioni. Ann. univers. di Med. 1863, IV. Wilde. D. weibliche Gebärungsvermögen. Berlin 1838, p. 121 и 210.

<sup>1)</sup> De l'avortement provoqué dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, considéré au point de vue religieux, judiciaire et médical. Marseille 1853.

<sup>2)</sup> Онъ, впрочемъ, не безусловно отвергаетъ выкидышъ; онъ не допускаетъ его вовсе только при суженіяхъ таза. Существеннымъ показаніемъ къ выкидышу онъ считаетъ всѣ тѣ болѣзненные состоянія матери, которыя могутъ повлечь за собою смерть какъ ея, такъ и плода.

**Опредѣленіе и цѣль.** Подъ именемъ искусственнаго законнаго, или такъ-называемаго врачебнаго выкидыша разумѣется такая операція, помощью которой беременность съ намѣреніемъ прерывается въ такую эпоху, когда плодъ неспособенъ еще къ самостоятельной жизни, т. е. въ теченіи первыхъ 26 недѣль беременности.

Мы уже не разъ указывали на то, что существенное отличіе новѣйшаго акушерства отъ стараго состоитъ въ томъ, что въ немъ господствуютъ болѣе высокія, гуманныя начала, что оно высоко ставитъ жизнь плода и что идеаль, къ которому оно стремится, это—спасеніе двухъ жизней, т. е. матери и плода. Тѣмъ не менѣе бывають, однако, *исключительныя* обстоятельства, при которыхъ нельзя выполнить этой высокой задачи. Условія, въ которыхъ находится беременная, могутъ быть такія, что не оставляють никакого сомнѣнія въ томъ, что не только срочные, но даже и преждевременные роды не могутъ совершиться безъ абсолютной опасности для жизни или матери, или плода, или же обоихъ вмѣстѣ. Понятно, что при подобныхъ условіяхъ, для устраненія неминуемой опасности, приходится прервать беременность въ такую эпоху ея, когда возможно сохранить жизнь матери, жертвуя жизнью плода. Итакъ, въ то время какъ злонамѣренное прерываніе беременности и вызываніе выкидыша вообще составляютъ въ высшей степени безнравственную операцію, — преступленіе, влекущее за собою тяжелое наказаніе со стороны закона, — выкидышъ, произведенный вслѣдствіе вышеупомянутыхъ обстоятельствъ, единственно въ видахъ спасенія человѣческой жизни и на основаніи глубокаго убѣжденія врача въ неминуемой опасности, предстоящей матери, ни въ какомъ случаѣ не составляетъ преступленія, а напротивъ имѣетъ благую цѣль и поэтому самому онъ называется *законнымъ или врачебнымъ*.

Изъ вышесказаннаго нетрудно понять, что для того, чтобы искусственно-произведенный выкидышъ могъ назваться законнымъ, необходимо, чтобы онъ былъ предпринятъ *вслѣдствіе дѣйствительной и неминуемой опасности, угрожающей беременной и неустраняемой другими средствами*. Нѣкоторые врачи (преимущественно французскіе) требуютъ для этого еще двухъ условій, во-первыхъ—предварительнаго совѣщанія съ врачами-специалистами и во-вторыхъ—согласія беременной на операцію. Понятно, что требованія эти возникли частью изъ опасенія злоупотребленія, частью же для огражденія совѣсти врача. Что касается до перваго требованія—относительно совѣщанія съ врачами-специалистами, то съ этимъ нельзя не согласиться и каждый врачъ обязанъ слѣдовать этому правилу, если только это возможно. Но другое дѣло—насчетъ согласія беременной. Намъ кажется, что требованіе это во многихъ случаяхъ неисполнимо и кромѣ того, по самой сущности дѣла, не можетъ и не должно служить врачамъ исходною точкою для рѣшенія вопроса. Согласіе беременной на операцію имѣло бы особенное значеніе при высшихъ степеняхъ суженія таза, представляющихъ только два исхода: или прервать беременность и такимъ образомъ спасти одну мать, или же выжидать конца беременности и окончить ее кесарскимъ

сѣченіемъ, т. е. операціей, дающею возможность спасти навѣрное младенца, а иногда и мать.—Можетъ ли беременная, нисколько незнакомая съ началами науки и не могущая поэтому отчетливо сознавать всю опасность своего положенія, дать удовлетворительный отвѣтъ на вопросъ: кесарское сѣченіе или выкидышъ? Очевидно, если она будетъ женщина трусливая, безъ энергіи, она всегда выберетъ операцію менѣе опасную, т. е. выкидышъ, сулящій ей надежду на сохраненіе ея собственной жизни. Съ другой же стороны, не мало найдется женщинъ, которыя, будучи одарены твердою волей, а иногда неумѣстной экзальтаціей, пристокающей изъ глубокой безграничной любви къ плоду, ни на мигу не задумаются рискнуть своею жизнью единственно ради спасенія болѣе драгоцѣнной для нихъ жизни—плода. Допустимъ, что врачъ имѣетъ дѣло съ подобною женщиною, т. е. не соглашающеюся на выкидышъ и требующею кесарскаго сѣченія; между тѣмъ условія организациі этой женщины такого рода, что кесарское сѣченіе не обѣщаетъ ни малѣйшаго шанса на успѣшный исходъ. Неужели врачъ въ этомъ случаѣ, единственно только ради исполненія воли беременной, рѣшится на кесарское сѣченіе? Это было бы въ высшей степени неблагоприятно, потому что онъ предпринялъ бы операцію противъ своего убѣжденія. Точно также намъ кажется, онъ погрѣшилъ бы и противъ коренныхъ началъ науки, еслибы у женщины, которая подаетъ болѣе или менѣе надежду на успѣшный исходъ кесарскаго сѣченія, рѣшился бы произвести выкидышъ только на томъ основаніи, что этого желаетъ беременная. Итакъ, мнѣ кажется, что въ подобныхъ трудныхъ обстоятельствахъ совѣщаніе врачей должно сперва окончательно разрѣшить вопросъ и тогда уже спросить согласія беременной, предлагая ей то пособіе, которое врачами найдено рачіональнымъ и умѣстнымъ. Что же касается преслѣдованій закона, то послѣдній не можетъ карать врача, дѣйствовавшаго въ силу своего убѣжденія, основаннаго на строго научныхъ показаніяхъ и особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда показаніе можетъ быть подтверждено и послѣ производства операціи.

**Выборъ времени для производства операціи.** Всего безопаснѣе производить выкидышъ или на *второмъ*, или же на *пятомъ* мѣсяцѣ беременности. Но такъ какъ распознаваніе беременности въ первыя недѣли ея сопряжено съ большими затрудненіями, а между тѣмъ къ производству выкидыша, по обще-принятому мнѣнію, должно приступать только тогда, когда существованіе беременности несомнѣнно,—то и рассматриваемая нами операція чаще всего производится на пятомъ мѣсяцѣ беременности. Мнѣ кажется, что еслибы предстояла надобность произвести искусственный выкидышъ на 2-мъ или 3-мъ мѣсяцѣ беременности, то точное распознаваніе послѣдней не требуется, потому что введеніе маточнаго зонда въ небеременную матку вмѣсто беременной не можетъ быть вредно для женщины. Объяснимъ это примѣромъ: положимъ, что у женщины съ абсолютно-узкимъ тазомъ предполагается беременность; мы убѣждены, что женщина эта не можетъ доносить плодъ до конца беременности, или же что она не можетъ перенести кесар-

ское сѣченіе; между тѣмъ сама беременность не можетъ быть положительно распознана. Допустимъ, что мы въ этомъ случаѣ ввели маточный зондъ съ цѣлью произвести выкидышъ и нашли, что эта женщина не беременна. Спрашивается—какой вредъ женщинѣ мы причинили подобнымъ дѣйствиємъ? — Никакого.

Извѣстно, что произвольный выкидышъ совершается безопасно въ теченіи первыхъ девяти или десяти недѣль беременности и затѣмъ, начиная съ пятого мѣсяца ея. Причина этого заключается, съ одной стороны, въ способѣ изверженія плоднаго яйца, съ другой же, — въ степени развитія беременной матки. Въ первое время, до третьяго мѣсяца, по причинѣ слабой связи плоднаго яйца съ маткою, оно легко отдѣляется и поэтому обыкновенно извергается цѣликомъ; на пятомъ же мѣсяцѣ мышечный слой матки уже достаточно развитъ и маточныя сокращенія уже довольно энергичны для того, чтобы изгнать содержимое; поэтому опасныя кровотеченія, задержаніе дѣтскаго мѣста и остатковъ послѣда въ это время рѣдко случаются. На этомъ основаніи и искусственный выкидышъ безопасно возбуждать въ только что сказанное время беременности, т. е. въ теченіи первыхъ 10 недѣль и на 5 мѣсяцѣ беременности. Нужно однако сказать, что, къ сожалѣнію, выборъ времени зависитъ вполнѣ отъ насъ только при суженіяхъ таза; при другихъ же показаніяхъ мы должны приступать къ выкидышу согласно съ тѣми обстоятельствами, которыя представляются въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, — словомъ, когда предстоитъ необходимость.

**Предсказаніе.** Вообще слѣдуетъ считать за правило, что въ какое бы время ни былъ вызванъ искусственнымъ образомъ выкидышъ, онъ во всякомъ случаѣ опаснѣе выкидыша произвольнаго. Опасность эта обуславливается отчасти кровотеченіемъ, отчасти же возможностью внесенія септическихъ веществъ. До какой степени опасенъ выкидышъ, произведенный безъ соблюденія антисептическихъ предосторожностей, видно изъ того, что на 116 случаевъ выкидыша, произведеннаго съ злоумышленною цѣлью, исходъ которыхъ положительнымъ образомъ констатированъ *Tardieu*, приходится 60 со смертельнымъ исходомъ <sup>1)</sup>.

**Производство операціи.** Всѣ вышеизложенные способы, служащіе для возбужденія преждевременныхъ родовъ, могутъ быть примѣняемы до извѣстной степени и къ производству выкидыша. Мы говоримъ до извѣстной степени, такъ какъ здѣсь существуютъ особенныя условія, находящіяся въ связи съ тою эпохою беременности, въ которую послѣдняя прерывается. Такъ напр. введеніемъ бука въ полость матки, впрыскиваніемъ въ нее воды, восходящими душами и пр. произведется выкидышъ несравненно медленнѣе чѣмъ преждевременные роды, такъ какъ воспримчивость матки несравненно меньше и слабѣе въ то время, когда производится выкидышъ, чѣмъ тогда, когда обыкновенно приступаютъ къ преждевременнымъ родамъ. Поэтому-то для вызванія выкидыша почти исключительно прибѣгаютъ къ двумъ способамъ: 1) раз-

<sup>1)</sup> *Tardieu* op. cit. p. 59; см. также *Passol*, des dangers de l'avortement provoqué dans un but criminel. Gaz. méd. de Lyon 1853.

рушенію связи плоднаго яйца съ маткою и 2) проколу его оболочекъ. Операция по обоимъ способамъ производится помощью маточнаго зонда. При первомъ способѣ зондъ проводятъ между маточною стѣнкою и оболочками яйца до дна матки и, расположивъ его такъ, чтобы выпуклость его находилась въ соприкосновеніи съ маткою, а вогнутость съ яйцомъ, обводятъ въ этомъ положеніи вокругъ яйца 2 или 3 раза, причѣмъ стараются разрушить связь яйца съ маткою, не нарушивъ цѣлости самаго яйца. Что касается прокола плодныхъ оболочекъ, то объ этомъ сказано было выше (См. стр. 325).

Первый изъ этихъ способовъ имѣетъ то преимущество, что при немъ сохраняется цѣлость плоднаго яйца и тѣмъ облегчается изверженіе его. Но зато, съ другой стороны, по причинѣ нѣкоторой трудности выполнения, онъ дѣйствуетъ не такъ безусловно вѣрно и надежно, какъ проколъ оболочекъ, что доказываетъ приводимый ниже случай, встрѣтившійся въ моей практикѣ.

Д-ръ Фромме пригласилъ меня на совѣщаніе къ больной (г-жѣ П.), страдавшей рвотою на 3-мъ мѣсяцѣ беременности. Больная—многорожавшая, за годъ до настоящей беременности зараженная мужемъ, страдала первичною сифилитической язвою (мягкою) на большой губѣ, съ послѣдовавшею затѣмъ *roscola syphilitica*,—и въ то же время на 2-мъ мѣсяцѣ беременности выкинула. Лечилась *mercurio sublimato corrosivo*, котораго приняла всего gr. vj, *protojodureto hydrargyri (3ii)* и затѣмъ выдержала курсъ декокта Цитмана. Вслѣдъ за излеченіемъ отъ этой болѣзни, будучи еще довольно слабою, снова забеременѣла. Рвота обнаружилась въ то время, когда ожидаемыя регулы не появились въ надлежащій срокъ. Противъ рвоты д-ромъ Фромме были употребляемы слѣдующія средства: *Potio Riveri*, *nux vomica*, *magister. bismuthi*, *morph. acetic.*, ледь, зельтерская вода, шампанское, *magnesia carbonica*, содовые порошки, креозотъ, *t-ra jodi*, *argentum nitricum*, *belladonna*, снаружи *ol. crotonis tiglii* для втиранія подъ ложечкой. Но ни одно изъ этихъ средствъ не принесло желаемой пользы, и больная въ теченіи цѣлаго мѣсяца извергала рвотою, тотчасъ послѣ принятія, какъ лекарства, такъ и всякаго рода пищу, исключая турецкихъ бобовъ, которые она переносила только трое сутокъ. На 19-й день голоданія, считая отъ начала рвоты, появились обмороки, на 23-й—такая слабость, что больная не могла встать съ постели. Я нашелъ больную (въ началѣ 5-й недѣли голоданія) ослабленную до того, что она не могла прилечь на постели; пульсъ 140; кислый запахъ изо рта, языкъ, обнаженный отъ эпителия, однимъ словомъ все явленія общаго истощенія. При изслѣдованіи дѣтородныхъ органовъ найдено: равномерное увеличеніе матки, соотвѣтствующее началу 3-го мѣсяца беременности; у дна матки консистенція ткани ея мягче, чѣмъ на другихъ мѣстахъ; зѣвъ закрытъ, губы его по крайямъ размягчены, цвѣта темно-багроваго, матка наклонена впередъ (*anteversio uteri gravidi* 2-й степени), влагалищная часть ея касается задней стѣнки рукава, дно матки упирается въ лонное сочлененіе. Для исправленія положенія матки (*redressement*) потребовалось нѣкоторое успіе. Предполивъ, что рвота въ этомъ случаѣ зависѣла отъ наклоненія беременной матки, и что органъ близокъ къ ущемленію, я вправилъ матку, совѣтовавъ удерживать ее рукою въ данномъ положеніи и, между прочимъ, предложилъ употреблять внутрь *oxalatem cerii*. Въ теченіи сутокъ отъ этого пособія больная не получила ни малѣйшаго облегченія. Чтобы спасти жизнь матери оставалась одна надежда на искусственный законный выкидышъ. Съ цѣлью подготовить дѣтородные пути предложенъ былъ способъ *Kneisch'a*: маточные души, температурою 35° R., повторять 5 разъ въ сутки, каждый разъ до 15 минутъ; исполненіе ихъ поручено д-ру Антоновскому. Послѣ 3-хъ-дневнаго употребленія ихъ (около 15 сеансовъ) влагалищная часть матки стала мягче, рукавъ сочлѣ, но положеніе матки нисколько не измѣнилось; общее состояніе больной ухудшилось, обнаружились явленія уремии. Ровно черезъ 5-ть недѣль отъ перваго явленія рвоты, введенъ зондъ въ полость матки, съ цѣлью произвести искусственный вы-

кидышъ. При предварительномъ вправленіи матки потребовалось значительное усиліе, чтобы вывести дно ея изъ подъ лоннаго сочлененія. Зондъ былъ введенъ по обыкновеннымъ правиламъ (на  $4\frac{1}{2}$  дюйма), придерживаясь задней стѣнки матки, и дважды повернуть около оси, стараясь сохранить цѣлость плоднаго яйца. На зондѣ крови не оказалось, яйцо осталось неповрежденнымъ. Черезъ нѣсколько дней, къ удивленію моему, я узналъ, что у больной выкидышъ не послѣдовалъ; у нея послѣ введенія зонда въ тотъ же день къ вечеру рвота прекратилась, вечеромъ же она встала съ постели, выпила чаю съ хлѣбомъ и жаловалась только на большую слабость. На другой день она чувствовала себя гораздо лучше, и день ото дня здоровье ея быстро стало поправляться. Я видѣлъ больную на 8 день послѣ введенія зонда: общее состояніе ея было вполне удовлетворительно; при изслѣдованіи половыхъ органовъ найдено сравнительно съ прежнимъ изслѣдованіемъ то только различіе, что наклоненіе матки впередъ значительно уменьшилось, дно ея находилось надъ верхнимъ краемъ лонныхъ костей и лежало на немъ, а влагалищная часть была гораздо меньше обращена назадъ. Несмотря на убѣжденіе, что больная беременна, я, признаюсь, былъ въ большомъ затрудненіи дать себѣ отчетъ, почему не послѣдовалъ выкидышъ послѣ введенія зонда, и предполагать или возможность ошибки въ діагностикѣ беременности, или что связь яйца съ маткою была недостаточно разрушена для того, чтобы тотчасъ послѣдовалъ выкидышъ. Мнѣ ничего болѣе не оставалось, какъ просить, чтобы больная позволила слѣдить за собою. Ровно черезъ  $4\frac{1}{2}$  мѣсяца послѣ прекращенія регулъ она почувствовала шевеленіе и родила въ срокъ совершенно благополучно здоровую и хорошо развитую дѣвочку.

Случай этотъ весьма замѣчателенъ и требуетъ нѣкоторыхъ объясненій: 1) отъ чего прекратилась внезапно рвота и 2) почему не послѣдовалъ выкидышъ?

Что касается перваго пункта, то онъ разрѣшается слѣдующимъ образомъ: ручнымъ вправленіемъ и послѣдовавшимъ затѣмъ введеніемъ зонда было устранено наклоненіе матки, которая, будучи приподнята надъ входомъ таза, не могла (по причинѣ своей величины, соответствовавшей мѣсяцу беременности) снова опуститься въ полость малаго таза. Вслѣдствіе всего этого наклоненіе матки, если не устранилось совершенно, то во всякомъ случаѣ значительно уменьшилось; вмѣстѣ съ тѣмъ удалено и начинавшееся ущемленіе органа. Повидному рвота въ этомъ случаѣ зависѣла отъ наклоненія матки.

Второй пунктъ разъясняется гораздо проще: введеніе зонда въ полость матки по всей вѣроятности было недостаточно для того, чтобы вызвать сократительную дѣятельность ея, а два поворота, сдѣланные зондомъ, были такъ неудачны,—понятно въ смыслѣ той цѣли, для которой они дѣлались,—что не нарушили достаточно связи плоднаго яйца съ маткою.

Въ настоящее время для производства выкидыша я расширяю каналъ шейки помощью дезинфицированной прессованной губки, ламинаріи или тупело, какъ это сказано выше; затѣмъ, захлороформировавъ беременную, разрушаю пальцемъ связь яйца съ маткою, что удается довольно легко. Въ большинствѣ случаевъ подъ вліяніемъ губки и тампона яйцо оказывается или совершенно, или только отчасти отдѣленнымъ сокращеніями матки. По извлеченіи яйца назначаю 1—2 приема спорыньи. Въ случаѣ неотложной надобности быстро произвести выкидышъ я рѣшился бы прибѣгнуть къ расширителямъ *Hegar'a* или *Fritsch'a* <sup>1)</sup>.

При отдѣленіи плоднаго яйца необходимо стремиться къ тому, чтобы извлечь плодное яйцо цѣликомъ, а не по частямъ. Въ виду этого слѣдуетъ избѣгать разрыва плоднаго пузыря и именно потому, что послѣ излитія водъ гораздо труднѣе разрушается связь яйца съ маткою, почему въ послѣдней легко остаются части яйца. Тоже самое относится и къ выкидышу на 5-мъ мѣсяцѣ; здѣсь мы стараемся предупредить

<sup>1)</sup> Способъ Коскs'a считаю по многосложности его неудобопримымымъ.

истечения водъ до полного отдѣленія плоднаго яйца повторнымъ введеніемъ тамона или кольпейринтера.

**Показанія.** Ни одинъ вопросъ въ нашей наукѣ не подавалъ повода къ столькимъ спорамъ и разногласію во взглядахъ, какъ вопросъ о показаніяхъ къ искусственному выкидышу. Это объясняется, съ одной стороны, слишкомъ различною оцѣнкою жизни плода и жизни беременной, съ другой же стороны, отсутствіемъ положительныхъ данныхъ, на основаніи которыхъ можно было бы приблизиться къ болѣе удовлетворительному рѣшенію этого вопроса. Вслѣдствіе этого я поручилъ заняться имъ одному изъ моихъ учениковъ, д-ру *П. Зейдлеру*, который весьма добросовѣстно исполнилъ эту задачу и постарался рѣшить ее на основаніи имѣвшихся у него подъ рукою литературныхъ источниковъ. Если я и не согласенъ съ нѣкоторыми его выводами, то тѣмъ не менѣе я считаю долгомъ отдать здѣсь полную справедливость статьѣ его, данными которой я воспользовался при разборѣ показаній къ искусственному выкидышу.

**I. Абсолютное сѣуженіе таза** *K* или сѣуженное мѣсто таза (корооче 6.0 стм.). Въ этомъ случаѣ для беременной есть только два исхода: *искусственный выкидышъ*, причемъ плодъ абсолютно погибаетъ, а жизнь матери гарантирована до извѣстной степени; или же *кесарское сѣченіе*, при которомъ съ большою вѣроятностью спасается плодъ, а жизнь матери подвергается немалой опасности. Спрашивается: на что рѣшиться при высшихъ степеняхъ сѣуженія таза, на искусственный-ли выкидышъ или кесарское сѣченіе? Тѣ, которые слишкомъ преувеличиваютъ опасность кесарскаго сѣченія и кромѣ того раздѣляютъ то убѣжденіе, что жизнь матери должна быть всегда предпочитаема жизни плода,—безусловно высказываются въ пользу выкидыша (*W. L. Cooper, Barlow, Cazeaux, Honoré, v. Huevel, Simonart, Wilde, Kivisch, Scanzoni*). Мы ни въ какомъ случаѣ не можемъ согласиться съ этимъ. Что касается преувеличенія опасности отъ кесарскаго сѣченія, то оно унаслѣдовано отъ прежняго времени, когда антисептика и техническая сторона этой операціи стояла несравненно ниже, чѣмъ въ настоящее время; кромѣ того оно положительно опровергается статистическими данными за послѣднее время, о которыхъ будетъ сказано въ главѣ о кесарскомъ сѣченіи.

Что касается вопроса, какую жизнь должно считать (*при равныхъ условіяхъ*) выше—жизнь ли матери или жизнь плода, то вопросъ этотъ служилъ и постоянно служитъ еще темою для преній. Мнѣ кажется, что ничью жизнь нельзя взвѣшивать какъ какую нибудь вещь; врачомъ должна быть одинаково цѣнима какъ жизнь матери, такъ и жизнь плода. Только съ этой точки зрѣнія нужно смотрѣть на этотъ вопросъ; это внушаетъ намъ, помимо началъ нравственныхъ, просто здравый разсудокъ. Врачъ не есть судья, который въ данномъ случаѣ долженъ рѣшать: какая изъ двухъ жизней должна быть предпочтена одна другой. Для него, судящаго чисто объективно, онѣ должны быть обѣ равно дороги. Вопросъ насчетъ предпочтенія одной жизни другой былъ до сихъ поръ поставляемъ совершенно ложно относительно врача: это не его дѣло. Кромѣ



того, если бы онъ даже хотѣлъ взяться за рѣшеніе его, то это ни къ чему не поведетъ, такъ какъ онъ никогда не бываетъ поставленъ въ такія условія, чтобы рѣшеніе упомянутого вопроса зависѣло отъ его воли. Онъ самъ рабъ обстоятельствъ каждаго даннаго случая, и если онъ рѣшается на сохраненіе той или другой жизни, то это ничуть не на основаніи его личнаго предпочтенія, но единственно вслѣдствіе того, что онъ иначе поступить не можетъ.

Итакъ, исходя изъ той точки зрѣнія, что для врача человѣческая жизнь, какава бы она ни была, т. е. утробная-ли или внѣутробная, должна имѣть совершенно одинаковую цѣну, и принимая въ соображеніе сравнительные результаты кесарскаго сѣченія и искусственнаго выкидыша, мы придемъ къ заключенію, что *въ высшихъ степеняхъ суженія таза кесарское сѣченіе заслуживаетъ преимущество предъ выкидышемъ*. Изъ двухъ золъ мы выбираемъ меньшее, т. е. кесарское сѣченіе на томъ основаніи, что оно даетъ возможность спасти большую сумму жизней. Отдавая въ этомъ случаѣ преимущество кесарскому сѣченію, мы нисколько не думаемъ утверждать, что *врачу можно всегда обойтись безъ искусственнаго выкидыша. Операция эта имѣетъ прямое показаніе во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при абсолютномъ суженіи таза состояніе здоровья беременной таково, что съ большимъ вѣроятіемъ можно заключить, что женщина не выдержитъ кесарскаго сѣченія*: здѣсь, слѣдовательно, было бы въ высшей степени неблагоприятно ожидать конца беременности и не предпочесть искусственнаго выкидыша, чтобы сохранить хоть одну жизнь.

Итакъ, отвѣтъ нашъ на вопросъ: *кесарское ли сѣченіе или искусственный выкидышъ при высшихъ степеняхъ суженія таза*, — мы формулируемъ слѣдующимъ образомъ:

*Если со стороны здоровья беременной нѣтъ никакихъ противопоказаній къ кесарскому сѣченію, т. е. если есть надежда на благопріятный исходъ, то всегда слѣдуетъ выждать конца беременности и предпочесть кесарское сѣченіе.*

*Напротивъ, если здоровье беременной таково, что не даетъ возможности предвидѣть благопріятный исходъ отъ кесарскаго сѣченія, то должно рѣшиться на искусственный выкидышъ.*

**II. Неукротимая рвота беременныхъ** довольно часто служила показаніемъ къ возбужденію искусственнаго выкидыша. Всякому акушеру извѣстно, что рвота беременныхъ, составляющая при обыкновенныхъ условіяхъ весьма маловажный припадокъ, можетъ дойти иногда до такой степени, что угрожаетъ беременной неминуемою опасностью — умереть отъ истощенія. Такъ, *Daniaux* <sup>1)</sup> приводитъ 14 случаевъ рвоты, окончившейся смертью, *Dubois* <sup>2)</sup> — 10, *Joulin* <sup>3)</sup> — 19.

До 1879 г. моему наблюденію представились 4 случая вслѣдствіе неукротимой рвоты во время беременности со смертельнымъ исходомъ. Изъ нихъ въ двухъ случаяхъ беременность подтверждена, одинъ разъ изслѣдованіемъ матки зондомъ на трупѣ; другой

<sup>1)</sup> Gazette méd. de Paris 1852, p. 178. <sup>2)</sup> Gaz. méd. de Strasbourg 1847. Juillet.

<sup>3)</sup> Traité complet d'accouchem. 1867, 1126.



разъ вскрытіемъ, произведеннымъ покойнымъ проф. *Т. С. Иллискимъ*. Во всѣхъ этихъ случаяхъ беременность была въ концѣ 4-го мѣсяца.

Наблюденія эти не даютъ повода сомнѣваться въ томъ, что смерть обуславливалась совершеннымъ упадкомъ питанія, вслѣдствіе продолжительной рвоты. Многочисленныя наблюденія показали, что упорная рвота беременныхъ прекращается вслѣдствіе произвольнаго выкидыша, послѣ чего больныя быстро поправляются; поэтому невольно должна была родиться идея, — въ случаяхъ *неукротимой рвоты*, не уступающей никакому терапевтическому леченію, — прибѣгать къ искусственному опорожненію матки. И дѣйствительно, множество наблюденій, въ которыхъ при такихъ условіяхъ произведенъ былъ искусственный выкидышъ, доказываютъ весьма убѣдительно благотворное значеніе этой операціи. *Joulin* (ор. cit.), приводящій наблюденія *Delbay*, *Fabre'a* и *Gueniot*, насчитываетъ 121 случай упорной рвоты беременныхъ, изъ которыхъ 49 умерли, а 72 выздоровѣли; изъ числа этихъ послѣднихъ 31 поправились вслѣдствіе употребленія различныхъ средствъ, а 41 спасены посредствомъ искусственнаго выкидыша. *Cartaya* <sup>1)</sup> сообщаетъ 17 случаевъ искусственнаго выкидыша, изъ которыхъ 14 имѣли совершенно благопріятный исходъ и только 3 окончились смертью (вѣроятно отъ того, что выкидышъ былъ произведенъ слишкомъ поздно). Такія же наблюденія приводятъ *Горвицъ*, *Сытуинъ*, *Davis*, *R. Lee*, *Griolel*, *Cohnstein* и др.

Мнѣ пришлось произвести искусственный выкидышъ при подобныхъ условіяхъ 4 раза: однажды у женщины беременной во 2-й разъ, въ началѣ 3-го мѣсяца беременности; при первой беременности, по той же причинѣ, выкидышъ произведенъ былъ въ Парижѣ. По изгнаніи плоднаго яйца, рвота прекратилась; черезъ нѣсколько дней развился параметритъ, перешедшій впослѣдствіи въ абсцессъ. Больная выздоровѣла. У остальныхъ трехъ, послѣ выкидыша, вызваннаго у одной въ концѣ 3-го мѣсяца, а у двухъ въ половинѣ 4-го мѣсяца беременности, рвота совершенно прекратилась. Всѣ онѣ выздоровѣли и неблагоприятныхъ послѣдствій со стороны дѣтородныхъ органовъ не было. Въ послѣднее время статистика выкидыша, какъ произвольнаго, такъ и искусственнаго, по отношенію къ неукротимой рвотѣ возрасла еще болѣе. По словамъ *Cohnstein'a* въ настоящее время существуетъ уже на этотъ счетъ около 200 наблюденій. Изъ приведенныхъ авторомъ данныхъ видно, что 40% приходится на долю случаевъ, въ которыхъ послѣ выкидыша рвота тотчасъ же совершенно прекратилась. Изъ нихъ произвольный выкидышъ далъ 25%, искусственный 15%, слѣд. выгоды на сторонѣ перваго; но это еще не уменьшаетъ пользы искусственнаго выкидыша, такъ какъ менѣе благопріятные результаты при немъ объясняются просто тѣмъ, что къ нему обыкновенно приступаютъ слишкомъ поздно. Что касается до остальныхъ 60%, то на это число приходится 26% въ которыхъ рвота послѣ выкидыша не вполне прекратилась; 18%, въ которыхъ она не прекращалась; въ 4%, въ которыхъ она усилилась и, наконецъ, 12%, въ которыхъ дѣло окончилось смертью.

На основаніи этихъ наблюденій нельзя не придти къ заключенію, что въ тѣхъ *редкихъ случаяхъ рвоты беременныхъ, которые не уступаютъ никакимъ средствамъ, остается одна надежда на спасеніе беременной—это искусственный выкидышъ.*

Противники этой операціи при неукротимой рвотѣ беременныхъ (*Siebold*, *Hodges*, *Hohl Ahlfeld* и др.), для подтвержденія своего мнѣнія, ссылаются между прочимъ на то, что весьма трудно опредѣлить мо-

<sup>1)</sup> *Schmidt's Jahrbücher*, 1855, Bd. 88, p. 60.

ментъ, когда опасность достигаетъ высшей степени, т. е. когда должно рѣшаться на производство выкидыша во 2-мъ или въ 3-мъ періодѣ hyperemesis. На это мы должны замѣтить, что, съ одной стороны, притѣлительномъ наблюденіи беременной, постоянное усиленіе припадковъ, не уступающихъ настойчивому терапевтическому леченію <sup>1)</sup>, а съ другой стороны опытность, — выведуть акушера въ подобномъ случаѣ изъ затрудненія. *P. Dubois* <sup>2)</sup>, весьма тщательно изучившій этотъ предметъ, обращаетъ вниманіе на слѣдующіе припадки, которые указываютъ на сильную опасность, угрожающую беременной и необходимость прибѣгнуть къ выкидышу. Припадки эти слѣдующіе: рвота продолжается безпрестанно и ею извергается все принятое внутрь; чрезвычайная слабость, весьма частые обмороки, сильно осунувшееся лицо, постоянное лихорадочное состояніе и наконецъ кислый запахъ изо рта. Если дѣло дошло до этихъ припадковъ (т. е. до 2-го періода hyperemesis) и если тщетно испытаны были всѣ извѣстныя, употребляемыя въ подобныхъ случаяхъ средства то благоразуміе требуетъ не слишкомъ медлить операціей, чтобы истощеніе беременной, сопровождающееся болѣе частыми обмороками, бредомъ и галлюцинаціями (3-й періодъ hyperemesis), не

<sup>1)</sup> Противъ рвоты беременныхъ были испытаны всевозможныя средства, начиная отъ слабыхъ растворовъ щелочей до препаратовъ синильной кислоты. Особенно много толковали въ недавнее время о благотвительномъ дѣйствіи іода. Но онъ, какъ и другія предложенныя здѣсь средства, дѣйствуетъ невѣрно. То же самое должно сказать и относительно азотно-кислаго серебра. *Simpson* (*Obstetr. Memoirs and Contrib.*, Vol. I, p. 349) увѣряетъ, что онъ съ успѣхомъ употреблялъ противъ рвоты беременныхъ препараты *церія* (*oxalas et nitras cerii*). Онъ давалъ щавелекислый и азотнокислый церій по 2 гр. на приемъ (въ водномъ растворѣ или пилюляхъ), 3 раза въ день. Я долженъ сказать, что особенной пользы отъ церія я не видалъ. Послѣ того, какъ убѣдился, что чрезмѣрная рвота беременныхъ нерѣдко обуславливается воспалительнымъ состояніемъ маточной шейки (*Dance, Cley* и др.), стали съ большою пользою прибѣгать къ пиявкамъ. Трехъ или четырехъ пиявокъ, приставленныхъ ко влагалищной части, бываетъ иногда достаточно для прекращенія весьма сильной рвоты. Я испыталъ это средство много разъ и съ большимъ успѣхомъ; при томъ позволяю себѣ замѣтить, что причиною рвоты беременныхъ я считаю не воспаление влагалищной части матки, а скорѣе усиленную гиперемію матки. Недавно предложенное прижиганіе маточной шейки ляписомъ я употребилъ съ пользою одинъ разъ; впрочемъ, прижиганію изъязвленной маточной шейки предшествовало приставленіе пиявокъ. Въ подобныхъ случаяхъ *прижимаютъ только наружную поверхность влагалищной части, не касаясь канала ея.* *Ahlfeld* совѣтуетъ выжидательное леченіе и кормленіе беременныхъ въ горизонтальномъ положеніи, во избѣжаніе анеміи мозга, появляющейся всякій разъ при попыткѣ подняться. *Schüking* (*Purgmont*) неоднократно съ успѣхомъ примѣнялъ вливаніе въ прямую кишку воды, въ количествѣ до двухъ литровъ изъ источника *Helenebrunnen* въ Пирмонтѣ, подогрѣтой до температуры тѣла. Вливанія эти онъ продолжалъ дѣлать въ теченіи нѣсколькихъ недѣль. Наконецъ нужно упомянуть еще о томъ, что наклоненіе матки впередъ (*anteversio*) нерѣдко обуславливаетъ весьма упорную рвоту. *C. Mayer* съ большимъ успѣхомъ употреблялъ въ подобныхъ случаяхъ губку, которую онъ подкладывалъ подъ влагалищную часть; по исправленіи положенія матки, рвота прекращалась. Во всякомъ случаѣ при упорной рвотѣ беременныхъ не слѣдуетъ ограничиваться назначеніемъ того или другаго эмпирическаго средства, а стараться разъяснить причину рвоты точнымъ изслѣдованіемъ каждаго даннаго случая.

<sup>2)</sup> *Savaux*, op. cit., p. 292.

лишило насъ послѣдней возможности прибѣгнуть къ искусственному выкидышу, какъ единственному и послѣднему средству для спасенія беременной.

**III. Другія показанія къ искусственному законному выкидышу.** Кромѣ высшихъ степеней сѣуженія таза и неукротимой рвоты въ учебникахъ приводится еще слѣдующія показанія, которыя, за исключеніемъ первыхъ двухъ, мы здѣсь рассмотримъ преимущественно съ критической точки зрѣнія.

1) *Острое воспаленіе почекъ.* Выше мы указали на воспаленіе почекъ какъ на показаніе къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ. Понятно, что если явленія воспаленія почекъ достигаютъ значительной степени уже въ началѣ беременности, то *eo ipso* слѣдуетъ вызвать выкидышъ на томъ же основаніи, какъ и преждевременные роды.

2) *Прогрессивная пернициозная анэмія*, по *Gusserow*'у (въ 1871 г.) и *Hofmeier*'у (въ 1878 г.), служитъ показаніемъ къ искусственному прерыванію беременности. Несмотря на то, что рѣзкіе симптомы прогрессивной пернициозной анэміи (вѣрнѣе олигоцитэміи) появляются лишь во второй половинѣ беременности, а также и на то, что беременность въ такихъ случаяхъ нерѣдко сама по себѣ оканчивается преждевременно, тѣмъ не менѣе, на основаніи имѣющихся въ литературѣ данныхъ, полагаю болѣе полезнымъ, не ожидая значительнаго ухудшенія этой болѣзни, прервать беременность въ началѣ ея, такъ какъ несомнѣнно, что съ прекращеніемъ беременности, въ первые 2—3 мѣсяца ея, шансы на улучшеніе общаго состоянія должны улучшиться. Изъ собранныхъ (*Graefe* <sup>1)</sup>) 25 случаевъ только въ трехъ больныхя поправились отъ этой болѣзни послѣ выкидыша, остальные же умерли вскорѣ послѣ родовъ; изъ послѣднихъ 12 родили преждевременно.

3) *Наклоненіе назадъ беременной матки* (*retroversio uteri gravidi*), какъ извѣстно, можетъ подать поводъ къ весьма опаснымъ припадкамъ, обуславливающимся главнымъ образомъ, съ одной стороны, ущемленіемъ смѣщенной матки въ полости таза, съ другой же, вслѣдствіе задержанія мочи, переполненіемъ мочеваго пузыря угрожающимъ разрывомъ его. Если при такихъ условіяхъ катетеризмъ мочеваго пузыря и обыкновенные приемы, служащіе для исправленія положенія матки, не удаются, то для избѣжанія неминуемой опасности, угрожающей беременной, совѣтуютъ прибѣгнуть къ искусственному выкидышу. Невправимое смѣщеніе беременной матки назадъ можетъ имѣть слѣдствіемъ величайшую опасность для беременной (ущемленіе и воспаленіе какъ матки, такъ и окружающихъ ее органовъ; растяженіе мочеваго пузыря),— что доказывається множествомъ наблюденій, разсѣянныхъ въ литературѣ. Мы сами наблюдали одинъ случай, въ которомъ у женщины, беременной во второй разъ, на 4-мъ мѣсяцѣ беременности произошло наклоненіе матки назадъ, которое намъ удалось вправить два раза; въ третій же разъ всѣ попытки, предпринятыя нами для исправленія положенія матки, оказались тщетными и больная вскорѣ умерла. При такихъ условіяхъ, когда

<sup>1)</sup> Ueber d. Zusammenhang d. progressiven perniciosen Anämie mit d. Gravidität. Inang. Diss. Halle a/S. 1880.

истощены всѣ средства для исправленія положенія наклоненной назад матки, — не остается ничего болѣе, какъ прибѣгнуть къ искусственному выкидышу.

Но бываютъ такіе случаи наклоненія матки назадъ, въ которыхъ влагалищная часть обращена до такой степени вверхъ, за лонное сочлененіе, что нѣтъ никакой возможности ввести зондъ въ полость матки. Въ подобныхъ отчаянныхъ случаяхъ опорожненіе пузыря катетеромъ, или даже помощью прокола (*paracentesis vesicae urin.*), какъ это предложили *Hunter*, *Sabatier* и *Schmitt*, можетъ оказаться бесполезнымъ, такъ какъ и послѣ выпущенія мочи матку все-таки иногда нельзя бываетъ вправить <sup>1)</sup>. Здѣсь ничего болѣе не остается какъ прибѣгнуть къ *проколу матки* лучше чрезъ рукавъ, нежели черезъ прямую кишку. Способъ этотъ предложенъ былъ *Hunter*'омъ и исполненъ съ успѣхомъ *Jouvel*'емъ, *Viricel*'емъ, *Martin*'омъ и другими.

4) *Выпаденіе беременной матки*, если оно *невыправимо*, можетъ послужить показаніемъ къ искусственному выкидышу. Опасность, которая угрожаетъ здѣсь беременной, зависитъ тоже отъ ущемленія матки и давленія ея на пузырь и прямую кишку; къ этому можетъ присоединиться также, въ болѣе или менѣе сильной степени, воспаленіе этихъ органовъ. При подобныхъ условіяхъ обыкновенно выкидышъ происходитъ самъ собою. Если же матка *выправима*, то беременность протекаетъ безъ особенныхъ явленій, до нормальнаго срока. Поэтому искусственный выкидышъ можетъ потребоваться здѣсь въ весьма исключительныхъ случаяхъ, т. е. тамъ гдѣ при упомянутыхъ осложненіяхъ не произойдетъ произвольнаго выкидыша, а между тѣмъ беременной угрожаетъ серьезная опасность.

5) *Фиброзныя опухоли матки*, въ особенности если онѣ занимаютъ нижній сегментъ ея, и если притомъ ихъ нельзя смѣстить вверхъ, могутъ подать поводъ къ ущемленію матки въ полости таза. Подобные случаи однако бываютъ, безъ сомнѣнія, чрезвычайно рѣдко. Рѣшиться здѣсь на искусственный выкидышъ было бы неблагоприятно, такъ какъ напередъ нельзя предвидѣть тѣхъ измѣненій, которыя произойдутъ въ подобныхъ случаяхъ; кромѣ того многія наблюденія положительно доказываютъ, что фибромы, если и не смѣщаются вверхъ, то до такой степени размягчаются при дальнѣйшемъ теченіи беременности, что не могутъ служить серьезнымъ препятствіемъ во время родовъ. Если бы подъ конецъ беременности или во время родового акта оказалось, что фиброма не смѣщается вверхъ и что вслѣдствіе этого нѣтъ возможности вывести младенца чрезъ естественные пути, то остается еще въ резервѣ кесарское сѣченіе.

<sup>1)</sup> Не говоря уже о томъ, что въ случаѣ, гдѣ вслѣдствіе предшествовавшихъ воспаленій произошли сращенія дна матки съ окружающими частями, опорожненіе пузыря не принесетъ существенной пользы, можетъ случиться, что и при отсутствіи сращеній, несмотря на повторное опорожненіе пузыря, все-таки нельзя будетъ вправить наклоненную матку. Это будетъ имѣть мѣсто тамъ, гдѣ наклоненная назадъ матка лежитъ почти вертикально. См. весьма поучительный случай подобнаго рода, описанный *Hardberg*'омъ въ *Monatsschr. f. Geburtsk.* 1869.

То же самое должно сказать о различных опухолях, развивающихся въ тазу.

б) *Ракъ матки*, по *Scanzoni* и нѣкоторымъ другимъ, составляетъ показаніе къ искусственному выкидышу. Съ этимъ ни въ какомъ случаѣ нельзя согласиться. Мнѣніе *Scanzoni* основано на опасеніи, что роды, вслѣдствіе раковаго новообразованія, занимающаго маточную шейку, а, можетъ быть, и нижній отрѣзокъ ея, чрезвычайно замедляются, роженица подвергается сильной опасности вслѣдствіе кровотеченія, плодъ же рождается мертвымъ по причинѣ замедленія родовъ. Этими доводами *Scanzoni* старается обставить разбираемое нами показаніе. По моему мнѣнію, рациональнѣе при этомъ принять въ соображеніе двоякаго рода обстоятельства. Если ракъ ограничивается перерожденіемъ только влагалищной части, то роды, какъ это упомянуто было уже выше, хотя и замедляются, но могутъ еще окончиться благополучно какъ для роженицы, такъ и для плода или сами собою, или при помощи извѣстныхъ пособій, какъ то: надрѣзовъ зѣва, щипцовъ и т. п. <sup>1)</sup>. Если же ракъ уже въ началѣ беременности распространенъ до такой степени, что нельзя надѣяться на благополучное окончаніе родовъ, то тѣмъ болѣе было бы нераціонально прибѣгать здѣсь къ выкидышу. Во-первыхъ при такомъ развитіи новообразованія, возбужденіе выкидыша и самый актъ его могутъ стоить жизни беременной, вслѣдствіе чрезмѣрнаго кровотеченія; во-вторыхъ, мы абсолютно рискуемъ жизнью плода, спасти котораго возможно подъ конецъ беременности. Кромѣ того не должно забывать, что женщина, у которой раковое новообразованіе достигло такой степени, что естественные роды невозможны, абсолютно приговорена къ смерти самою сущностью ея болѣзни. Поэтому, для устраненія на самое короткое время угрожающей ей опасности, пожертвовать жизнью плода — было бы въ высшей степени неблагоприятно. Здѣсь остается одно средство — кесарское сѣченіе, которое не подвергаетъ роженицу абсолютной опасности и даетъ надежду на сохраненіе плода. Вслѣдствіе всего этого, ракъ матки *ни въ какомъ случаѣ не долженъ служить показаніемъ къ искусственному выкидышу*, и мы совершенно согласны съ *J. Simpson*'омъ, который насчетъ этого показанія высказывается слѣдующимъ образомъ: „вызываніе при подобныхъ обстоятельствахъ искусственнаго выкидыша или преждевременныхъ родовъ, совѣтуемое тѣмъ или другимъ авторитетомъ, мы считаемъ по-

<sup>1)</sup> Много интересныхъ данныхъ на счетъ этого предмета можно найти у *Ch. West*'а въ его *Lectures on Diseases of women*. P. I, 1856, p. 237. Онъ приводитъ 74 случая осложненія беременности ракомъ матки; 41 роженица умерла или во время родовъ, или же непосредственно послѣ нихъ (высшія степенн развитія карциномы); 33 *оправились* послѣ родовъ. Изъ 72 дѣтей 47 родились мертвыми, а 25 живыми.

См. также объ этомъ: *J. Simpson* Vaginal hysterotomy etc. in *Labours obstructed by uterine and vaginal cancer. The obstetric Memoirs and Contributions* 1855. T. I, 648. *Otto Spiegelberg*: Geburt, complicirt mit Carcinom des Gebärmutterhalses etc. *Monatsschr. f. Geburtsk.*, 1858. Bd. XI, p. 110.

ступкомъ, не оправдываемымъ ни нравственными началами, ни научными данными“.

7) *Фиброзныя опухоли яичниковъ и широкихъ связокъ, а равно кисты изъ и окаменѣлый плодъ (Lithopaccion)* ни въ какомъ случаѣ не служатъ показаніемъ къ искусственному выкидышу. На основаніи тѣхъ же доводовъ, которые приведены нами въ главѣ объ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ, гораздо рациональнѣе вправить кисту или прибѣгнуть къ проколу ея или къ оваріотоміи, если бы она въ значительной степени давила на беременную матку. Что же касается фиброидовъ яичниковъ и широкихъ связокъ, то они едва ли могутъ подать поводъ къ ущемленію матки и разрости до такой степени, чтобы ихъ нельзя было оттѣснить вверхъ, въ брюшную полость.

8) *Ущемленныя грыжи вообще, и въ частности грыжи беременной матки* считались показаніями къ искусственному выкидышу. Первыя не могутъ служить показаніемъ потому, что выкидышъ не устраиваетъ ущемленія кишки. Вторыя встрѣчаются весьма рѣдко, вообще рѣже грыжъ гинекологической матки. Изъ всѣхъ грыжъ беременной матки только тѣ случаи могутъ служить показаніемъ къ искусственному выкидышу, въ которыхъ беременная матка помѣщается въ паховой или бедренной грыжѣ; само собою разумѣется, что прежде всего необходимо попытаться вправить грыжу, т. е. беременную матку; если же вправление не удастся, то не слѣдуетъ откладывать производство выкидыша. *Spiegelberg* предлагаетъ въ такихъ случаяхъ сдѣлать грыжесѣченіе и, расширивъ грыжевое кольцо, вправить беременную матку. *Ladesme*, изъ Саламанки, произвелъ въ 1840 г. гистеротомію съ благопріятнымъ исходомъ для матери и младенца, въ случаѣ, въ которомъ 8-ми-мѣсячная беременная матка помѣщалась въ правой паховой грыжѣ. Остальные же виды грыжъ, въ мѣшкѣ которыхъ помѣщается матка, появляются обыкновенно во второй половинѣ беременности; сюда мы причисляемъ: а) т.-наз. грыжи бѣлой линіи, причемъ беременная матка продвигается въ промежутокъ между разошедшимися *mm. recti abdominis*, вслѣдствіе чего образуется отвислый животъ; б) пупочныя грыжи и с) грыжи, мѣшокъ которыхъ состоитъ изъ растянутой беременною маткою рубца, оставшагося послѣ чревосѣченія. Послѣдній видъ грыжъ беременной матки встрѣчается въ настоящее время чаще, чѣмъ прежде; во всѣхъ этихъ трехъ видахъ грыжъ беременность можетъ окончиться въ срокъ, для чего, во избѣжаніе смѣщенія и перегѣба матки вперед, достаточно бываетъ соблюденія нѣкоторыхъ предосторожностей и наложенія соотвѣтствующей повязки. Если же время упущено и беременная доходила до конца, то приходится прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію. *Trautmann* въ 1610 г., въ Виттенбергѣ, произвелъ кесарское сѣченіе въ случаѣ, въ которомъ беременная матка помѣщалась въ грыжевомъ мѣшкѣ, происшедшемъ отъ растяженія стараго рубца.

9) *Разрывъ матки* ни въ какомъ случаѣ не можетъ быть показаніемъ къ искусственному выкидышу, во-1-хъ потому, что разрывы матки происходятъ чаще во время родовъ и во второй половинѣ беременности

и, во-2-хъ потому, что въ литературѣ имѣется нѣсколько случаевъ, въ которыхъ женщины съ зажившимъ разрывомъ матки отъ предшествовавшихъ родовъ, рожали благополучно въ срокъ. Кромѣ того, распознаваніе разрыва въ раннемъ періодѣ весьма трудно и почти невозможно; къ тому же мы лишены бываемъ возможности подать своевременно помощь. Поводомъ къ этому показанію послужило искусственное возбужденіе преждевременныхъ родовъ *Collins*омъ, произведенное имъ съ цѣлью предотвратить повтореніе происшедшаго и зажившаго при предшествовавшей беременности разрыва матки.

10) *Воспаленіе беременной матки и брюшины*, какъ бы оно ни было развито, не можетъ служить показаніемъ къ искусственному выкидышу. Въ этихъ случаяхъ должно ограничиваться употребленіемъ приличныхъ противовоспалительныхъ средствъ; механическіе же приемы для возбужденія выкидыша могутъ только усилить воспаленіе, а слѣдовательно и опасность, угрожающую беременной.

11) *Полипъ матки*, если они причиняютъ опасное кровотеченіе и притомъ не могутъ быть удалены хирургическимъ путемъ. Показаніе это не такъ состоятельно, какимъ оно кажется на первый взглядъ <sup>1)</sup>. Здѣсь могутъ быть два обстоятельства: если полипъ внутриматочный, то онъ въ большинствѣ случаевъ не дастъ кровотеченія, да если и было бы кровотеченіе, то все-таки оно не можетъ послужить показаніемъ къ искусственному выкидышу, такъ какъ распознаваніе полипа при этихъ условіяхъ невозможно; если же полипъ уже вышелъ изъ цервикальнаго канала, то отнятіе его не представляетъ никакихъ затрудненій и притомъ весьма часто остается безъ всякаго ущерба для беременности.

12) *Кровотеченіе изъ полости матки*, зависящее вообще отъ неправильнаго прикрѣпленія дѣтскаго мѣста и въ особенности отъ предлежанія его. Наблюденія *Ramsbotham*'а, *Busch*'а, *Credé*, *Hohl*'я и др. доказываютъ, что кровотеченіе въ ранніе періоды беременности нерѣдко обусловливается предлежаніемъ плаценты. Если кровотеченіе продолжается уже значительное время, то въ большинствѣ случаевъ выкидышъ происходитъ самъ собою и намъ остается лишь ускорить произвольный выкидышъ. Но если, несмотря на продолжительное кровотеченіе выкидышъ не наступаетъ и, между тѣмъ, появляются симптомы остраго малокровія, то необходимо приступить къ искусственному выкидышу.

13) *Съуженія влагалища* (*stenosis vaginae*) не должны служить поводомъ къ искусственному выкидышу, такъ какъ множество случаевъ какъ нельзя убѣдительнѣе доказываютъ, что даже весьма значительныя суженія рукава размягчаются во время беременности и растягиваются безъ особеннаго труда во время родоваго акта. Въ противномъ случаѣ оно требуетъ искусственнаго расширенія соотвѣтственно каждому отдѣльному случаю.

14) *Большии органы дыханія и кровообращенія, какъ-то: воспаленія легкихъ, грудной плевы, околосердечной сумки, аневризмы и пр.*,

<sup>1)</sup> См. вышеприведенную ст. *М. Горвица* „Объ осложненіи родильнаго состоянія фиброзными полипами матки“.



не могут служить показаніемъ къ искусственному выкидышу. Въ главѣ о преждевременныхъ родахъ мы уже упомянули о томъ, что прерываніе беременности въ подобныхъ случаяхъ имѣеть мѣсто только тогда, если увеличенная въ объемъ матка стѣсняетъ органы дыханія и кровообращенія и вызываетъ припадки задушенія. Эти припадки въ первые мѣсяцы беременности не достигаютъ высокой степени. Нужно еще замѣтить, что если воспаленіе легкихъ и т. п. достигаетъ извѣстной силы, то выкидышъ болѣею частью происходитъ самъ собою. Поэтому въ подобныхъ случаяхъ рациональнѣе придерживаться выжидательнаго способа леченія и противъ даннаго болѣзненнаго состоянія употреблять извѣстныя средства согласно правиламъ терапіи.

15) Не думаю, чтобы беременность въ ранніе періоды могла имѣть какое-либо вліяніе на кровоизліяніе въ мозгу, а тѣмъ болѣе обуславливать таковое. Вызываніе выкидыша здѣсь можетъ усилить только приливъ крови къ нервнымъ центрамъ и, слѣдовательно, увеличить опасность, угрожающую беременной.

16) *Эклампсія* въ первую половину беременности составляетъ чрезвычайную рѣдкость. Еслибы мы имѣли дѣло съ нею въ первые мѣсяцы беременности, то на искусственный выкидышъ не должно рѣшаться на тѣхъ же основаніяхъ, на которыхъ мы избѣгаемъ возбуждать при той же болѣзни искусственные преждевременные роды.

17) *Hydramnios* по мнѣнію *Chailly-Honoré, Cazeaux, Spiegelberg*'а и др., можетъ быть поводомъ къ искусственному выкидышу, если въ первые мѣсяцы беременности накопленіе околоплодной жидкости достигаетъ такой степени, что производитъ разстройство дыханія (одышку и пр.). Хотя мы сами ни разу не наблюдали въ своей практикѣ такого чрезвычайнаго накопленія околоплодной жидкости, однако въ акушерской литературѣ есть немало наблюденій подобнаго рода (*Duclos, Evrat, Ingleby* и др.). Накопленіе околоплодной жидкости, какъ видно изъ этихъ наблюденій, идетъ такъ быстро, что матка, хотя беременность не достигла еще конца 5-го или 6-го мѣсяцевъ, представляется въ объемѣ какъ въ концѣ беременности. *Hydramnios* обуславливаетъ здѣсь такія же разстройства въ дыханіи, какъ громадное накопленіе жидкости въ полости живота. Если дѣло дошло до такой степени, то нерѣдко наступаетъ произвольный выкидышъ; но, если бы онъ не произошелъ, а между тѣмъ разстройство дыханія все усиливалось бы, то очевидно, что для спасенія беременной не остается ничего болѣе, какъ рѣшиться на искусственный выкидышъ.

При производствѣ выкидыша при подобныхъ условіяхъ, для избѣжанія быстраго опорожненія матки, должно стараться проколоть плевы не надъ внутреннимъ отверстіемъ канала маточной шейки, а гораздо выше. Въ случаѣ зарощенія наружнаго зѣва и цервикальнаго канала можно рѣшиться, по *Cazeaux*, на проколъ плевъ чрезъ сводъ рукава, вблизи маточнаго зѣва. Намъ кажется, что съ этимъ можно согласиться только въ такомъ случаѣ, если бы продолженіе срощенія зѣва и канала маточной шейки потребовало много времени, а между тѣмъ опасность, угрожающая беременной, достигла бы весьма значительной степени. *Campet* и *Scarpa* предлагаютъ при подобныхъ условіяхъ производить проколъ плевъ по бѣлой линіи, между пупкомъ и симфизомъ.



18) *Гидротическія скопленія въ различныхъ полостяхъ*, какъ то: водянка грудная (hydrothorax), брюшная (ascites), ни въ какомъ случаѣ не могутъ служить показаніемъ къ искусственному выкидышу. Операция эта въ подобныхъ случаяхъ нисколько не устранитъ опасности, угрожающей беременной. Здѣсь остается одно средство — проколъ и выпущеніе жидкости изъ той полости, въ которой она находится.

Резюмируя все вышеизложенное, мы видимъ, что изъ длиннаго ряда показаній къ искусственному выкидышу остаются только весьма немногія, раціональность которыхъ подтверждается многочисленными наблюденіями.

Показанія слѣдующія:

а) *Абсолютное суженіе таза* тогда только можетъ служить показаніемъ къ искусственному выкидышу, если состояніе здоровья беременной исключаетъ всякую надежду на успѣхъ кесарскаго сѣченія.

б) *Неукротимая рвота беременныхъ*, причиняющая сильное изнуреніе, угрожающее опасностью жизни и не уступающая раціональной терапіи. Показаніе это до сихъ поръ всего чаще служило поводомъ къ искусственному выкидышу.

в) *Воспаленіе почекъ* и д) *прогрессивная пернициозная анемія* должны служить показаніемъ къ искусственному законному выкидышу, потому что послѣ выкидыша и тотъ и другой процессы въ большинствѣ случаевъ прекращаются или ослабѣваютъ.

е) Наклоненіе беременной матки назадъ, если произошло воспаленіе и ущемленіе ея въ тазу и если всѣ средства для приподнятія и исправленія положенія матки остаются безъ успѣха.

Другія же, упомянутыя нами показанія или совсѣмъ не выдерживаютъ критики, или же могутъ имѣть значеніе только въ весьма рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ.

## ГЛАВА XI.

Акушерскій поворотъ. (Versio obstetricia. Die geburtshilfliche Wendung. Version. Version or turning).

**Опредѣленіе.** Акушерскимъ поворотомъ вообще называется операція, посредствомъ которой данное положеніе плода, помощью извѣстныхъ приѣмовъ, замѣняется другимъ, — обыкновенно поперечное или косое, или такъ-называемое испорченное положеніе превращается въ одно изъ продольныхъ, иногда же одно предлежаніе замѣняется другимъ, напр. черепное — ножнымъ

**Цѣль** поворота, какой бы онъ ни былъ, состоитъ въ томъ, чтобы положеніе плода, при которомъ роды одними силами природы невозможны безъ вреда для роженицы и плода, или по крайней мѣрѣ весьма трудны превратить въ такое, при которомъ роды могутъ окончиться или сами собою, или же при помощи еще другаго какого-либо пособія со стороны искусства. Такъ напр., роды при поперечныхъ и косыхъ положеніяхъ плода только въ весьма исключительныхъ случаяхъ могутъ окончиться сами собою, но по большей части съ большимъ вредомъ или для матери, или для плода, или же для обоихъ вмѣстѣ. При такихъ-то условіяхъ задача искусства состоитъ въ томъ, чтобы поперечное положеніе замѣнить такимъ, при которомъ роды могутъ совершаться нормальнымъ образомъ, т. е. превратить его въ черепное или тазовое положеніе, — что и достигается помощью акушерскаго поворота. Кромѣ этой существенной цѣли акушерскаго поворота, состоящей въ превращеніи такъ-называемыхъ неправильныхъ положеній въ правильныя или нормальныя, операція эта можетъ быть предпринимается и при положеніяхъ плода совершенно нормальныхъ (черепныхъ) на основаніи спеціальныхъ показаній, о которыхъ сказано будетъ въ своемъ мѣстѣ.

*Поворотъ раздѣляется: по производству на а) наружный, — когда онъ совершается помощью однихъ только наружныхъ приѣмовъ чрезъ брюшныя и маточныя стѣнки, б) внутренний, — если онъ производится рукою акушера, введенною въ полость матки; наконецъ, в) смѣшан-*

ный, — если онъ производится помощью наружныхъ и внутреннихъ приемовъ одновременно. Раздѣленіе поворота на внутренній и смѣшанный я допускаю только для удобнѣйшаго изложенія предмета; въ практикѣ же это разграниченіе почти невозможно.

Смотря по тому, какая часть плода низводится ко входу таза, поворотъ бываетъ: а) поворотъ на тазовой конецъ (одну или обѣ ножки, на колѣно и на ягодицы) и б) на головку.

Сперва рассмотримъ внутренній поворотъ; при этомъ начнемъ съ поворота на ножки, какъ операціи, имѣющей самое обширное примѣненіе, потомъ перейдемъ къ повороту на головку и окончимъ поворотомъ на ягодицы.

## А. ВНУТРЕННІЙ ПОВОРОТЪ.

### 1. Поворотъ на ножки (*Versio foetus in pedes. Wendung auf die Füße. Version podalique. The podalic version.*)

**Историческія замѣчанія.** Поворотъ на ножки принадлежитъ къ числу тѣхъ акушерскихъ операцій, о которыхъ не находимъ даже и намекъ въ дошедшихъ до насъ сочиненіяхъ гиппократовской школы. Если вспомнимъ, что предлежаніе тазовымъ концемъ считалось въ древней медицинѣ положеніемъ не естественнымъ, не нормальнымъ, то понятно, что древніе врачи не могли и думать оканчивать роды, производя искусственно подобное положеніе. Напротивъ, въ книгахъ *Hippocrates'a* (de exsectione foetus ex utero) мы находимъ совѣтъ — непременно вправлять обратно въ матку ручки, выпавшія во время родовъ; тотъ же самый совѣтъ дается и при выпаденіи (слѣдовательно предлежаніи) ножекъ (*Quodsi crus prominat, hoc quoque retro propellendum*). Считая только черепныя положенія нормальными по преимуществу, врачи гиппократовской школы исключительно допускали только поворотъ на головку. *Zelus* считается первымъ древнимъ писателемъ, упоминающимъ о поворотѣ на ножки. Онъ говоритъ только о поворотѣ на мертвомъ плодѣ и, повидимому, раздѣляетъ предубѣжденіе жившихъ до него врачей, отдавая очевидное преимущество повороту на головку. *Soranus Ephesus* былъ хорошо знакомъ съ поворотомъ на ножки, часто производилъ его на живомъ плодѣ и совѣтовалъ прибѣгать къ нему даже при черепныхъ положеніяхъ. Показанія къ повороту и правила его производства изложены у *Soranus'a* замѣчательно разумно. Поворотъ извѣстенъ былъ также и современнику *Soranus'a* — *Moschion'у*, который прямо говоритъ, что посредствомъ этой операціи можно спасти младенца. По свидѣтельству *Aëtius Amidensis'a*, *Philumenos* зналъ весьма хорошо эту операцію, но совѣты его прибѣгать къ ней относятся только къ повороту мертваго плода. Эти скудныя свѣдѣнія о поворотѣ, оставленныя намъ древними, вскорѣ были совершенно забыты и, только спустя нѣсколько вѣковъ, о поворотѣ снова заговорилъ знаменитый *Ambrosius Paré* (1550); которому безспорно и всецѣло принадлежитъ великая заслуга, какъ восстановителю этой операціи. Ученіи его — *J. Guillemeau* и *Pierre-Franco*<sup>1)</sup>, еще болѣе распространили ученіе о поворотѣ и съ тѣхъ поръ операція эта получила право гражданства въ акушерствѣ французскіе акушеры неуслыно разрабатывали эту операцію и заслуги *Louise Bourgeois*, *G. de la Motte'a*, *Mauvricau*, *Viardel'a Portal'a* навсегда останутся памятными въ нашей наукѣ. Особенно мы должны упомянуть о *Lever'ѣ*, установившемъ показанія къ повороту и значительно усовершенствовавшемъ технику его. Въ Германіи *Justina Siegemundin* считается одною изъ первыхъ, учившихъ о выгодахъ этой операціи; она свя-

<sup>1)</sup> Исслѣдованія *Siebold'a* и *Kilian'a* доказываютъ, что *P.-Franco* повторилъ только то, что было сказано объ этомъ его учителемъ.

зата свое имя съ однимъ изъ видовъ поворота въ трудныхъ случаяхъ (*поворотъ посредствомъ двойнаго ручнаго приема*). Изъ числа акушеровъ, разрабатывавшихъ технику поворота (*Smellie, Stein* старш. *Boër, Wenzel, Deleury* и др.), мы указываемъ въ особенности на *Joerg'a*, учившаго, что поворотъ на ножки и извлечение за ножки суть двѣ различныя, самостоятельныя операцин, изъ коихъ каждая имѣетъ свои опредѣленныя положительныя показанія. Это ученіе *Joerg'a* имѣло весьма важное вліяніе на дальнѣйшую судьбу разсматриваемой нами операцин.

Поворотъ на ножки при извѣстныхъ степеняхъ суженія таза разработанъ главнымъ образомъ m-me *Laschappelle, Simpson'*омъ и *C. Martin'*омъ; затѣмъ опъ былъ иф-которое время какъ бы забытъ и только въ послѣднее время операция эта при суженіи таза вновь вошла въ употребленіе, благодаря *C. Schoeder'*у, заявившему себя горячимъ борникомъ поворота на ножку при указанномъ обстоятельствеѣ.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Busch. Geburtshülf. Betracht. ueber d. Wendung. См. ero Geburtshülf. Abhandl., Marburg 1826. Bonheure. L'accouchement par les pieds. Paris 1836. Deutsch. De versione foetus in pedes. Dorp. Livon. 1826. Dieterich. Ueber den bei d. Wendung u. Extraction an d. Füßen stattfindenden Geburtsmechanismus. Klin. Beitr. z. Gynæk. v. Betschler u. Freund. Bd. III. Fritsch. Zur Lehre v. Ergreifen d. Füße bei d. Wendung. Arch. f. Gynæk. Bd. IV, Hft. 3. Galabin. On the choice of the leg which should be seized in version for present of the upper extremity. Obst. Trans. Vol. XIX, 1878, p. 239. Hening. Ueber d. Vortheile u. Nachtheile d. Zangengebrauches bei eng. Becken verglichen mit denen d. Wendung auf d. Füße. Monatsschr. f. Gebkd. 1865, p. 86. Haake. Ueber d. Wendung auf d. Fuss. Ploss's Zeitschr. Bd. VII, Hft 3. p. 174. v. Hoorn. Die zwei etc. Weh.-Mütter, Siphra u. Pua etc. Stockh. u. Leipz. 1726, p. 125. Kervel. Diss. sistens animadversiones in varios foetum vertendi methodas. Lugduni Botavorum 1817. Kristeller. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XXXI. Jan. Lintock. On turning in cases of disproportion. Lancet 1862, p. 285. Levy. Geschichte d. Indicationen z. Wendung auf d. Füße. Diss. Berlin 1870. Martin. Von d. Wendung auf d. Füße. Monatsschr. f. Gebkd Bd. XXVI, p. 428. Osiander. Neue Denkwürdigkeiten. Bd. 1, Hft. 2, Göttingen. Paré. Briève collection de l'administration anatomique etc. Paris 1550; см. также ero Les oeuvres etc. Six. éd. Paris 1607. De la gener. ch. 33. Stein. Programma d. versionis negotio pro genio partus salubri et noxio vicissim. Cassel. 1763. Simpson. Turning as a substit. for Craniotomy. The obstetr. Mem. Edinb. 1855, Vol. I. de Turniers. Traité des hernies etc. Lyon 1561. chap. 84. Weiss. Neues Regulativ z. Wendung. Wien 1824. Wehn. Erfahrungen u. Bemerkungen ueber d. Wendung. Gieppen 1833. Walter. Von d. Wendung auf d. Füße bei vorgefallenem Arm. Riga u. Dorpat 1834.

**Условія.** Для того, чтобы можно было приступить къ производству *внутренняго* поворота, необходимы слѣдующія условія: 1) *маточное рыллице* должно быть достаточно раскрыто; если же оно раскрыто недостаточно, напр. не болѣе, чѣмъ на 2 — 3 поперечныхъ пальца, то необходимо, чтобы оно было удоборастяжимо. 2) *Входъ въ тазъ* не долженъ быть плотно закупруженъ *предлежащею* частью плода, особенно если предлежитъ головка. Понятно, что отсутствіе этихъ условій влечетъ за собою невозможность введенія руки въ полость матки. Условія, при которыхъ совершается поворотъ, могутъ быть еще такого рода, что они или облегчаютъ, или же, напротивъ, затрудняютъ производство операцин.

Въ практикѣ необходимо строго различать эти условія, такъ какъ отъ нихъ существенно зависитъ предсказаніе относительно исхода операціи какъ для роженицы, такъ и для плода.

1) *Благопріятныя условія.* Сюда относятся: удобоподвижность плода въ маткѣ и достаточная подготовка родовыхъ путей. Цѣлость оболочекъ плоднаго яйца, какъ извѣстно, благопріятствуетъ подвижности плода; послѣ же разрыва ихъ, руководствуемся недавнимъ или несовершеннымъ истеченіемъ околоплодной жидкости, а равно нормальнымъ состояніемъ матки. Точное опредѣленіе положенія плода тоже весьма значительно облегчаетъ производство операціи. Поворотъ, производимый при сказанныхъ условіяхъ, называется *легкимъ*. Къ сожалѣнію, очень рѣдко случается дѣлать поворотъ при подобныхъ благопріятныхъ обстоятельствахъ. Это можетъ имѣть мѣсто развѣ только въ родильныхъ домахъ, клиникахъ и вообще тамъ, гдѣ акушеръ присутствуетъ отъ начала родовъ или гдѣ опытная акушерка своевременно предвидитъ, что потребуется операція и въ надлежащее время обращается къ акушеру за помощью.

2) *Неблагопріятными условіями считаются тѣ,* при которыхъ производство поворота болѣе или менѣе затрудняется или осложняется. Къ нимъ относятся: а) сильныя спазмодическія боли, доходящія до столбняка матки (*tetanus uteri*). Онѣ дѣлаютъ плодъ почти неподвижнымъ и затрудняютъ какъ введеніе руки, такъ и дѣйствіе ея въ маткѣ. Это случается при затянувшихся родахъ, особенно если послѣ истеченія водъ прошелъ болѣе или менѣе значительный промежутокъ времени; б) узкость входа влагалища; в) недостаточное раскрытіе маточнаго зѣва; д) неправильности таза; е) неизвѣстное положеніе плода; ф) невозможность ввести руку въ полость матки, по причинѣ чрезмѣрнаго увеличенія въ объемѣ распухшей, выпавшей ручки, или слишкомъ глубокаго виѣдренія въ тазъ предлежащей части плода; г) невозможность отыскать ножки или совершить поворотъ. Поворотъ, производимый при такихъ условіяхъ, называется *труднымъ поворотомъ*.

**Приготовленія къ операціи.** Для успѣннаго совершенія поворота передъ началомъ операціи, сообразно обстоятельствамъ и условіямъ, въ которыхъ находится роженица, необходимо приготовить все, что можетъ оказаться нужнымъ при производствѣ операціи. Если акушеръ не позаботится объ этомъ заблаговременно, то онъ можетъ быть поставленъ въ весьма затруднительное положеніе въ такое время, когда все его вниманіе занято совершеніемъ поворота. Подобная непредусмотрительность можетъ имѣть непріятныя послѣдствія, если у него нѣтъ подъ рукою свѣдущихъ помощниковъ. Къ приготовленіямъ относятся слѣдующія обстоятельства.

1) *Предупрежденіе роженицы и окружающихъ о необходимости операціи.* Въ настоящее время не только образованная, но даже менѣе образованная публика питаетъ большое довѣріе къ акушерскому искусству. Поэтому акушеру теперь рѣдко придется встрѣтить несогласіе какъ со стороны роженицы, такъ и окружающихъ ея. При этомъ не слѣдуетъ забывать, что было бы неблагоприятно со стороны акушера пред-

ставлять роженицѣ опасности, могуція встрѣтиться при операци; скрывать же ихъ отъ родственниковъ не слѣдуетъ. Мнѣ кажется, нѣтъ надобности предупреждать роженицу въ тѣхъ случаяхъ, когда внутренній поворотъ производится подъ хлороформомъ.

2) *Внутренній поворотъ должно производить почти всегда на поперечной кровати.* Хотя я не отвергаю, что легкій поворотъ возможно сдѣлать какъ на продольной, такъ и на полу-поперечной (*petit lit*) кровати однако совѣтую всегда производить поворотъ и особенно трудный на поперечной кровати, какъ потому, что при этомъ производство его несравненно легче, такъ и потому, что въ большинствѣ случаевъ трудно заранѣе предвидѣть, встрѣтится ли надобность въ извлеченіи младенца или нѣтъ. Объ устройствѣ поперечной кровати было уже сказано выше. Здѣсь считаемъ нужнымъ только замѣтить, что слишкомъ низкая кровать гораздо болѣе затрудняетъ производство поворота, чѣмъ кровать слишкомъ высокая. Послѣдняя неудобна въ томъ случаѣ, если, по окончаніи поворота, потребуется извлеченіе младенца, особенно въ моментъ ручного освобожденія головки.

Что касается положенія, принимаемаго при поворотахъ самимъ акушеромъ, то оно бываетъ различно, смотря по привычкѣ акушера и высотѣ кровати. Поворотъ можно произвести стоя, сидя или опираясь на колѣно. При поворотахъ легкихъ положеніе, принимаемое акушеромъ, не имѣетъ особеннаго значенія. Въ случаяхъ же затруднительныхъ, для успѣшнаго совершенія операци, несравненно выгоднѣе стоячее положеніе, потому что оно всего менѣе утомляетъ. Положеніе на одномъ, или обоихъ колѣнахъ чрезвычайно утомительно и поэтому его должно избѣгать.

Если роженица лежитъ на спинѣ, то операторъ помѣщается между бедрами ея; при положеніи же ея на боку, онъ садится или становится позади ея. Это имѣетъ мѣсто именно въ тѣхъ случаяхъ поперечнаго положенія плода, когда спинка обращена назадъ и захватываніе ножекъ затруднительно. Тутъ положеніе роженицы на боку, соответствующемъ нижнему концу плода, очень выгодно для скорѣйшаго совершенія поворота. Вообще должно сказать, что въ настоящее время при поворотѣ чаще, чѣмъ прежде, даютъ роженицѣ боковое положеніе.

Что касается *коленно-локтеваго* положенія (*à la vache*), то имъ пользуются только въ весьма рѣдкихъ и исключительныхъ случаяхъ. Оно вовсе непримѣнимо тамъ, гдѣ поворотъ приходится дѣлать подъ хлороформомъ. Прежде однако (*Deventer, Peu, Smellie*) и даже въ недавнее время (*Ritgen, Münch, Grenser*) пользовались этимъ положеніемъ довольно часто <sup>1)</sup>. Колѣнно-локтевое положеніе должно давать роженицѣ

<sup>1)</sup> Недавно *Kristeller* предложилъ замѣнять положеніе *à la vache* такимъ положеніемъ, которое дается женщицѣ при изслѣдованіи желобоватымъ зеркаломъ *M. Sims's*. Положеніе это ни что иное, какъ обыкновенное положеніе на боку, причѣмъ женщина сильно поворачиваетъ лицо книзу, вслѣдствіе чего выходитъ нѣчто среднее между обыкновеннымъ положеніемъ на боку и положеніемъ колѣнолоктевымъ. Это видоизмѣненіе въ положеніи роженицы *Kristeller* рекомендуетъ еще главнымъ образомъ потому что при немъ возможно произвести поворотъ подъ хлороформомъ.

только при сильной отвислости живота (*venter propendens*), когда ножки плода находятся вблизи дна матки и вообще въ тѣхъ трудныхъ случаяхъ поворота, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ такъ-называемымъ испорченнымъ положеніемъ плода.

Въ отношеніи выбора положенія роженицы я поступаю обыкновенно слѣдующимъ образомъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ есть возможность предвидѣть, при какомъ положеніи роженицы удобнѣе произвести операцию, помѣщаю ее на спинѣ или на боку. Возможно же это предвидѣть только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ какъ предлежаніе, такъ и положеніе плода могутъ быть опредѣлены съ точностью. Въ большинствѣ же случаевъ первоначально я помѣщаю роженицу на спинѣ; но если во время операциіи обстоятельства потребуютъ замѣнить спинное положеніе боковымъ, то это выполняется помощниками безъ выведенія операторомъ руки изъ полости матки. Переимѣнять положеніе чаще всего приходится при неудачномъ выборѣ руки и, сколько я испыталъ на дѣлѣ, это гораздо менѣе тягостно для роженицы, чѣмъ выведеніе руки изъ полости матки и вторичное введеніе другой руки. Къ колѣнно-локтевому положенію роженицы я прибѣгаю лишь при упомянутыхъ выше обстоятельствахъ и тамъ, гдѣ уже были сдѣланы неоднократныя и тщетныя попытки совершить поворотъ.

Только благодаря этому положенію, мнѣ неоднократно удавалось совершить поворотъ, несмотря на то, что до меня нѣсколько разъ рука была вводимая безъ успѣха. Въ двухъ случаяхъ было такъ называемое испорченное поперечное положеніе: предлежала передняя часть пени; передняя поверхность младенца была обращена къ передней брюшной стѣнкѣ матери, ножки его находились у дна матки; положеніе младенца было болѣе косвенное, чѣмъ поперечное. Понятно, что при этихъ условіяхъ, положеніе роженицы на спинѣ, особенно на низкой кровати, было весьма неудобно и затрудняло производство операциіи: врачу трудно было провести руку до ножекъ плода; между тѣмъ, въ колѣнно-локтевомъ положеніи это оказалось удобнѣе.

Я счелъ нужнымъ нѣсколько подробнѣе коснуться этого предмета, потому что мнѣ случалось видѣть и въ началѣ своей практики самому испытать, насколько неудобное положеніе роженицы затрудняетъ, замедляетъ, а иногда дѣлаетъ вовсе невозможнымъ совершеніе поворота.

4) Прежде чѣмъ роженица помѣщена будетъ на кровати, необходимо запастись: хлороформомъ, двумя петлями, тупымъ крючкомъ, карболлизированнымъ вазелиномъ или кюльдремомъ и оживляющими средствами, которыя могутъ понадобится для матери или для младенца; нужно имѣть также 2—3 пеленки и акушерскіе щипцы, на случай, если послѣ поворота не удастся ручное извлеченіе.

5) *Выборъ руки* при производствѣ операциіи тѣсно связанъ съ тѣмъ, извѣстно-ли положеніе плода или нѣтъ. Вообще можно принять за правило, что въ полость матки вводится та рука, которою легче и удобнѣе могутъ быть захвачены ножки. При поперечныхъ положеніяхъ плода рука избирается сообразно тому, обращена ли *спинка плода впередъ или назадъ*. Въ первомъ случаѣ предпочитается рука одноименная съ той половиной таза матери, въ которой находится тазовой конецъ плода, такъ напр., *тазовой конецъ плода въ правой половинѣ таза*—избирается



правая рука, фиг. 152, и наоборот, фиг. 153. Во второмъ случаѣ, когда спинка обращена назадъ,—правило противоположно первому, т. е.

Фиг. 152.



Фиг. 153.



избирается разноименная рука съ той половиной таза, въ которой находится тазовой конецъ плода, напр., тазовой конецъ плода въ лѣвой половинѣ таза—въ полость матки вводится правая рука, фиг. 154, и

Фиг. 154.



Фиг. 155.



наоборотъ, фиг. 155. Хотя нельзя отвергать, что въ тѣхъ случаяхъ, когда спинка обращена назадъ и ножки не слишкомъ удалены отъ входа въ тазъ, можно съ успѣхомъ достигнуть цѣли какъ правую, такъ

и лѣвою рукою, однако гораздо удобнѣе и легче дѣйствовать, придерживаясь вышесказаннаго правила, которое оказывается особенно полезнымъ при косыхъ положеніяхъ, когда ножки лежатъ у дна матки.

При черепныхъ, лицевыхъ и косыхъ положеніяхъ удобнѣе дѣйствовать тою рукою, которая, будучи введена въ полость матки, со-впала бы ладонью съ переднею поверхностью плода. Такъ, если *передняя поверхность тѣла плода обращена больше или меньше влево*, то избирается *правая* рука, фиг. 156, и наоборотъ, фиг. 157. Также

Фиг. 156.



Фиг. 157.



важно, чтобы ладонная поверхность руки оператора соответствовала передней поверхности тѣла младенца. Если положеніе плода неизвѣстно, т. е. если не знаемъ, въ какой сторонѣ находятся ножки, то вводится обыкновенно правая рука. Цѣль введенія руки въ подобныхъ случаяхъ состоитъ существенно въ распознаваніи положенія; вмѣстѣ съ тѣмъ не должно упускать изъ виду и производство поворота, если оно окажется возможнымъ; въ виду чего въ подобныхъ случаяхъ необходимо вводить руку, помѣстивъ роженицу на поперечной кровати. При удачномъ выборѣ руки ею захватываютъ ту часть, которую нужно низвести ко входу таза, при неудачномъ же — замѣняютъ ее другою.

Изложенныя нами правила для выбора руки положительно облегчаютъ производство поворота, особенно въ случаяхъ затруднительныхъ. Тѣмъ не менѣе нужно указать, что многіе авторы считаютъ возможнымъ дѣлать поворотъ безъ соблюденія принятаго мною правила; такъ *C. Braun* въ особенности старался доказать, что въ обыкновенныхъ случаяхъ поворота выборъ руки не имѣетъ существеннаго значенія. Въ томъ же смыслѣ высказываются *Scanzoni*, *Kristeller* *Fritsch* и др.

Въ случаѣ, если рука выбрава неудачно и если она уже введена въ матку, совѣтую не тотчасъ выводить ее назадъ, а напротивъ того стараться сдѣлать поворотъ этою рукою и замѣнить ее другою только въ случаѣ, если поворотъ не удастся.

Наконецъ, что касается того, вводить ли при неизвѣстности положенія ножекъ правую или лѣвую руку, то и на этотъ счетъ существуетъ разногласіе. Тѣ, которые требуютъ отъ акушера, чтобы онъ умѣлъ дѣйствовать одинаково ловко какъ правою, такъ и лѣвою рукою, совѣтуютъ вводить въ этомъ случаѣ лѣвую руку, какъ меньшую, причиняющую слѣдовательно меньше боли роженницѣ. Болѣзненность отъ введенія руки не имѣетъ никакого значенія, ибо поворотъ почти всегда производится подъ хлороформомъ. Я, съ своей стороны, совѣтую вводить правую руку, такъ какъ, вслѣдствіе привычки, мы обыкновенно можемъ дѣйствовать ею съ большею ловкостью. Замѣтимъ здѣсь кстати, что иногда поневодѣ приходится мѣнять руку, если она устааетъ и имѣетъ, что не рѣдко случается при производствѣ поворота.

6) *Выборъ времени для производства внутренняго поворота.* Не подлежитъ сомнѣнію, что своевременное производство поворота вообще весьма важно какъ въ отношеніи удачнаго и скорого окончанія операціи, такъ и въ прогностическомъ отношеніи. Всѣми единогласно принято, что всего раціональнѣе приступать къ внутреннему повороту вообще и на ножки въ особенности, когда воды готовы излиться, или же тотчасъ по излитіи ихъ, — словомъ когда плодъ еще подвиженъ. Принято, что это возможно только тогда, когда ходъ родовъ находится въ благопріятныхъ условіяхъ и если врачъ самъ ведетъ роды, или если онъ своевременно приглашенъ къ роженницѣ. Если же врачъ приглашенъ къ роженницѣ, когда благопріятное время для производства легкаго поворота уже упущено, то ему слѣдуетъ разобрать всѣ обстоятельства, затрудняющія и осложняющія производство операціи, тщательно взвѣсить ихъ и рѣшить: возможно ли производство поворота безъ грубыхъ насильій (почти всегда гибельныхъ какъ для матери, такъ и для плода), или оно уже совершенно невозможно безъ предварительнаго удаленія того или другого или нѣсколькихъ осложненій вмѣстѣ. Говоря о трудномъ поворотѣ на ножку или ножки, мы укажемъ, какъ слѣдуетъ поступать вообще относительно выбора времени для производства операціи, и въ особенности при различныхъ затрудненіяхъ и осложненіяхъ. Однако сочетаніе этихъ обстоятельствъ иногда бываетъ столь разнообразно, что изученіе ихъ возможно только путемъ клиническихъ наблюденій.

7) *Хлороформированіе роженницы и размѣщеніе помощниковъ.* Не помѣщая еще роженницу на поперечной кровати, поручаютъ болѣе опытному помощнику хлороформировать ее, затѣмъ, достигнувъ полной анестезіи, перекладываютъ роженницу на поперечную кровать, самъ же акушеръ снимаетъ верхнее платье, кольца съ пальцевъ, обнажаетъ руки выше локтей и размѣщаетъ остальныхъ помощниковъ. Одному поручаютъ удерживать неподвижно тазъ, захватывая его такъ, чтобы большіе пальцы находились въ паховыхъ сгибахъ, а остальные поверхъ тазобедренныхъ суставовъ. Этотъ же помощникъ, въ случаѣ надобности, придерживаетъ матку и содѣйствуетъ наружными манипуляціями внутреннимъ пріемамъ оператора. Второму и третьему помощникамъ поручаются ноги роженницы. Одинъ изъ нихъ (съ правой стороны роженницы) правою рукою обхватываетъ правую ногу роженницы выше лодыжекъ,

а лѣвою—выше колѣна; другой (стоящій съ лѣвой стороны роженицы), подобнымъ же образомъ укрѣпляетъ въ надлежащемъ положеніи лѣвую ногу; при этомъ соблюдаютъ, чтобы обѣ ноги не слишкомъ были разведены, чтобы онѣ были согнуты въ колѣнахъ и полусогнуты въ тазобедренномъ суставѣ. Четвертый помощникъ подаетъ инструменты и все нужное во время операціи.

Въ частной практикѣ никогда почти нельзя имѣть вышеозначеннаго числа помощниковъ. Поэтому врачу приходится ограничиваться, кромѣ акушерки, однимъ или двумя неопытными помощниками, которые найдутся въ домѣ. Размѣстивъ помощниковъ, операторъ смазываетъ тыльную поверхность ручной кисти и все предплечіе до локтя карболизированнымъ вазелиномъ и приступаетъ къ операціи.

**Производство поворота на ножку или ножки** состоитъ изъ трехъ моментовъ: 1) введенія руки въ полость матки; 2) отыскиванія и захватыванія одной или обѣихъ ножекъ и 3) собственно поворота (*evolution, mutation (Velpeau), pelotonnement (P. Dubois), versio propriae dicta*).

Возьмемъ для примѣра случай *лежаго поворота* при цѣлости оболочекъ плоднаго яйца. Положеніе плода: спинка впередъ, головка влѣво; слѣдовательно мы имѣемъ дѣло съ *переднимъ видомъ перваго поперечнаго положенія* (см. ф. 152). Положеніе роженицы на спинѣ, на поперечной кровати.

**1-й моментъ. Введеніе руки въ полость матки.** Во взятомъ нами

Фиг. 158.



случаѣ, на основаніи вышеприведенныхъ правилъ, вводится правая рука. Сложивши пальцы конусообразно такимъ образомъ, какъ это представлено на фф. 158 и 159, операторъ становится или садится лицомъ къ роженицѣ и во время перемены потугъ вводитъ руку въ маточный рукавъ по направленію оси таза и осторожными и равномерно-ротаторными движеніями подвигаетъ ее впередъ <sup>1)</sup>. Въ началѣ введенія руки большой палецъ соотвѣтствуетъ лонному сочлененію, поперечные же размѣры ладони совпадаютъ съ косыми или прямыми размѣрами таза. Коль скоро самая широкая часть руки проникла въ рукавъ, то вводятъ и большой палецъ и затѣмъ поворачиваютъ

Фиг. 159.



руку такимъ образомъ, чтобы тыльная поверхность ея помѣстилась въ крестцовой впадинѣ, или же, по совѣту нѣкоторыхъ французскихъ акушеровъ, чтобы рука находилась въ среднемъ положеніи между супинаціей и пронаціей. Дошедши до зѣва, проводятъ черезъ него руку *непрерывно вни схватки* и безостановочно. При этомъ другая свободная

<sup>1)</sup> *Hohl*, Lehrbuch d. Geburtshülfe, стр. 763, возражаетъ противъ введенія всей руки разомъ и совѣтуетъ непрерывно вводить ее постепенно, начиная съ указательнаго пальца. Это мнѣніе *Hohl*'я слишкомъ исключительно и заслуживаетъ вниманія только въ отдѣльныхъ случаяхъ, о чемъ будетъ сказано въ своемъ мѣстѣ.

рука кладется на дно матки (см. ф. 157), съ одной стороны, чтобы удерживать ее неподвижно, съ другой же—для того, чтобы помогать ей манипуляціямъ руки, дѣйствующей внутри матки, во время отыскиванія и захватыванія ножекъ. Проводить руку въ зѣвъ нужно съ какой-либо стороны мыса, т. е. сбоку, а не по передней поверхности его, потому что въ этомъ послѣднемъ случаѣ введеніе руки въ полость матки чрезвычайно затруднительно, а иногда и опасно.

**2-й моментъ. Отыскиваніе и захватываніе ножки или ножекъ.** Проведши руку черезъ зѣвъ, мы встрѣчаемъ плодный пузырь; стараясь сохранить его цѣлость, проникаемъ рукою между нимъ и внутреннею поверхностью матки, такъ называемымъ краткимъ путемъ, вверхъ до ножекъ. Убѣдившись въ томъ, что это дѣйствительно ножки <sup>1)</sup>, разрываемъ пузырь, захватывая оболочки его пальцами въ складку или просто надавливая на него верхушками пальцевъ. Послѣ этого захватываемъ одну или обѣ ножки. Если захватывается одна ножка, то это именно та, которая первая попалась въ руку; при этомъ указательный и средній пальцы помѣщаются выше лодыжекъ, большой же палецъ остается свободнымъ <sup>2)</sup>. Если же захватываются обѣ ножки, то это дѣлается такимъ образомъ, что средній палецъ помѣщается выше внутреннихъ лодыжекъ обѣихъ ножекъ, а указательный и четвертый—выше наружныхъ, ф. 160.

Фиг. 160.



Во время схватки дѣйствіе рукою пріостанавливается, и она, распростертою, прикладывается или къ плодному яйцу или къ плоду.

**3-й моментъ. Собственно поворотъ плода.** Захвативши сказаннымъ образомъ ножку или ножки, акушеръ осторожно <sup>3)</sup>, не торопясь, постепенно-равномѣрными тракціями, во время перемежки между схватками, низводитъ ножку или ножки въ рукавъ до наружныхъ дѣтородныхъ частей. При этомъ необходимо строго соблюдать основное правило, состоящее въ томъ, *чтобы ножка или ножки низводимы были по передней поверхности тѣла плода* или, что все равно, чтобы плодъ изгибаемъ былъ по передней поверхности тѣла, ф. 161.

Во все это время повороту должно способствовать частію наружными приѣмами черезъ брюшныя стѣнки, частію же большимъ пальцемъ

<sup>1)</sup> Какъ отличить ножки отъ ручекъ, см. выше стр. 12 и 15 (ф. 13).

<sup>2)</sup> Захватываніе ножки такимъ образомъ, какъ оно здѣсь изложено, всегда удается, но низведеніе ножки весьма рѣдко, преимущественно вслѣдствіе того, что скользкая ножка трудно удерживается пальцами. Въ такомъ случаѣ лучше захватить голень полною рукою, что можетъ значительно облегчить поворачиваніе плода.

<sup>3)</sup> Осторожность и осмотрительность здѣсь существеннымъ образомъ необходимы для того, чтобы вмѣстѣ съ ножками не захватить другія мелкія части плода, какъ-то ручки и пуповину. Еслибы въ руку, захватившую ножку, попались другія мелкія части, то ихъ нужно отодвинуть въ сторону, противоположную той, въ которой находятся ножки.

руки, находящейся въ полости матки, — отодвигая головку въ противоположную сторону (во взятомъ примѣрѣ — слѣва направо).

Когда ножка или ножки низведены такъ, что онѣ становятся видны между наружными дѣтородными частями и когда мы убѣдились, что тазовая часть плода находится во входѣ таза, или что плодъ принялъ продольное положеніе, то операція поворота считается оконченною. Дальнѣйшій ходъ родовъ и окончаніе ихъ, смотря по показаніямъ, или предоставляютъ силамъ природы, или же приступаютъ къ извлеченію за ножку или ножки. Силамъ природы, говоря вообще, роды предоставляются въ тѣхъ случаяхъ, когда нѣтъ припадковъ, угрожающихъ опасностью ни матери, ни плоду, и когда роды послѣ поворота находятся въ условіяхъ правильныхъ родовъ ножкою или ножками.

Фиг. 161.



Изложивъ техническую сторону поворота, переходимъ къ разсмотрѣнію нѣкоторыхъ относящихся сюда вопросовъ.

1) *Должно ли вводить руку въ рукавъ во время или внѣ потуги?* Levret, Saxtorph, Siebold, Busch, Cazeaux и др. совѣтуютъ вводить руку во время потуги; Dubois, Naegele, Froriep и др., — внѣ ея.

Нельзя не согласиться съ мнѣніемъ тѣхъ, которые утверждаютъ, что боль отъ введенія руки, во время потуги, не такъ ощутительна, какъ внѣ ея. Правда, введеніе руки — довольно болѣзненный моментъ операціи, но кто имѣлъ случай сдѣлать нѣсколько поворотовъ, тотъ могъ убѣдиться въ томъ, что женщины весьма мало страдаютъ при введеніи руки во время перемержки, если оно дѣлается осторожно и исподволь. Впрочемъ въ настоящее время, когда поворотъ дѣлается большею частію подъ хлороформомъ, этотъ спорный вопросъ не имѣетъ того значенія, какое придавали ему прежде. Во избѣжаніе же чрезмѣрнаго и не всегда безопаснаго насилія я совѣтую вводить руку *внѣ потуги*.

2) *Когда и какъ вводитъ руку въ матку?* Руку необходимо проводить чрезъ маточный зѣвъ безостановочно и притомъ непремѣнно внѣ потуги. Это особенно важно въ тѣхъ случаяхъ, когда есть склонность къ спазмодическому сокращенію матки. Не придерживаясь этого правила, можно усилить или вызвать спазмъ матки.

3) *Какъ отыскивается и захватывается ножка (или ножки)?* Для того, чтобы отыскать и захватить ножку или ножки, операторъ, пройдя маточное рыльце, проводитъ руку къ нимъ или короткимъ, или длиннымъ путемъ.

*Короткій путь* <sup>1)</sup> состоитъ въ томъ, что руку, проводятъ по передней поверхности тѣла плода прямо къ ножкамъ. Если же избирается *длинный путь* <sup>2)</sup>, то рука проводится до ножекъ по ниже-лежащему (предлежащему) боку плода въ направленіи къ ягодицамъ. На пути отъ ягодицъ до ножекъ встрѣчаются нѣкоторыя особенности, на которыя мы и обращаемъ вниманіе. Захватываніе ножекъ обыкновенно производится слѣдующимъ образомъ: большой палецъ помѣщается вблизи паха плода, остальными же пальцами надобно стараться, насколько это возможно, обхватить верхнюю заднюю часть обѣихъ бедеръ плода и потомъ проводить въ такомъ положеніи руку до подколенныхъ впадинъ, а затѣмъ по голенямъ до ножекъ. Въ случаѣ невозможности захватить обѣ ножки, руку проводятъ, придерживаясь одного какого нибудь бедра, съ тѣмъ, чтобы захватить только одну ножку. Если ножки перекрещены, то ихъ разводять. Согнутыя въ колѣнѣ ножки иногда разгибаютъ, что однако не всегда удается. Въ послѣднемъ случаѣ удобнѣе всего ввести одинъ или два пальца (указательный и средній) въ подколенную ямку, большой укрѣпить въ верхней части голени или просто захватить, какъ удобнѣе, нижнюю часть бедра и такимъ образомъ низвести ножку, согнутую въ колѣнѣ, до маточнаго зѣва. Еслибы при разгибаніи ножки встрѣтилось хотя малѣйшее затрудненіе, то ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ преодолѣвать его, употребляя насиліе, а должно низводить ножку наружу согнутою въ колѣнѣ. *Scanzoni* совѣтуетъ захватывать голень такъ, чтобы большой палецъ помѣщенъ былъ въ подколенной ямкѣ, а остальные на верхней части голени.

Что касается вопроса, какой изъ двухъ способовъ (короткій или длинный) имѣетъ преимущество, то мы думаемъ, что перваго, или нѣмецкаго, способа должно придерживаться во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не представляется никакихъ затрудненій и въ которыхъ, слѣдовательно, поворотъ можетъ быть произведенъ легко и быстро (*version brusquée franуизовѣ*). Ничуть несправедливо возраженіе, дѣлаемое противъ этого способа нѣкоторыми акушерами (*Kilian, Velpeau* и др.), и состоящее въ томъ, будто рука оператора, находясь въ полости матки, можетъ быть прижата во время потуги къ передней поверхности тѣла плода, отъ чего могутъ пострадать печень его и пуповина. Это невозможно, во 1-хъ, потому, что передняя поверхность плода защищена ручками и ножками его, во 2-хъ, операторъ можетъ предвидѣть наступающую схватку и ему ничто не помѣшаетъ въ эту минуту распрямить ручную кисть и приблизить ее къ той части плода, прижатіе которой безопасно. Французскій же или длинный путь отыскиванія ножекъ заслуживаетъ преимущества въ случаяхъ трудныхъ и сопряженныхъ съ различными осложненіями (слѣд. при трудномъ поворотѣ).

4) Въ какомъ отдѣлѣ плоднаго яйца слѣдуетъ разрывать пузырь?

<sup>1)</sup> Этотъ способъ отысканія ножекъ введенъ *Boër*'омъ и *Osiander*'омъ и извѣстенъ подъ именемъ *нѣмецкаго*.

<sup>2)</sup> Этотъ способъ называется *французскимъ*, потому что онъ разработанъ преимущественно французскими акушерами: *Viardel*'емъ, *Dionis*'омъ и *Baudelocque*'омъ.



По моему мнѣнію лучше разрывать оболочки плоднаго яйца въ верхнемъ отдѣлѣ его, чѣмъ въ нижнемъ, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда ножки находятся неподалеку отъ маточнаго зѣва. Мнѣніе это въ первый разъ было высказано *Deleurye* и его придерживались большинство акушеровъ, такъ какъ вслѣдствіе разрыва пузыря виизу (способъ *Levret'a* и *Saxtorph'a*) могутъ выпасть мелкія части плода, въ особенности же пуповина, и тѣмъ затруднить производство операціи <sup>1)</sup>. Въ настоящее время нѣкоторые нѣмецкіе акушеры предпочитаютъ разрывать плоднаго пузыря въ нижнемъ отдѣлѣ, дабы, во избѣжаніе возможнаго зараженія соприкосновеніемъ руки оператора съ маткою, оперировать въ полости плоднаго пузыря а не въ полости матки.

5) *Захватывать ли при поворотѣ только одну ножку или обѣ ножки?* Многіе и теперь еще дѣлаютъ поворотъ всегда на обѣ ножки. Но извѣстно, что роды при такъ называемыхъ неполныхъ ногопредлежаніяхъ (т. е. гдѣ предлежитъ только одна ножка) оканчиваются благополучіемъ для плода, чѣмъ при полныхъ ножныхъ предлежаніяхъ (т. е. при которыхъ предлежатъ обѣ ножки). Это общепринятое мнѣніе объясняется тѣмъ, что тазовой конецъ плода при неполномъ ногопредлежаніи вслѣдствіе бѣльшаго своего объема лучше способствуетъ подготовленію родовыхъ путей, и потому прорѣзываніе головки встрѣчаетъ меньше затрудненія; притомъ согнутая въ тазобедренномъ сочлененіи ножка и распростертая по брюшной поверхности плода нѣкоторымъ образомъ защищаетъ пуповину отъ выпаденія и прижатія во время прохожденія младенца чрезъ полость таза. Вслѣдствіе то этого *P. Portal*, а за нимъ *G. de la Motte*, *Puzos* и др. уже давно совѣтовали производить поворотъ на одну ножку. *Jörg*, основываясь на многочисленныхъ наблюденіяхъ, установилъ правило: поворачивать всегда на одну ножку. Съ этого времени большинство акушеровъ, за немногими исключеніями, придерживаются въ этомъ отношеніи правила, которому и я слѣдую: *въ лежачихъ случаяхъ (при подвижности плода) поворотъ дѣлается только на одну ножку; на обѣ же ножки поворотъ производится въ случаяхъ, въ которыхъ предвидится трудность въ поворачиваніи плода, а равно тамъ, гдѣ за поворотомъ непосредственно должно слѣдовать извлеченіе плода, слѣдовательно при разрывѣ матки, выпаденіи пуповины и предлежаніи дѣтскаго мѣста, а иногда также при ущемленіи предлежащаго плечика, будетъ ли оно съ выпаденіемъ или безъ выпаденія ручки.*

Безъ сомнѣнія, поворотъ на одну ножку представляетъ больше шансовъ для сохраненія жизни плода, въ особенности у перворождающихъ; зато, съ другой стороны, нѣтъ сомнѣнія, что захватываніе обѣихъ ножекъ весьма значительно облегчаетъ производство самого поворота, хотя отыскиваніе и захватываніе обѣихъ ножекъ труднѣе и подчасъ требуетъ больше времени, чѣмъ захватываніе одной ножки.

*M-me Lachapelle* (*Pratique des accouchem.* Т. II, р. 82) весьма настойчиво защи-

<sup>1)</sup> Что касается способа *Hueter'a*, состоящаго въ томъ, чтобы низвести ножку или ножки ко входу въ тазъ, сохраняя цѣлость оболочекъ плода, то онъ не заслуживаетъ вниманія какъ по причинѣ опасности, такъ и трудности выполненія.

пала поворотъ на одну ножку. Изъ германскихъ акушеровъ въ особенности *Kilian* придерживался поворота на одну ножку (нижележащую) и допускалъ исключеніе изъ этого правила только при узкомъ тазѣ, а также и при крупномъ плодѣ. Въ томъ же смыслѣ высказались въ послѣднее время *Martin*, *Spiegelberg*, *Kristeller*, *Schroeder*, *Fritsch* и др.

Что касается мнѣній другихъ авторовъ, то уже *Rocderer*, а за нимъ *Hohl*, *Simpson* и *Kristeller* указывали на то, что захватываніе выпележащей ножки необходимо въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ брюшная поверхность плода обращена впередъ (?). Это они совѣтуютъ съ тою цѣлью, чтобы при поворотѣ, спинка плода повернулась впередъ.

6) *При поворотъ на одну ножку, спрашивается, которую из ножекъ должно захватывать?* По моему мнѣнію, при подвижности плода (легкомъ поворотѣ) можно захватывать ту ножку, которая первая попадаетъ въ руку; при неподвижности же плода (трудномъ поворотѣ) нужно захватывать ниже-лежащую ножку; а если при низведеніи этой ножки поворотъ не удастся, то стараться отыскать и выпележащую и такимъ образомъ совершить поворотъ на обѣ ножки. При совершеніи труднаго поворота на выпележащую ножку можетъ случиться, что младенецъ, такъ сказать, скручивается около продольной своей оси, ножки перекрещиваются, между тѣмъ поворотъ не совершается и окончаніе его становится крайне труднымъ, причемъ младенецъ почти всегда погибаетъ. На этотъ счетъ *Fritsch* высказался еще болѣе категорически. Онъ прямо утверждаетъ, что никогда не должно искать верхней, т. е. выпележащей ножки, такъ какъ это, по его мнѣнію, совершенно напрасная потеря времени. Онъ совѣтуетъ захватить ту ножку, которая первая попадетъ въ руку. Въ подтвержденіе высказаннаго положенія *Fritsch*, кромѣ теоретическихъ доводовъ, приводитъ довольно обширную статистику.

Что касается производства поворота при другихъ поперечныхъ и косыхъ положеніяхъ, то оно ничѣмъ не отличается отъ только что изложеннаго; относительно же выбора руки см. выше стр. 232.

Поворотъ на ножки при затылочныхъ и лицевыхъ положеніяхъ. Основныя правила производства поворота на ножку или ножки при затылочныхъ и лицевыхъ предлежаніяхъ тѣ же, что и при поперечныхъ.

При черепныхъ положеніяхъ поворотъ удается обыкновенно легко, если его приходится дѣлать при цѣлости плоднаго пузыря; отъ того и результаты въ этихъ случаяхъ бываютъ весьма благопріятны. Одно изъ существеннѣйшихъ условій состоитъ въ томъ, чтобы точно распознать гдѣ находятся ножки, что весьма рѣдко бываетъ сопряжено съ значительными затрудненіями. Въ большинствѣ случаевъ ножки находятся въ правой половинѣ матки, потому что первыя положенія (какъ затылочныя, такъ и лицевыя) встрѣчаются чаще; однакоже однимъ этимъ предположеніемъ не слѣдуетъ довольствоваться, но въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ нужно стараться точно опредѣлить не только положеніе, но даже и видъ его. Относительно выбора руки сказано выше (см. стр. 232).

При проведеніи руки чрезъ зѣвъ въ полость матки, нужно го-

ловку постепенно отодвигать въ противоположную сторону. Приемъ этотъ извѣстенъ подѣ именемъ *приготовительнаго приема* (préparation французскихъ акушеровъ). Онъ состоитъ въ томъ, что головка, находящаяся надъ входомъ таза, осторожно приподымается рукою оператора и потихоньку отодвигается въ сторону, противоположную той, въ которой находятся ножки, фиг. 162. Головка отодвигается въ сторону для того, чтобы подлѣ нея можно

Фиг. 162.

было легко провести руку въ полость матки, захватить ножку или ножки (см. выше фиг. 156) и по обыкновеннымъ правиламъ совершить поворотъ. Ненадлежащее исполненіе только что сказаннаго приготовительнаго приема можетъ затруднить операцію не только относительно проведенія руки въ полость матки, но и при выполненіи собственно поворота. Впрочемъ, невозможность совершить поворотъ можетъ иногда встрѣтиться и при соблюденіи всѣхъ предписываемыхъ предосторожностей. Если трудность совершения поворота зависитъ отъ аномаліи потугъ, то, не настаивая на поворотѣ, нужно предварительно устранить эти аномаліи надлежащими средствами, о которыхъ будетъ сказано ниже. Еслибы поворотъ не удался и послѣ этого, то должно испытать поворотъ посредствомъ такъ называемаго *двойнаго ручнаго приема*, который тоже описанъ будетъ ниже. Во всякомъ случаѣ,



не должно забывать, что въ затруднительныхъ случаяхъ поворота на ножки, при черепныхъ положеніяхъ, должно соблюдать величайшую осторожность, ибо всякое форсированіе можетъ повести за собой самыя печальныя послѣдствія. Затрудненія могутъ встрѣчаться преимущественно при низко-стоящей (во-входѣ и даже въ полости таза) головкѣ, поэтому и поворотъ на ножки при подобныхъ обстоятельствахъ должно считать величайшимъ неблагоразуміемъ, выходящимъ изъ предѣловъ позволительной акушерской смѣлости. Въ этихъ случаяхъ показуется, смотря по обстоятельствамъ, совершенно другаго пособія.

Поворотъ на ножки при двойняхъ. Если при двойняхъ предстоить надобность въ поворотѣ младенца, предлежащаго къ выходу на свѣтъ первымъ, то необходимо соблюдать слѣдующія предосторожности, а именно: при введеніи руки въ полость матки должно по возможности обращать вниманіе на то, чтобы не разорвать плоднаго пузыря втораго младенца. Если же воды прошли уже до поворота, то должно остерегаться чтобы не захватить ножку одного и другого плода.

Поэтому-то, во время поворота при двойняхъ, принято за правило *захватывать всегда только одну ножку*. Для того же, чтобы не захватить ножку втораго плода, должно придерживаться самымъ тщательнымъ образомъ туловища того плода, который слѣдуетъ повернуть (длинный путь).

Поворотъ на ножки мертваго плода. Смерть зрѣлаго плода не измѣняетъ производства операціи. Въ случаѣ же, если самоизворотъ уже достигъ 3-го момента (см. стр. 39), то нужно содѣйствовать извлеченію плода въ такомъ порядкѣ, въ какомъ это совершается силами природы. Если зрѣлый плодъ умеръ за нѣсколько недѣль или дней до наступленія родовъ и сильно мацерированъ, то онъ и при поперечномъ положеніи въ большинствѣ случаевъ извергается наружу въ видѣ клуба. Поэтому, если нѣтъ особенныхъ показаній, не слѣдуетъ въ этомъ случаѣ спѣшить съ производствомъ операціи.

### **Осложненія и затрудненія при поворотѣ на ножки (трудный поворотъ).**

Мы до сихъ поръ изложили все, что относится къ производству такъ называемаго легкаго поворота, не сопровождающагося никакими особенными осложненіями, и гдѣ, слѣдовательно, операція совершается безъ особеннаго труда. Подобнаго рода повороты встрѣчаются однако рѣже, чѣмъ тѣ, которые, вслѣдствіе различныхъ осложненій, составляютъ нерѣдко весьма трудную задачу для акушера. Перечислить и разобрать всѣ mogućія встрѣтиться при операціи осложненія и затрудненія нѣтъ никакой возможности; поэтому мы коснемся только главныхъ изъ нихъ, которыя имѣютъ особенное значеніе и чаще встрѣчаются въ практикѣ.

Къ обстоятельствамъ, затрудняющимъ производство поворота, относятся осложненія: 1) со стороны роженицы, 2) со стороны плода и 3) со стороны обоихъ вмѣстѣ.

I. Осложненія со стороны роженицы. Къ этой категоріи принадлежатъ: узость дѣтородной расщелины и рукава, чрезмѣрная подвижность матки, недостаточное раскрытіе маточнаго зѣва и различныя аномаліи потужной дѣятельности.

а) *Узость влагалища и дѣтородной расщелины, независяція отъ органическихъ измѣненій ихъ*. Во время родовъ, когда всѣ дѣтородныя части, а равно и влагалище разбухаютъ, размягчаются и увлажняются слизью, — ткани ихъ становятся удоборастяжимыми, и встрѣчаемое въ этомъ отношеніи препятствіе легко устраняется постепеннымъ введеніемъ руки оператора и равномернымъ растягиваніемъ тканей. Для этого вводятся сперва одинъ или два пальца, потомъ третій, далѣе четвертый и наконецъ вся ручная кисть; все это дѣлается медленно и осторожно. Въ случаѣ цѣлости дѣвственной плевы, что и мнѣ однажды встрѣтилось въ практикѣ, необходимо сдѣлать на ней насѣчки.

б) *Чрезмѣрная подвижность матки*. Это препятствіе иногда значи-

тельно затрудняетъ производство всѣхъ моментовъ поворота; оно легко устраняется или самимъ операторомъ или при содѣйствіи помощника. Помощникъ, захвативъ обѣими руками чрезъ брюшныя стѣнки дно и боковыя части матки, удерживаетъ ее неподвижно, или же самъ операторъ исполняетъ это, фиксируя свободною рукою дно матки.

с) *Недостаточное раскрытіе зѣва*. Замедленіе или остановка раскрытія маточнаго зѣва зависитъ иногда отъ спазма *наружнаго* отверстія канала маточной шейки (*spasmus orificii externi*), иногда же отъ спазма *внутренняго* отверстія его (*strictura orificii interni uteri*), а иногда отъ органическихъ измѣненій самой шейки.

д) Спазмъ наружнаго отверстія удаляется терапевтическимъ или хирургическимъ леченіемъ, смотря по обуславливающимъ его причинамъ. Въ тѣхъ трудныхъ обстоятельствахъ, гдѣ опасныя осложненія родовъ, какъ-то: всеобщія судороги (*eclampsia*), маточное кровотеченіе и тому подобныя явленія со стороны матери, а равно ослабленіе и неправильность сердцебіенія плода требуютъ немедленнаго производства поворота, препятствіе со стороны наружнаго маточнаго зѣва устраняется *кровоавымъ* путемъ.

Кровавое расширеніе зѣва неизбежно также въ тѣхъ случаяхъ, когда замедленное раскрытіе зѣва зависитъ отъ спазма наружнаго отверстія, не уступающаго обыкновеннымъ средствамъ, отъ жесткости губъ (*rigiditas colli uteri*), склейки и сращенія ихъ, гипертрофіи одной или обѣихъ губъ, рубцевъ и скирра.

Безкровное расширеніе предпочитается при мягкости и удобораствяжимости зѣва, открытаго, по крайней мѣрѣ, на два поперечныхъ пальца; подобное состояніе иногда осложняется слабою дѣятельностью матки, какъ это, напр., бываетъ при предлежаніи дѣтскаго мѣста.

е) Спазмодическая стриктура внутренняго отверстія затрудняетъ введеніе руки оператора. Она чаще всего встрѣчается при повторномъ введеніи руки въ полость матки или при выпаденіи одной изъ конечностей плода. Мнѣ, однакоже, чаще случалось наблюдать болѣе или менѣе сильный спазмъ внутренняго отверстія во время отыскиванія ножекъ или производства собственно поворота, слѣдовательно, — спазмъ, возбужденный рукою оператора. Сила и продолжительность спазма иногда бываютъ столь значительны, что онъ не только производитъ въ рукѣ оператора временное онѣмѣніе, лишаящее его иногда возможности окончить операцію, но даже и при счастливомъ окончаніи ея оставляетъ въ рукѣ на нѣсколько дней чувство слабости и боли, какъ бы послѣ трудной ручной работы. Съ тѣхъ поръ, какъ трудный поворотъ производится при полной анестезіи хлороформомъ, я не припоминаю ни одного случая, въ которомъ моя рука пострадала бы отъ подобнаго спазма такъ сильно, какъ то бывало до введенія въ акушерскую практику этого благодѣтельнаго средства.

Когда обстоятельства не требуютъ безотлагательнаго производства поворота, то нѣкоторыя изъ вышеозначенныхъ причинъ нераскрытія маточ-

наго зѣва удаляются приличными, своевременно употребленными терапевтическими средствами, о которыхъ рѣчь будетъ ниже.

f) *Судорожное состояніе матки*. Аномаліи потужной дѣятельности матки, препятствующія введенію руки въ полость ея, отыскиванію ножекъ и собственно повороту младенца, могутъ быть весьма различнаго свойства. Предметъ этотъ, играющій чрезвычайно важную роль въ практикѣ, давно обратилъ на себя вниманіе акушеровъ и особенно тщательно изученъ былъ *Voër*'омъ, а за нимъ *Busch*'емъ, *Oehler*'омъ, *Naegele*, *Jolly*, *Bandl*'емъ, *Schroeder*'омъ и др. Обыкновенно различаютъ три вида судорожно-потужной дѣятельности матки. *Первый* видъ, самый частый, является послѣ излитія значительнаго количества водъ. Въ этомъ случаѣ матка равномерно плотно обхватываетъ весь плодъ. Если это состояніе не проходитъ само собою и не будетъ устранено соотвѣтствующими средствами, то родовая дѣятельность, вслѣдствіе присоединяющагося паренхиматознаго воспаленія матки принимаетъ *судорожно-воспалительный характеръ* (*constrictio uteri spastico-inflammatoria*), — *второй* видъ. Эта аномалія родовой дѣятельности матки замѣчается всегда при низкомъ стояніи подлежащей части, которая, какъ говорится, вколочена въ тазъ; матка болѣзненна и тверда на ощупь; рукавъ горячъ; маточный зѣвъ весьма чувствителенъ при дотрогиваніи, губы его нерѣдко припухаютъ; температура всего тѣла значительно повышается. *Третій* видъ патологической дѣятельности матки, со временъ *Voër*'а, извѣстенъ подъ именемъ тетаническаго сокращенія или *столбняка матки* (*tetanus uteri*), т. е. такое состояніе, при которомъ матка нисколько не расслабѣваетъ, почему паузы въ такихъ случаяхъ не бываетъ. Онъ встрѣчается гораздо рѣже, но зато и гораздо опаснѣе первыхъ двухъ видовъ. Онъ замѣчается въ большинствѣ случаевъ у женщинъ нервныхъ, раздражительныхъ; развивается обыкновенно послѣ того, какъ воды истекли медленно и почти незамѣтно. Подлежащая часть при этомъ стоитъ высоко надъ входомъ въ тазъ; животъ на ощупь очень мало болѣзненъ или почти не болѣзненъ, но зато твердъ; матка до такой степени обхватываетъ плодъ, что составляетъ съ нимъ какъ бы одно цѣлое. Роженица при этомъ сильно ослабѣваетъ, температура ея еще болѣе повышается, пульсъ становится малымъ, легко сжимаемымъ и иногда крайне ускореннымъ.

Въ этиологическомъ отношеніи существенную роль здѣсь играютъ: рановременное излитіе водъ, частое и неосторожное изслѣдованіе женщины и повторныя попытки ко введенію руки въ полость матки, въ особенности когда боли уже приняли судорожный характеръ.

При подобныхъ условіяхъ со стороны матки, было бы величайшимъ неблагоразуміемъ пытаться сдѣлать поворотъ во что бы то ни стало. Операции должно предшествовать здѣсь употребленіе извѣстныхъ средствъ, принаровленныхъ къ особенностямъ даннаго случая. Умѣніе дѣйствовать выжидательно составляетъ въ этомъ случаѣ необходимое условіе для успѣшнаго совершенія поворота. Форсированіе, какъ было сказано выше, можетъ повлечь за собою одно изъ самыхъ страшныхъ осложненій родового акта—разрывъ матки. Если гдѣ-либо требуется осторожность, об-

думанность дѣйствій и строгое взвѣшиваніе всѣхъ обстоятельствъ даннаго случая, то это именно здѣсь.

Констатировавши одинъ изъ описанныхъ видовъ судорожной дѣятельности матки и убѣдившись въ томъ, что исполненіе поворота невозможно, предписываютъ роженицѣ абсолютный покой (горизонтальное положеніе на спинѣ) и строго запрещаютъ ей выработать потуги. Что касается самаго леченія судорогъ матки, то противъ нихъ предложено множество средствъ, изъ которыхъ мы рассмотримъ только главнѣйшія. Изъ нихъ въ настоящее время самымъ вѣрнымъ и надежнымъ должно считать *хлороформъ*. Въ благодѣтельномъ дѣйствіи хлороформа на роженицъ и въ особенности при подобныхъ обстоятельствахъ нельзя болѣе сомнѣваться, почему было бы весьма неблагоразумно приступать къ какому бы то ни было повороту безъ помощи хлороформа. Хлороформированіе было примѣняемо мною съ пользою не только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ столбнякъ матки или судорожныя боли ея зависѣли отъ усиленнаго возбужденія чувствительныхъ нервовъ матки, но и тамъ, гдѣ онѣ сопровождались или же слѣдовали за воспаленіемъ ея. Относительно хлороформированія мы должны замѣтить, что степень наркоза обуславливается степенью судорожныхъ болей, которыя хотимъ унять, и легкостью или трудностью поворота, поэтому иногда необходимо бываетъ доводить роженицу до полной анестезіи (см. главу о хлороформѣ, стр. 267).

*Опію*. Чистаго опія внутрь назначаютъ отъ  $\frac{1}{4}$  до 1 гран., а *laudanum liquidum Sydenhami* отъ 10-ти до 15-ти капель; для клистира берется отъ 15—20 капель на *℥ij* тепловатой воды или слизистаго отвара. Средство это послѣ хлороформа справедливо считается самымъ лучшимъ. На полезное дѣйствіе опія въ видѣ клистировъ нужно рассчитывать гораздо болѣе, чѣмъ на употребленіе его внутрь. Поэтому во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ препятствія со стороны прямой кишки, я предпочитаю опіатные клистиры. Они ставятся такъ часто, какъ того требуютъ обстоятельства даннаго случая. Суточный приѣмъ *t-grae opii siccatae* не долженъ превышать 80 капель. Къ опію я прибѣгаю преимущественно въ теченіи втораго періода родовъ при клоническихъ судорогахъ и въ особенности тамъ, гдѣ существуетъ противопоказаніе къ употребленію хлороформа (болѣзни сердца, легкихъ и т. д.).

*Морфій*, отъ  $\frac{1}{4}$  до  $\frac{1}{2}$  гр. внутрь, также оказывается весьма полезнымъ при судорожныхъ боляхъ; болѣе успѣшно дѣйствуетъ *подкожное впрыскиваніе* морфія и въ особенности атропина (*Breslau*). Клизма изъ полу-драхмы *идрата хлорала* на 2—3 унца воды подчасъ приноситъ въ такихъ случаяхъ значительную пользу.

Въ легкихъ случаяхъ клоническихъ судорогъ могутъ быть назначаемы: *castoreum sibiricum*, *valeriana*, *moschus*, *amygdalinum*.

*Общія теплыя ванны* отъ + 28° до + 32° Р. составляютъ весьма важное вспомогательное средство при леченіи судорожныхъ болей. Вообще о теплыхъ ваннахъ должно сказать, что онѣ могутъ быть съ пользою употребляемы совмѣстно съ наркотическими средствами и что онѣ весьма



значительно успокаивают роженицу, въ особенности, если судорожныя боли развились на воспалительной почвѣ.

Нерѣдко оказываются также весьма полезными теплыя *влагалитц-ные души* изъ простой воды или слизистыхъ отваровъ, температурою  $+30^{\circ}$  до  $+36^{\circ}$  Р. Они съ особенною пользою примѣняются въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ судорожное состояніе матки развивается вслѣдствіе медленнаго раскрытія маточнаго зѣва, обусловливающагося органическими причинами.

Къ общему кровопусканію изъ руки, до обморока, въ прежнее время прибѣгали весьма часто; въ настоящее же время оно употребляется очень рѣдко. Оно можетъ быть назначаемо только въ случаѣ судорогъ матки у женщинъ полнокровныхъ, крѣпкаго тѣлосложенія, и особенно если при этомъ замѣчаются приливы къ другимъ важнымъ органамъ.

Леченіе *тошнотворными средствами* (*сига nauseosa*), какъ напр., рвотнымъ камнемъ, прежде было въ большемъ ходу. Теперь къ употребленію его прибѣгаютъ только весьма немногіе акушеры и преимущественно дублинской школы.

II Осложненія со стороны плода. Къ осложненіямъ, встрѣчаемымъ при поворотѣ со стороны плода относятся: *неизвѣстность положенія плода, выпаденіе ручки, выпаденіе пуповины и предлежаніе дѣтскаго мѣста.*

а) *Неизвѣстность положенія плода.* Мы уже выше упомянули о томъ, что точное распознаваніе положенія плода составляетъ одно изъ существенныхъ условій для успѣшнаго совершенія поворота. Могутъ быть однако обстоятельства, при которыхъ распознаваніе положенія невозможно, и тутъ-то возникаетъ одно изъ главныхъ затрудненій, которыя могутъ встрѣчаться при поворотѣ. Бываютъ странныя, даже непонятныя ошибки въ распознаваніи, дѣлаемые иногда не только бабками, но и врачами. Такъ мнѣ пришлось сдѣлать разъ поворотъ на ножки, гдѣ опухшее предлежавшее плечо было принято за головку и на него пытались не разъ наложить щипцы. Иногда случается, что распознаваніе предлежащей части сдѣлано какъ слѣдуетъ, а между тѣмъ невозможно опредѣлить, гдѣ находятся ножки. Такъ, напр., головка можетъ лежать между ножками плода, когда онъ сильно изогнутъ по передней поверхности, или же ножки могутъ находиться слишкомъ высоко у дна матки (особенно при косыхъ и такъ-называемыхъ испорченныхъ положеніяхъ).

При подобныхъ условіяхъ отыскать ножки бываетъ очень трудно, какъ видно изъ множества весьма поучительныхъ примѣровъ подобнаго рода, приводимыхъ въ классическихъ сочиненіяхъ *Peu, G. de la Motte'a, m-me Lachapelle* и др. Относительно распознаванія предлежащей части вообще мы отсылаемъ читателя къ 1-й главѣ этой книги (см. стр. 6 и слѣд.), гдѣ предметъ этотъ изложенъ въ подробности. Здѣсь же мы считаемъ нужнымъ прибавить, что изслѣдованіе въ сколько-нибудь затруднительномъ случаѣ должно производить всегда *самому*, притомъ на поперечной кровати, и никогда не полагаться на слова акушерки,

даже товарища по наукѣ, нерѣдко дающихъ сбивчивые отвѣты, изъ которыхъ нельзя вывести положительнаго заключенія.

б) *Выпаденіе ручки*. Выпавшая ручка можетъ препятствовать введенію руки въ полость матки въ такомъ только крайне-рѣдкомъ случаѣ, когда она, вслѣдствіе сильнаго ущемленія во входѣ таза и воспрепятствованнаго въ ней кровообращенія, распухаетъ до того, что увеличивается въ объемѣ въ два, три раза и представляется темно багровою, какъ бы парализованною, иногда же — въ состояніи омертвѣнія. Во всѣхъ же другихъ случаяхъ выпаденіе ручки я считаю скорѣе *благоприятнымъ осложненіемъ*, облегчающимъ распознаваніе положенія плода и — главное — препятствующимъ запрокидыванію ея за затылокъ (при извлеченій). Ущемленіе ручки бываетъ слѣдствіемъ сильныхъ маточныхъ сокращеній, которыя, дѣйствуя на плодъ, постепенно вѣдряютъ подлежащее плечо въ полость таза. Ясно, что тутъ для устраненія ущемленія ручки необходимо удалить или, по крайней мѣрѣ, ослабить судорожныя боли. Безъ этого введеніе руки въ полость матки или вовсе невозможно, или весьма затруднительно и притомъ небезвредно для матери. По устраненіи неправильныхъ болей, на выпавшую ручку, если она не особенно увеличена въ объемѣ, накладывается петля, ручка приподымается къ лобку, чтобы оператору возможно было провести руку въ полость матки, придерживаясь крестцовой впадины (см. ф. 13, стр. 15). Во время совершенія собственно поворота и преимущественно извлеченія плода за нижній конецъ, петлю придерживаемъ, препятствуя такимъ образомъ запрокидыванію ручки.

При *распуханіи* и *увеличеніи* выпавшей ручки настолько, что она мѣшаетъ введенію руки оператора во влагалище, въ случаѣ смерти младенца ничего больше не остается дѣлать, какъ приступить къ эмбриотоміи, понятно удаливъ предварительно ручку; въ случаѣ же, если младенецъ живъ, то прежде совѣтовали попытаться вправить ручку, что, по моему мнѣнію, едва-ли когда-либо удастся. По мнѣнію англійскихъ и французскихъ акушеровъ, мало цѣнящихъ жизнь плода, позволительно при только что сказанныхъ условіяхъ приступить къ одной изъ операций, уменьшающихъ объемъ плода даже *при жизни его*. Къ разъясненію этого вопроса мы еще возвратимся въ своемъ мѣстѣ; здѣсь замѣтимъ только, что столь значительнаго увеличенія ручки въ объемѣ мнѣ не случалось наблюдать, да едва-ли оно и возможно.

Вопросъ относительно того, какъ должно поступать при выпавшей и ущемленной ручкѣ при плечевыхъ положеніяхъ, занималъ всегда представителей акушерства. Мнѣнія ихъ насчетъ этого предмета расходятся весьма сильно. Нѣкоторые совѣтовали захватить выпавшую ручку и тащить за нее прямо внизъ, но только въ такомъ случаѣ, если плодъ не великъ и не доношенъ. Другіе же, какъ *Giffard, Gardiner, L. Petit* и проч. предлагали посредствомъ выпавшей ручки приподнять вверхъ подлежащую часть (!!). По *Levet'y, Deleurye* и *Plenk'y*, если выпала одна ручка, то для того, чтобы облегчить производство поворота должно низвести и другую. *Ambr. Paré* совѣтовалъ ампутировать выпавшую ручку какъ можно выше. Мнѣніе это раздѣлялъ и *Smellie*, предлагавшій въ подобныхъ случаяхъ вылуценіе предплечія въ локтевомъ суставѣ. Совѣтъ, подаваемый въ этомъ случаѣ *Mauriceau, Plenk'омъ, Josephi* и др., отзывается грубостью приема, если не жестокостью; по мнѣнію этихъ авторовъ выпавшую ручку должно выкручивать

и вырывать (!) из плечевого сустава. Акушеры, слѣдовавшіе подобному образу дѣйствія, нерѣдко испытывали весьма печальныя послѣдствія: плоды, которые подвергались ампутаціи или экзартикуляціи плеча, рождались иногда живыми. Можно представить себѣ,— что долженъ былъ испытывать врачъ. Изъ многихъ относившихся сюда случаевъ особенною извѣстностью пользуется случай одного изъ провинціальныхъ французскихъ акушеровъ— *Hélie*. При поперечномъ положеніи плода съ выпавшею и ущемленною ручкою онъ пытался сдѣлать поворотъ, который ему не удался, тогда онъ рѣшился ампутировать ручку, послѣ чего поворотъ удался и онъ извлекъ плодъ *живымъ!* Когда послѣдній достигъ зрѣлаго возраста, то подалъ на *Hélie* жалобу за изувѣченіе его. Судъ, на основаніи суперарбитрія парижской медицинской академіи, обвинилъ *Hélie* въ погрѣшности противъ правилъ искусства и приговорилъ его къ уплатѣ пожизненной пенсіи изувѣченному имъ субъекту <sup>1)</sup>.

Не говоря уже о томъ, что удаленіе ручки (ампутаціей или вылученіемъ) производится не легко,—самое главное—оно нераціонально, такъ какъ, при ущемленіи плеча въ полости таза, отнятіе ручки, какъ бы оно высоко ни было сдѣлано, нисколько не облегчитъ оператору введеніе руки въ полость матки.

с) *Выпаденіе пуповины*. Обстоятельство это довольно часто случитъ показаніемъ къ повороту на ножки и почти никогда не бываетъ причиной особенныхъ затрудненій при выполненіи его. Существенное, что должно здѣсь имѣть въ виду, состоитъ въ томъ, чтобы во время производства поворота по возможности *щадить* пуповину и избѣгать прижатія ея, въ особенности если она пульсируетъ.

Что касается совѣта нѣкоторыхъ акушеровъ (*Wigand, Hüter, Schuri* и др.) захватывать выпавшую петлю между указательнымъ и среднимъ пальцами и вводить ее какъ можно выше въ полость матки (во время захватыванія ножекъ), то ни въ какомъ случаѣ ему не должно слѣдовать, такъ какъ подобный пріемъ можетъ повести за собою прижатіе пуповины и подвергнуть жизнь плода серьезной опасности. Поэтому большинство акушеровъ слѣдуетъ въ этомъ случаѣ совѣту *Voör'a*—оставлять пуповину въ томъ мѣстѣ, гдѣ она выпала, и во все время поворота избѣгать прижатія ея. Если же выпавшая пуповина, хотя и прижата, но еще пульсируетъ, то понятно, что еще до поворота нужно удалить это ущемленіе. Что же касается до выпавшей и уже не пульсирующей пуповины, то при поворотѣ нужно быть настолько осторожнымъ, чтобы не разорвать ее или не оторвать отъ дѣтскаго мѣста; наконецъ, въ случаѣ обвитія пуповины вокругъ выпавшей мелкой части плода (фиг. 163) нужно осторожно размотать ее.

д) *Предлежаніе дѣтскаго мѣста*, какъ извѣстно, можетъ подать поводъ къ значительнымъ затрудненіямъ при производствѣ поворота. При боковомъ предлежаніи дѣтскаго мѣста рука вводится въ полость матки съ той стороны зѣва, которая свободна, т. е. со стороны противоположной прикрѣпленію дѣтскаго мѣста. Такъ, напримѣръ, если оно прикрѣплено къ правой половинѣ нижняго отрѣзка матки и занимаетъ большую или меньшую часть правой половины маточнаго зѣва, то для

<sup>1)</sup> См. статью *Oehler'a* о выпаденіи ручки при плечевыхъ положеніяхъ въ *Neue Zeitschr. f. Geburtsk.*, Bd. III, Hft. 2.

производства поворота избирается правая рука и проводится слѣва, и наоборотъ. Здѣсь положеніе плода, относительно выбора руки, имѣетъ второстепенное значеніе. Собственно затрудненія при поворотѣ встрѣчаются при круговомъ прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста или такъ-называемомъ цен-

Фиг 163.



тральномъ предлежаніи его. Въ этомъ случаѣ, какъ извѣстно, маточный зѣвъ совершенно и со всѣхъ сторонъ закрытъ дѣтскимъ мѣстомъ; кровотеченіе при этомъ обыкновенно бываетъ ужасающее и угрожаетъ крайнею опасностію матери и плоду (при этомъ онъ рождается въ большинствѣ случаевъ мертвымъ). Чтобы спасти роженицу отъ опасности изойти кровью, остается одно средство, — какъ можно скорѣе опорожнить матку. Цѣль эта можетъ быть достигнута всего вѣрнѣе поворотомъ. Для того, чтобы проникнуть въ полость матки при центральномъ предлежаніи дѣтскаго мѣста имѣется нѣсколько способовъ:

а) Самый простой изъ нихъ и принятый мною состоитъ въ томъ, что, проведши руку черезъ влагалище до дѣтскаго мѣста, разъединяютъ связь его съ маткою на такомъ пространствѣ, чтобы рука могла проникнуть въ полость матки. Другими словами, помощію этого пріема *центральное предлежаніе измѣняется въ боковое*. Послѣ проведенія руки черезъ сдѣланное такимъ образомъ искусственное отверстіе, дальнѣйшее производство операціи ничѣмъ не отличается отъ обыкновеннаго; нужно только проводить руку какъ можно медленнѣе и выше, а также — въ теченіи 2-хъ или 3-хъ минутъ послѣ разрыва пузыря не дѣйствовать ею. Это можетъ быть полезно въ томъ отношеніи, что верхнюю часть предплечія оператора прижимаются разорванные сосуды, а усиливающіяся вслѣдствіе присутствія руки въ полости матки боли способствуютъ

уменьшенію, а иногда и прекращенію кровотока. Этотъ способъ <sup>1)</sup> проведенія руки въ полость матки, на основаніи какъ моихъ, такъ и чужихъ наблюденій, я считаю самымъ рациональнымъ и всего менѣе опаснымъ для матери и для плода.

β) Другой способъ состоитъ въ *прободеніи дѣтскаго мѣста по срединѣ его и въ проведеніи руки въ полость матки чрезъ сдѣланное такимъ образомъ отверстіе*. Способъ этотъ (къ которому прибѣгнулъ въ одномъ случаѣ *Smellie* и который нашелъ защитниковъ въ *Bonnet*'ѣ и *Halmagard*'ѣ), съ одной стороны, весьма опасенъ, съ другой же, исполненіе его весьма затруднительно. Опасенъ онъ потому, что плодъ, вслѣдствіе разрыва значительнаго количества плацентарныхъ сосудовъ, можетъ умереть вслѣдствіе недостатка крови. Кромѣ того, продыравливая ткань дѣтскаго мѣста, легко можно оторвать его отъ мѣста прикрѣпленія. Нарушеніе связи между нимъ и маткою можетъ усиливаться еще болѣе при извлеченіи плода чрезъ сдѣланное въ дѣтскомъ мѣстѣ отверстіе, которое обыкновенно не можетъ быть настолько велико, чтобы плодъ могъ пройти чрезъ него совершенно свободно. Затрудненіе же, сопряженное съ этимъ способомъ, состоитъ въ томъ, что продыравить дѣтское мѣсто пальцами весьма трудно, въ чемъ я убѣдился на опытѣ.

γ) Третій способъ, предлагаемый при центральномъ предлежаніи дѣтскаго мѣста, состоитъ въ *предварительномъ полномъ отдѣленіи и выведеніи наружу всего дѣтскаго мѣста*, послѣ чего уже предпринимаются поворотъ. Въ одномъ отчаянномъ случаѣ *Smellie* поступилъ именно такимъ образомъ. Способъ этотъ предлагали потомъ *Kinder*, *Nood*, *Radford* и въ особенности *J. Simpson*. Послѣдній, впрочемъ, совѣтуетъ этотъ способъ какъ крайнее средство и притомъ при *завѣдомо мертвомъ плодѣ*. Способъ этотъ совершенно справедливо встрѣтилъ сильныхъ противниковъ, преимущественно въ лицѣ *P. Dubois* и *Cazeaux*. Удаляя дѣтское мѣсто прежде плода, мы едва-ли можемъ уменьшить кровотеченіе, скорѣе же усилимъ его, такъ какъ съ удаленіемъ дѣтскаго мѣста кровотокаціе маточные сосуды могутъ закрыться единственно энергическимъ сокращеніемъ матки, возможнымъ только по опороженіи ея. Что же касается плода, то онъ неизбѣжно умираетъ. Понятно, что если подлежащее дѣтское мѣсто отдѣлилось само собою, то нужно его извлечь прежде поворота.

III. Затрудненія со стороны матери и плода. Главное затрудненіе при 3-мъ и отчасти 2-мъ моментѣ поворота существенно состоитъ въ томъ, что, по низведеніи одной, рѣже обѣихъ ножекъ, собственно поворотъ плода не совершается. Здѣсь могутъ быть слѣдующія случайности: ножка можетъ быть доведена до наружныхъ дѣтородныхъ частей, до влагалища и наконецъ только до нижняго отрѣзка матки;

<sup>1)</sup> Онъ въ первый разъ, кажется, предложенъ былъ *Zeitfuchs*'омъ въ 1843 году. *Cohen* же разработалъ его и способствовалъ распространенію его въ практикѣ, отъ того то онъ и носитъ его имя (см. *Monatsschr. f. Geburtsk.*, 1855, Bd. V, p. 241). Изъ нѣмецкихъ акушеровъ весьма рѣзко высказались противъ него *Hohl* (*Deutsche Klinik*, 1855, № 27) и *Sickel* (*Schmidt's Jahrb.*, 1855, № 8, p. 212).

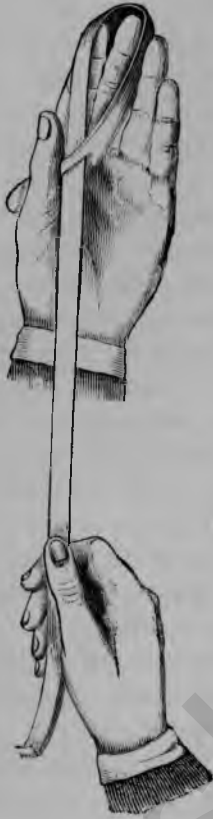
при этомъ, по причинѣ неподвижности плода, потягиваніе за ножку оказывается недостаточнымъ; понятно, что при этомъ и подлежащая часть, какая бы она ни была, остается неподвижною. Обстоятельство это тѣсно связано съ вышеописанными аномаліями потужной дѣятельности, дѣлающими плодъ совершенно неподвижнымъ. Мнѣ случилось видѣть невозможность совершенія поворота отъ неправильно-произведеннаго изгибанія плода, т. е. изгибанія его по задней поверхности (испорченное положеніе). Въ этихъ случаяхъ искусство располагаетъ двумя способами для совершенія поворота. Если затрудненіе встрѣчается при низведеніи одной ножки, то *низводятъ и вторую ножку*; если же и послѣ этого собственно поворотъ не удастся, то *прибѣгаютъ къ повороту посредствомъ двойнаго ручнаго приема (J. Siegemundin)*. Убѣдившись что при низведеніи одной ножки поворотъ не удастся, необходимо тотчасъ остановиться и отнюдь не употреблять насилія, которое можетъ повести за собою чрезвычайно опасныя послѣдствія. На низведенную ножку, въ какомъ бы мѣстѣ она ни находилась, *накладывается петля*, назначеніе которой, главнымъ образомъ, состоитъ въ томъ, чтобы ножка не отошла снова вверхъ; кромѣ того при помощи ея облегчаются дальнѣйшія манипуляціи. Для петли употребляется тесьма, всего лучше шелковая, шириною приблизительно въ 2.0, съ продольнымъ отверстіемъ на одномъ концѣ. При низведеніи ножки наружу настолько, что ступня ея находится внѣ половой расщелины, петля накладывается очень просто, а именно: не выпуская ножки, тесьму кладутъ выше пальцевъ оператора, образуютъ петлю и затягиваютъ ее на-глухо, и притомъ такъ, чтобы она помѣстилась выше лодыжекъ. Если стопа находится во влагалищѣ и настолько удалена отъ входа его, что для удерживанія ея значительная часть ручной кисти оператора должна помѣщаться во влагалищѣ, то петля накладывается вокругъ этой руки выше запястья, но не затягивается; затѣмъ двумя пальцами другой руки (указательнымъ и среднимъ) петля продвигается къ верхушкамъ пальцевъ, которые удерживаютъ ножку и которыми, въ свою очередь, также можно способствовать передвиженію петли и помѣщенію ея выше лодыжекъ плода; наложенная такимъ образомъ петля затягивается.

Что касается наложенія петли на ножку, низведенную только къ нижнему отдѣлу матки, то оно не такъ легко какъ въ предыдущихъ двухъ случаяхъ. Для выполненія чего существуютъ два способа: *ручной и инструментальный*. Первый вѣрнѣе, безопаснѣе и болѣе удобоисполнимъ, чѣмъ второй.

*Ручное наложеніе петли.* Коль скоро ножка находится такъ высоко, что для достиженія ея вводится значительная часть предплечія, то на концы 4-хъ пальцевъ конически сложенной руки, предназначенной для введенія въ матку, надѣвается петля, которую укрѣпляютъ, придерживая за свободный конецъ тесьмы другою рукою. Такимъ образомъ приготовленная петля вносится въ полость матки до стоны, и тамъ, при участіи большаго пальца, накладывается на ножку выше лодыжекъ и затягивается за конецъ, висящій внѣ дѣтородныхъ частей. На обѣ ножки приходится накладывать петли весьма рѣдко, потому что поворотъ на обѣ ножки совершается, можно сказать, всегда удобно. Коль скоро петля укрѣплена на ножкѣ, то операторъ слегка натягивая свободною рукою, конецъ тесьмы, висящей между наружными дѣтородными частями, удерживаетъ ножку въ данномъ положеніи (фф. 164 и 165).

Инструментальное наложение петли. Для наложения петли помощью инструментовъ въ пастоящее время могутъ быть употребляемы два такъ называемыхъ петлевода (porte-lac)—одинъ *Trefurta*, другой *Van-Huevela*.

Фиг. 164.



Фиг. 165.



а) Петлеводъ *Trefurta*, фиг. 166, устроенъ наподобіе щипцовъ, искривленъ соответственно проводной линіи таза и раскрывается чрезъ сближеніе рукоятокъ. Длина всего инструмента 38.0. Петля сдѣлана изъ шелковой тесемки, длиною около 27.0; на одномъ концѣ ея имѣется петелька, вблизи которой сдѣланы два кармашка на разстояніи 5.2 одинъ отъ другого, длиною около 2.0 каждый, открытыхъ со стороны концевъ тесемки и закрытыхъ съ противоположной стороны, фиг. 166, 2, *a* и *b*. Инструментъ вводится закрытымъ и съ надѣтою на него предварительно петлю, какъ показано на фиг. 166 3. Онъ вводится по рукѣ оператора, удерживающей ножку; затѣмъ сближеніемъ рукоятокъ петля расширяется, ф. 166, 4, накладывается выше лодыжекъ и, по удаленіи инструмента, затягивается.

б) Петлеводъ *Van-Huevela* представленъ на фиг. 167, рис. 1. Вѣтвь *a* на концѣ расщеплена и снабжена двумя шпешками (2); вѣтвь *b* на верхушкѣ имѣетъ желобокъ для номѣщенія (4) вдвое сложенной тесемки съ металлической пластинкой (3, *d* и *c*). Петлеводъ проводится по рукѣ открытымъ; достигнувъ ножки и обхвативъ послѣднюю концами *a* и *b*, инструментъ закрываютъ, причѣмъ расщепленная вѣтвь *a* захватываетъ своими шпешками пластинку *c* (5). Послѣ захватыванія пластинки, что узнается по особому щелканью инструмента, послѣдній снова раскрываютъ и извлекаютъ наружу (6); приэтомъ пластинка *c* съ прикрѣпленной къ ней тесемкой *d* выскальзываетъ изъ желобка *b* (7). Извлекиши пластинку наружу, снимаютъ ее съ петлевода, продѣваютъ нѣ петлю (8) и затѣмъ петлю затягиваютъ выше лодыжекъ.



Изъ этихъ двухъ снарядовъ предпочтене должно быть отдано петлеводу *Trefurt'a*.  
Снарядъ *Van-Huevel'*я представляеть сложный и на дѣлѣ небезопасный инструментъ <sup>1)</sup>.

Фиг. 166.



с) Профессоръ *Лазаревичъ* предложилъ свой петлеводъ, испытать который на дѣлѣ мнѣ еще не удалось; инструментъ этотъ по своей простотѣ заслуживаетъ вниманія <sup>2)</sup>.  
фиг. 167.



<sup>1)</sup> Палочка (Führungsstäbchen) для проведенія въ полость матки и наложенія петли на ножку впервые придумана *Justin'ою Siegemundin*. Въ настоящее время подобныхъ проводниковъ существуетъ множество: сюда относятся проводники *Pugh'a Walbaum'a*, *Fried'a* младш., *Stein'a* старш., *Osiander'a*, *Braun'a*, *Schöller'a* и др.

<sup>2)</sup> Catalogue and report of obstetrical and other instruments exhibited at the conversations of the Obstetrical Society of London London 1867, p. 8.

Вообще насчетъ всѣхъ этихъ проводниковъ должно сказать, что большую часть употребленіе ихъ чрезвычайно затруднительно, и тамъ, гдѣ наложеніе петли помощью рукъ невозможно, тамъ труднѣе оно удастся помощью какого-либо изъ упомянутыхъ инструментовъ, поэтому все эти инструменты нужно считать мало полезными.

Наложивши петлю на ножку, операторъ, натягивая свободною рукою тесемку, удерживаетъ ножку, введенною же раньше рукою отыскиваетъ вторую ножку. Если вторая ножка находится высоко, то нѣтъ никакой надобности стараться захватить ее по вышесказанному способу выше лодыжекъ: здѣсь можно обхватить бедро полной рукой въ нижней его трети, или, дойдя до подколенной ямки, захватить колѣно и осторожно низвести ножку до входа таза (см. фиг. 156). Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при поворотѣ ножка бываетъ низведена ко входу таза согнутой въ колѣнѣ и поворотъ не совершается, для удерживанія ея на мѣстѣ полезнѣе вмѣсто петли употребить тупой крючекъ, фиг. 168. Для этого операторъ, не выпуская захваченное колѣно, заводитъ по рукѣ тупой крючекъ и обхватываетъ имъ ножку со стороны подколенной ямки, причѣмъ необходимо, чтобы верхушка крючка была обращена не къ стѣнкѣ матки, а въ полость ея. Въ случаѣ перекрещиванія ножекъ, нужно ихъ предварительно развести, фиг. 169, и затѣмъ уже низводить ко входу въ тазъ.

Фиг. 168.



Фиг. 169.



Если туловище плода не поворачивается даже послѣ низведенія второй ножки, то остается испытать поворотъ помощью двойнаго приема (le

double manoeuvre, der doppelte Handgriff). Онъ состоитъ въ томъ, что по наложеніи на ножку петли операторъ тою рукою, которою онъ пытался произвести поворотъ, потягиваетъ за тесемку и въ то же время другою рукою приподымаетъ подлежащую часть съ цѣлью способствовать совершенію поворота, фиг. 170. Это исполняется со всевозможною осторожностію и до тѣхъ поръ, пока не совершится поворотъ.

Къ приему этому должно прибѣгать только въ *самыхъ крайнихъ случаяхъ* и если истощены всѣ другія средства, такъ какъ при малѣйшей неосторожности или насиліи онъ можетъ повлечь за собою весьма печальныя послѣдствія.

Отодвигать вверхъ подлежащую часть позволительно только рукою, но ни въ какомъ случаѣ не инструментами. Понятно, что только рука можетъ ощущать степень сопротивленія, представляемаго вколоченною подлежащею частью и сообразно этому соразмѣрять также силу, потребную для устранения встрѣчаемаго препятствія. Ввѣрить же это дѣло инструменту, какой бы онъ ни былъ, значить ввѣриться слѣпому случаю и рисковать разрывомъ матки и т. п. Поэтому всѣ инструменты, предложенные для отодвиганія вверхъ вколоченной подлежащей части, должны быть абсолютно изгнаны изъ употребленія. Придуманые для этой дѣли инструменты были весьма различнаго свойства. Такъ *Campbell* употреблялъ ложку обыкновенныхъ щипцовъ, которая вводилась въ подмышку плода, и такимъ образомъ вколоченное плечо отодвигалось вверхъ. Инструментъ *Burton'a* былъ похожъ на костыль; затѣмъ еще существуютъ инструменты *Aitken'a* (*impellers*), *Otto* (*reductor*), *Pfeiffer'a* (*elevator*) и др. *Bernard* (*L'Union* 1846, p. 157) для этой дѣли предложилъ очень оригинальный инструментъ, состоящій изъ мѣднаго кольца, соединеннаго съ двумя металлическими палочками. Кольцо надѣвается, какъ можно выше, на выпавшую ручку и помощью палочекъ подлежащее плечо отодвигается вверхъ. Объ упомянутыхъ здѣсь инструментахъ см. *Schreger'a: Uebersicht der geburts-hülflichen Werkzeuge*, p. 41—42.

Способъ *Levret-Deutsch'a*. Кромѣ изложенныхъ выше способовъ, служащихъ для устранения затрудненій, встрѣчаемыхъ при поворотѣ, есть еще одинъ способъ, посвящій имя изобрѣтателей его, именно *Levret'a* и *Deutsch'a*, и предназначенный для упрощенія достиженія пожекъ. Его особенно предлагали въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ подлежащая часть при плечевыхъ и поперечныхъ предлежаціяхъ вколочена въ тазъ и пригомъ брюшная поверхность плода обращена кзади и до ножекъ дойти трудно. Для этого поступали слѣдующимъ образомъ. Рукою, введенною согласно вышеизложеннымъ правиламъ въ матку, обхватываютъ подлежащую часть такъ, чтобы четыре пальца помѣщались позади подлежащей части, а большой впереди ея, фиг. 171. Приподымая осторожно подлежащую часть вверхъ, въ то же время дѣйствуютъ кистью руки такъ, чтобы *повернуть плодъ около продольной оси его*. Это совѣтуютъ дѣлать исподволь до тѣхъ поръ, пока не достигнуть желаемого результата, т. е. пока подлежащая часть не будетъ сдвинута съ мѣста и спинка плода не повернется впередъ и вверхъ.

Способъ этотъ, на первый взглядъ кажущійся рациональнымъ, не вошелъ однако въ акушерскую практику по причинѣ своей неудобности. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно было бы исполнить приемъ *Levret-Deutsch'a*, почти всегда можно провести

Фиг. 170.



руку къ ножкамъ. Другими словами, онъ удобоисполнимъ тамъ, гдѣ подлежащая часть сохранила еще нѣкоторую подвижность. Въ противномъ случаѣ приемъ *Levret-Deutsch's* невыполнимъ, настойчивость же при исполненіи его небезопасна. Въ настоящее время при трудномъ достиженіи ножекъ мы ограничиваемся, какъ это было сказано выше, захватываніемъ бедра, колѣна, словомъ—совершаемъ поворотъ на колѣно, который получилъ обширное примѣненіе, благодаря *Simpson'у, Wilde, C. Braun'у* и другимъ. И мнѣ неоднократно случалось совершать поворотъ на колѣно или колѣни съ полнымъ успѣхомъ.

Фиг. 171.



**Предсказаніе при поворотѣ на ножку или ножки.** Поворотъ вообще, и въ особенности на ножку или ножки, принадлежитъ къ числу акушерскихъ операцій весьма важныхъ, серьезныхъ и въ то же время нерѣдко встрѣчающихся въ практикѣ. Что касается оцѣнки этой операціи, то съ положительностью можно сказать только, что исходъ поворота для матери гораздо благопріятнѣе, чѣмъ для плода.

При установкѣ предсказанія при поворотѣ на ножку или ножки нужно принимать въ соображеніе: 1) Вліяніе манипуляцій на здоровье матери и плода,—и въ этомъ отношеніи пужно строго отличать *легкій* поворотъ отъ *труднаго*. 2) Показанія къ операціи, не исключая и суженій таза. 3) Могутъ ли роды послѣ поворота окончиться сами собою или потребуются извлеченіе плода, и какое именно, за ножки или ножку,—операція болѣе опасная для жизни плода, чѣмъ поворотъ самъ по себѣ. Понятно, что при легкомъ поворотѣ, когда операція производится своевременно и, большею частію, по причинѣ одного только неправильнаго положенія плода, матка находится въ нормальномъ состояніи, кровообращеніе плода не нарушено, ручные приемы просты, кратковременны и не причиняютъ ни особеннаго раздраженія дѣтородныхъ частей матери, ни поврежденій плоду; поэтому и исходъ послѣ этого вида поворота бываетъ гораздо благопріятнѣе, чѣмъ при трудномъ поворотѣ. При послѣднемъ врачъ въ большинствѣ случаевъ попадаетъ уже тогда, когда воды

истекли нѣсколько часовъ назадъ, а иногда за 2—3 дня; мало того, бываетъ, и относительно нерѣдко, что послѣ нѣсколько-дневныхъ напрасныхъ родовыхъ мукъ и невѣжественныхъ пособій повитухъ, роженницу везутъ въ телегѣ нѣсколько верстъ въ клинику или родильный домъ. При подобнаго рода обстоятельствахъ, болѣе или менѣе тяжелыя послѣдствія зависятъ только отъ поздней подачи пособія, причемъ со стороны матери могутъ быть различныя аномаліи потужной дѣятельности, какъ-то: спазмодическія боли, столбнякъ матки (*tetanus uteri*), атонія ея, а равно воспаленіе и даже разрывъ матки; со стороны плода—глубокое внѣдреніе предлежащей части въ полость таза, иногда съ выпаденіемъ ручки, наконецъ, начинающійся самоизворотъ (*evolutio spontanea*). Всѣ эти послѣдовательныя болѣзненные явленія влекутъ за собою полное разстройство въ кровообращеніи плода и смерть его; тѣми же самыми обстоятельствами родовъ ставится въ крайне неблагопріятныя условія также и мать.

Ко всему этому нужно прибавить, что и манипуляціи, производимыя въ подобныхъ случаяхъ, иногда даже самую опытною рукою и съ надлежащими предосторожностями, могутъ причинить или разрывъ матки, или по крайней мѣрѣ сильное раздраженіе ея (вслѣдствіе повторнаго введенія руки, долгаго пребыванія ея въ полости матки и т. п.), и дать поводъ къ внесенію инфекціонныхъ началъ. Различныя части плода могутъ подвергаться при этомъ прижатію, особенно пуповина, конечности же—переломамъ и вывихамъ. Изъ сказаннаго ясно, что при легкомъ поворотѣ исходъ неправильныхъ родовъ обуславливается единственно только операціею, при трудномъ же—не только операціею, но также и продолжительностью родовъ и другими неблагопріятными условіями, бывающими при поздней подачѣ пособія искусства.

Статистика *Collins's* (правда, основанная на незначительномъ числѣ наблюдений <sup>1)</sup> показываетъ, что при поворотѣ во время родовъ, продолжавшихся не болѣе 24 часовъ, онъ теряетъ 1 женщину изъ 21 и при родахъ, продолжавшихся болѣе 24 часовъ, 1 изъ 3-хъ. *Fritsch*, сопоставивъ цифры нѣсколькихъ статистикъ, пришелъ къ заключенію, что смертность матерей при поворотѣ колеблется между 5,3 и 8,0%, а новорожденныхъ между 39 и 63,3%.

Что касается предсказанія при поворотѣ, вслѣдствіе другихъ показаній и осложненій, какъ напр. при родахъ, сопряженныхъ съ маточными кровотечениями (предлежаніе дѣтскаго мѣста, преждевременное отдѣленіе его), съ разрывами матки, съ суженіями таза и т. п., то здѣсь, кромѣ легкости и трудности поворота, нужно принимать во вниманіе и вліяніе самой болѣзни, напр. болѣе или менѣе сильную потерю крови, причину суженія таза (злокачественныя опухоли, остеомаляція) и т. д.

Случающіеся при поворотѣ переломы и вывихи конечностей плода при надлежащемъ пособіи излечиваются довольно скоро. Разрывы матки могутъ случаться до операціи и во время ея, и притомъ въ ткани матки еще здоровой, или уже измѣненной различными патологическими процессами. Эти разрывы, отъ какой бы причины они ни происходили,

<sup>1)</sup> *Joulin*. Traité complet d'accouchements. Paris 1867, p. 1023.

принадлежать къ поврежденіямъ весьма тяжелымъ и въ громадномъ большинствѣ случаевъ смертельнымъ.

Изъ этого краткаго очерка опасностей, сопровождающихъ поворотъ на ножку или ножки, легко понять, почему мы назвали его одною изъ самыхъ серьезныхъ акушерскихъ операцій. Изъ этого также видно, сколько хладнокровія, благоразумія и осторожности требуется отъ акушера при производствѣ этой операціи. Благоразумная осторожность нерѣдко преодолеваетъ самые, повидимому, трудные и запутанные случаи. Съ другой же стороны, одна какая-нибудь оплошность можетъ повести за собою самыя серьезныя послѣдствія какъ для роженицы, такъ и для плода. Такъ напр., *настойчиво проводить руку въ полость матки, пораженной столбнякомъ, значитъ завѣдомо рисковать сдѣлать разрывъ матки*. Тоже самое должно сказать насчетъ неосторожныхъ попытокъ къ повороту, когда подлежащая часть вколочена во входъ или полость таза.

Резюмируя все вышесказанное, мы придемъ къ заключенію, что и въ трудныхъ случаяхъ предсказаніе относительно менѣе неблагоприятно при слѣдующихъ условіяхъ:

- 1) Если приходится проводить руку не слишкомъ высоко въ полость матки и притомъ операція производится не слишкомъ поздно.
- 2) Если подлежащая часть сохраняетъ нѣкоторую, хотя бы и самую ничтожную, подвижность.
- 3) Если прежде сдѣлано было какъ можно менѣе бесплодныхъ попытокъ къ совершенію поворота.
- 4) Если нѣтъ значительнаго суженія таза.

**Показанія къ повороту на ножку или ножки.** 1) Въ числѣ показаній къ повороту первое мѣсто занимаютъ *неправильныя положенія зрѣлаго плода какъ живаго, такъ и мертваго*; сюда относятся положенія поперечныя, косыя и такъ называемыя испорченныя. Известно, что въ подобныхъ случаяхъ роды могутъ окончиться, хотя и очень рѣдко, или произвольнымъ поворотомъ (*versio spontanea*, стр. 37) или самоизворотомъ плода (*evolutio spontanea*, стр. 38). На произвольный поворотъ можно рассчитывать только до излитія водъ, и то почти исключительно при косыхъ положеніяхъ. На произвольное окончаніе родовъ самоизворотомъ ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ рассчитывать, а тѣмъ болѣе выжидать его, исключая тѣ случаи, *идь имѣемъ дѣло съ мертвымъ недоношеннымъ, или же со зрѣлымъ, но совершенно разложившимся плодомъ*.

При этомъ мы должны замѣтить, что, опредѣливъ въ данномъ случаѣ неправильное положеніе плода, слѣдуетъ прежде, чѣмъ приступлено будетъ къ повороту на ножку или ножки, взвѣсить возможность исправленія даннаго положенія другими болѣе легкими приѣмами (наружный поворотъ на головку), о чемъ будетъ сказано ниже.

2) При *черепныхъ положеніяхъ*, когда затылокъ или лицо, при правильномъ и слегка суженномъ тазѣ, долго не вставляется во входъ. Въ подобныхъ случаяхъ, если не удается предварительно исправить по-

ложеіе подлежащаго черепа, необходимо, — взвѣсивъ все обстоятельства, могущія выяснитъ, можно ли рассчитывать на то, что роды нижнимъ концомъ окончатся благополучно для матери и ребенка, — произвести поворотъ.

Узнавъ во время лицевое положеніе и произведя своевременно поворотъ на ножку или ножки, можно избѣгнуть перфорации и другихъ операций, убивающихъ плодъ.

3) *Различныя неправильности въ членорасположеніи плода* могутъ потребовать поворота на ножки. Сюда относятся выпаденіе одной или обѣихъ верхнихъ конечностей подлѣ головки, а также нижнихъ конечностей, однихъ или же вмѣстѣ съ верхними. Если подлѣ головки выпадаетъ одна или обѣ верхнія конечности и тазъ при этомъ нормальныхъ размѣровъ, то подчасъ удастся вправить выпавшія ручки. При всемъ томъ нужно имѣть въ виду, что роды при подобныхъ обстоятельствахъ могутъ совершиться нерѣдко одними силами природы. Но въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя вправить выпавшія конечности и гдѣ также нельзя надѣяться на самопомощь природы, поворотъ на ножки становится необходимымъ. При выпаденіи ножки или ножекъ возлѣ головки нужно потягивать одною рукою за выпавшую ножку, по общимъ правиламъ, установленнымъ для производства поворота, и въ то же время другою рукою отодвигать головку въ противоположную сторону.

*G. de la Motte* приводитъ нѣсколько наблюденій, въ которыхъ выпаденіе конечностей было причиною весьма трудныхъ родовъ. Вообще должно принять за правило, что если ручки выпали возлѣ подлежащей части и помѣщаются такимъ образомъ, что мѣшаютъ надлежащему вставленію ея въ тазъ, то необходимо прибѣгнуть къ повороту, пока подлежащая часть еще подвижна и не препятствуетъ введенію руки въ полость матки

4) Кромѣ упомянутыхъ показаній, къ повороту на ножку или ножки прибѣгаютъ во всехъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ и при совершенно *правильныхъ положеніяхъ* плода требуется безотлагательное окончаніе родовъ. Здѣсь поворотъ необходимъ для того, чтобы вслѣдъ за нимъ тотчасъ же можно было извлечь плодъ. Къ этой категоріи принадлежатъ слѣдующія главнѣйшія показанія:

а) *Предлежаніе дѣтскаго мѣста*. Оно послѣ неправильныхъ положеній плода всего чаще служитъ показаніемъ къ повороту. При всехъ видахъ предлежанія дѣтскаго мѣста, если подлежащая часть плода стоитъ высоко и кровотеченіе достигаетъ значительной степени, то для спасенія матери и плода настоятельно нужно окончить роды какъ можно скорѣе; въ этихъ то случаяхъ поворотъ на ножку или ножки съ послѣдовательнымъ извлеченіемъ плода имѣетъ полнѣйшее примѣненіе.

б) *Выпаденіе пуповины*. При выпаденіи пуповины, возлѣ подлежащей части, если не удастся вправить и удержать пуповину въ данномъ положеніи, то въ большинствѣ случаевъ для спасенія младенца остается одно надежное пособіе — поворотъ на ножку или ножки.



5) Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ *разрыва матки*, гдѣ въ брюшную полость выпадаетъ не весь плодъ, а болѣе или менѣе значительная часть его, поворотъ имѣетъ полное примѣненіе, но при условіи, если ножки могутъ быть удобно захвачены и низведены, и если щипцы не могутъ быть примѣнены. При полномъ же выпаденіи плода (живаго или мертваго) поворотъ, по моему мнѣнію, не имѣетъ мѣста и долженъ быть замѣненъ чревосѣченіемъ (laparotomia) на живой матери.

6) *Экламписъ*. Въ случаяхъ, гдѣ при этомъ страданіи желательно скорѣе окончить роды, между тѣмъ наложить щипцы еще нельзя, совѣтовали дѣлать поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ плода. Въ настоящее время при подобныхъ обстоятельствахъ къ повороту прибѣгаютъ развѣ въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ, такъ какъ введеніе руки въ недостаточную раскрытую матку (см. стр. 319) неминуемо вызываетъ повтореніе или усиленіе припадковъ.

7) Болѣе или менѣе значительныя степени *суженія таза* могутъ, при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ, служить показаніемъ къ повороту на ножки и извлеченію за нихъ <sup>1)</sup>). Показаніе это, главнымъ образомъ, основано на томъ, что подлежащая головка, вступая во входъ суженнаго таза объемистою своею частью, т. е. верхнимъ отрѣзкомъ черепа, не можетъ въ такой степени *конфигурироваться*, какъ при послѣдующей головкѣ, когда она вступаетъ въ тазъ менѣе объемистою частью, т. е. основаніемъ черепа. Вслѣдствіе этого, многіе акушеры путемъ опыта пришли къ убѣжденію, что при суженіяхъ таза, при совершенно равныхъ условіяхъ, послѣдующая головка проходитъ легче черезъ тазовой каналъ, чѣмъ головка подлежащая. Выгоды поворота на ножки въ этомъ случаѣ искали еще въ томъ, что неправильныя положенія подлежащей головки, столь часто наблюдаемая при суженіяхъ таза, устраняются поворотомъ и, слѣдовательно, этимъ самымъ дается болѣе шансовъ для сохраненія жизни плода, такъ какъ продолжительность родового акта значительно сокращается. Наконецъ, *E. Martin* думаетъ, что поворотъ на ножки особенно и преимущественно умѣстенъ при неравномерно-суженныхъ тазахъ, и объясняетъ это тѣмъ, что при совершеніи поворота можно провести головку чрезъ болѣе широкую часть таза, между тѣмъ какъ при родахъ подлежащею головкою, эта послѣдняя можетъ оставаться въ суженной половинѣ и потребовать, такимъ образомъ, операцій, уменьшающихъ объемъ головки (прободеніе головки и краниоклазія).

Приведенное нами мнѣніе о только что сказанномъ показаніи къ повороту при узкихъ тазахъ уже не ново; оно возникло въ науцѣ давно и только въ новѣйшее время старались распространить его и найти для него, по возможности, раціональныя основанія. Мнѣнія акушеровъ относительно разбираемаго показанія были весьма различны. Не вда-

---

<sup>1)</sup> Въ строгомъ смыслѣ показаніе это относится къ операціи извлеченія плода за ножки, а не къ повороту на ножки; но тѣсная связь двухъ этихъ операцій, въ смыслѣ пособій при суженіяхъ таза, позволяетъ намъ коснуться здѣсь этого вопроса.

ваясь въ подробныя историческія изслѣдованія по этому вопросу, замѣтимъ только, что *Stein* старш., *Voër* и др. допускали уже поворотъ на ножки при узкомъ тазѣ (особенно первый), но только съ большими ограниченіями. *Osiander* <sup>1)</sup> зашелъ ужъ слишкомъ далеко, считая суженіе таза само по себѣ показаніемъ къ повороту. *M-me Lachapelle* <sup>2)</sup> въ классическомъ трактатѣ своемъ объ акушерствѣ сообщаетъ весьма поучительную, въ практическомъ отношеніи, казуистику. Позже показаніе это нашло особенно жаркихъ защитниковъ въ *Ritgen*'ѣ, *Siebold*'ѣ, *Nägele* и др. *Kilian* <sup>3)</sup> высказывается на этотъ счетъ весьма осторожно, совѣтуя поворотъ на ножки только при умѣренныхъ суженіяхъ таза (*conjugata vera* въ  $3\frac{1}{2}''$  и ни въ какомъ случаѣ не короче  $3\frac{1}{4}''$ ), и то въ такомъ случаѣ, если при тщательномъ наблюденіи родового акта, мы пришли къ убѣжденію, что подлежащая головка не въ состояніи надлежащимъ образомъ фиксироваться во входѣ таза. *Hohl* <sup>4)</sup> еще въ 1845 году рѣшительно опровергъ вышеприведенное объясненіе болѣе легкаго прохожденія послѣдующей головки, высказанное *Martin*'омъ, съ которымъ отчасти согласенъ и *Cazeaux* <sup>5)</sup>. *Hohl* замѣчаетъ, что установить предѣлы суженія таза, при которыхъ можно дѣлать поворотъ на ножки, нѣтъ никакой возможности, такъ какъ самую важную роль здѣсь играетъ способность головки конфигурироваться. Поэтому поворотъ на ножки и послѣдовательное извлеченіе плода съ полнымъ успѣхомъ могутъ быть произведены при *K* въ 8.0, между тѣмъ какъ въ иныхъ случаяхъ нельзя этого сдѣлать даже при *K* въ 9.5. Мои убѣжденія, основанныя на собственныхъ моихъ наблюденіяхъ, вполне совпадаютъ съ мнѣніемъ *Kilian*'а, *Hohl*'я и нѣкот. др.: я считаю необходимымъ производить поворотъ при узкомъ тазѣ не ради суженія, но ради другихъ обстоятельствъ, какъ-то: выпаденія пуповины, неправильнаго положенія и т. п.

Никто изъ приведенныхъ мною авторовъ не защищалъ такъ энергически поворота на ножки при узкихъ тазахъ, какъ *J. Simpson*. Уже изъ одного заглавія его статьи объ этомъ предметѣ ясно видно, что онъ, въ этомъ случаѣ, поворотъ считаетъ средствомъ, могущимъ нерѣдко замѣнить прободеніе головки. Онъ въ этомъ отношеніи зашелъ гораздо далѣе другихъ, такъ какъ, по его словамъ, поворотъ еще возможенъ при конъюгатѣ въ  $2\frac{1}{2}''$  (!!). Выставляемые имъ основанія для этого показанія въ сущности совершенно тѣ же, какія приведены нами выше. Нужно при этомъ замѣтить, что *Simpson* считаетъ поворотъ при суженіяхъ таза благопріятнымъ не только для плода, но и для роженицы, такъ какъ, по его мнѣнію, этою операціею весьма значительно сокращается продолжительность родовъ, слѣдовательно, устраняется одинъ изъ главныхъ моментовъ послѣдовательныхъ заболѣваній въ послѣродовомъ періодѣ. Ученіе *Simpson*'а нашло весьма многихъ послѣдователей въ

<sup>1)</sup> Handb. der Entbindungsk., Bd. III, p. 185. <sup>2)</sup> Pratique des accouchem. T. I, p. 321. <sup>3)</sup> Die operat. Geburtshülfe. 1849, 2-te Aufl., Bd. V, p. 327—328. <sup>4)</sup> Lehrb. der Geburtsh. Leipzig 1862, 2-te Aufl., p. 755. <sup>5)</sup> Traité des accouchem. 1853, éd. 4, p. 638.

особенности въ Германіи (*Scanzoni, Arneht* и др.) и въ послѣднее время въ нѣмецкой акушерской литературѣ явился цѣлый рядъ статей, защищающихъ поворотъ на ножки при суженіяхъ таза. Сюда принадлежатъ работы по этому предмету *Scharlau, Schroeder'a, Poppel'я, Strassmann'a, Kristeller'a Fuhrmann'a* и многихъ другихъ.

**Противопоказанія къ повороту на ножку или ножки.** Послѣ сказаннаго выше объ условіяхъ поворота и о показаніяхъ къ нему, легко себѣ составить идею и о противопоказаніяхъ къ повороту на ножки. Главнѣйшія изъ нихъ суть:

- 1) Суженія таза въ значительной степени. Безусловно поворотъ противопоказуется при *K* въ 6.5
- 2) Внезапная смерть роженицы.
- 3) Выпаденіе всего младенца въ брюшную полость черезъ разрывъ матки.
- 4) Столбнякъ матки.

## II. Поворотъ на головку. (*Versio in caput. Wendung auf den Kopf. Version céphalique. The cephalic version.*)

**Историческія замѣчанія.** Выше было упомянуто, что въ древнемъ акушерствѣ операція поворота существенно состояла въ поворотѣ на головку и что только со временъ *Celsus'a* и *Soranus'a* стали прибѣгать къ повороту на ножки. Но съ тѣхъ поръ, какъ въ этой послѣдней операціи акушерская техника приобрѣла могущественное средство для скорого окончанія родовъ,—поворотъ на головку былъ почти совершенно забытъ. Правда, *Deventer, Roeslin, J. Rueff* и др. упоминають въ своихъ сочиненіяхъ о поворотѣ на головку и указываютъ на выгоды его въ нѣкоторыхъ случаяхъ, тѣмъ не менѣе къ этой операціи стали прибѣгать все рѣже и рѣже, такъ что въ концѣ 18-го столѣтія *Osiander* считалъ себя (хотя несправедливо) первымъ, который по прошествіи многихъ вѣковъ, снова ввелъ въ акушерство поворотъ на головку. Поворотъ на головку приобрѣлъ приверженцевъ въ германскихъ акушерскихъ школахъ, благодаря классическимъ трудамъ *Wigand'a, d'Outrepoint'a, Busch'a, El. v. Siebold'a, Mende, Kilian'a* и др. Современная акушерская наука не отдаетъ исключительнаго преимущества ни повороту на ножки, ни повороту на головку. Она старается установить твердыя правила, на основаніи которыхъ должно въ извѣстныхъ случаяхъ примѣнить тотъ или другой видъ поворота. Если же въ практикѣ гораздо чаще приходится дѣлать поворотъ на ножки, чѣмъ на головку, то это зависитъ отъ особенныхъ обстоятельствъ, которыхъ мы коснемся ниже.

### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Aitken. Princip. of midw. etc. London 1786. Busch. Geb. Abhandl. 1826, p. 27. Deventer. Neues Hebammenlicht etc. Jena 1717. Flamant. Notice historique etc. relativement à la version sur la tête. Journ. compl. du Dict. des sc. T. XXX, chap. 17, p. 3—12. Franqué. Ueber d. Wendung auf d. Kopf. Würzb. med. Zeitschr. 1865. Bd. V. Hildebrandt. Zur Wendung auf d. Kopf. Königsberg. med. Jahrb. Bd III. Hft. 1. Jungelaus. D. Wendung auf d. Kopf nach d. Erfahrungen bis 1829. Kayser. De versione in caput in situ foetus obliquo. Strassburg 1840. Labbé. De la version du foetus. Strasbourg 1803. Müller. Volkmann's Samml. klin. Vortr., № 77. Moriz. D. Wend. auf d. Kopf. Leipzig 1874. Nivert. De la version céphalique etc. Paris 1862. d'Outrepoint. Progr. v. d. Selbstwend. u. d. Wend. auf d. Kopf. Würzburg 1817. Oslander. Handb. d. Entbindungskunst. Tübingen 1819, Th. II, p. 145. Pinard. Traité du palp. abd. etc. Paris 1878. Schnaubert. Siebold's Lucina. Bd. VI, Hft 3, p. 340. Justine Siegemundin

Berlin 1752. Smellie. A treatise etc. Vol. I, 3 ed. London 1756, p. 352. Trefurt. Abh. u. Erfahr. Göttingen 1844, p. 97. Toussaint. Sur la version du fœtus par la tête. Strasbourg 1817. Walter. Diss. inaug. de versione fœtus in caput. Dorpat 1819.

**Необходимыя условія.** Для удачнаго совершенія внутренняго поворота на головку, кромѣ выше указанныхъ (стр. 392) благопріятныхъ и необходимыхъ условій для поворота на ножки, требуется еще, чтобы головка плода находилась близко ко входу таза. Чѣмъ болѣе она удалена отъ входа, тѣмъ болѣе затрудненія встрѣчаются при ея низведении. Совершеніе поворота на головку невысказано при такъ называемыхъ неблагопріятныхъ условіяхъ, о которыхъ рѣчь была выше (стр. 393 а. в. с. е.).

*Busch* считалъ цѣлость оболочекъ плоднаго яйца столь важнымъ условіемъ для производства поворота на головку, что онъ допускалъ возможность успѣшнаго производства его только до излитія водъ. Хотя *d'Outrepoint*, *Wright* и *Trefurt* предпринимали поворотъ на головку при выпавшей ручкѣ, тѣмъ не менѣе мнѣніе *Busch*'а имѣетъ важное практическое значеніе. Поворотъ на головку не долженъ быть предпринимаемъ при обстоятельствахъ, настоятельно требующихъ скораго окончанія родовъ, какъ напр. при выпаденіи пуповины, кровотеченіяхъ и т. п.

Поворотъ на головку всего удобнѣе совершается при положеніи роженицы на спинѣ; нерѣдко однако весьма выгодно бываетъ дать роженицѣ положеніе на боку, соотвѣтственно положенію головки.

**Производство операціи.** Задача искусства при производствѣ поворота на головку состоитъ не только въ низведеніи ея ко входу въ тазъ, но и въ томъ, чтобы удержать ее до тѣхъ поръ, пока она, приспособившись къ размѣрамъ входа, не установится окончательно.

Внутренній поворотъ на головку производится по слѣдующимъ способамъ:

1) *Способъ Busch*'а. Въ полость матки вводится рука, разноименная съ той половиной таза матери, въ которой находится головка: головка въ правой половинѣ таза — избирается лѣвая рука и наоборотъ. Дошедши до предлежащей части плода, руку направляютъ къ головкѣ, сохраняя по возможности притомъ цѣлость пузыря. Достигнувъ головки и убѣдившись въ ея положеніи, обхватываютъ ее полною рукою, фиг. 172, размѣщая четыре пальца

такъ, чтобы макушка или лобъ (смотря по положенію) помѣщались въ ладони, а большой палецъ оставался свободнымъ. Этотъ послѣдній способствуетъ отчасти низведенію головки, отчасти же противодѣй-

Фиг. 172.



ствуесть выпаденію мелкихъ частей плода и пуповины. Захвативъ головку, оболочки разрываютъ давленіемъ пальцевъ, вслѣдъ за тѣмъ; головку низводятъ, внѣ потуги, ко входу таза. Низведши головку, для удержанія ея въ данномъ положеніи, а равно для предотвращенія выпаденія мелкихъ частей, въ соприкосновеніи съ нею оставляютъ два пальца — указательный и средній, до наступленія новыхъ болей. Послѣ одной или нѣсколькихъ болей головка обыкновенно прочно устанавливается во входѣ въ тазъ, вслѣдъ за чѣмъ рука выводится изъ дѣтородныхъ частей и дальнѣйшій ходъ родовъ, смотря по показаніямъ, предоставляется или силамъ природы, или дальнѣйшему какому нибудь пособию искусства.

Не могу не посоветовать при поворотѣ по этому способу содѣйствовать ему свободною рукою, перемѣщеніемъ тазоваго конца плода вверхъ и въ сторону, противоположную той, въ которую низводится головка.

2) *Способъ d'Outrepoint'a* состоитъ въ томъ, что головка плода низводится, вслѣдствіе приподнятія тазоваго конца его; слѣдовательно, этотъ способъ отличается отъ предъидущаго тѣмъ, что здѣсь дѣйствуемъ на головку посредствомъ перемѣщенія всего туловища.

Производство поворота на головку по способу *d'Outrepoint'a* состоитъ въ слѣдующемъ. Рука вводится одноименная съ той половиной матки, въ которой находится головка: въ лѣвой половинѣ матки — лѣвая рука и наоборотъ. Послѣ введенія руки до подлежащей части плода, послѣдняя обхватывается такъ, чтобы четыре пальца прилегали къ поверхности

Фиг. 173.



младенца, обращенной къ задней стѣнкѣ таза, а большой палецъ къ поверхности, обращенной впередъ; затѣмъ приподнимаютъ его вверхъ ко дну матки. При этомъ стараются сохранить цѣлость оболочекъ, а въ моментъ приподнятія тазоваго конца плода содѣйствуютъ черезъ брюшныя стѣнки приближенію головки ко входу въ тазъ, фиг. 173. Эти манипуляціи необходимо совершать внѣ болей и повторять ихъ до тѣхъ поръ, пока головка не приблизится ко входу въ тазъ и вмѣстѣ съ

тѣмъ не совершится собственно поворотъ — 2-ой моментъ операціи. Низведенную головку удерживаютъ по правиламъ, изложеннымъ при способѣ *Busch'a*.

*Flamant*, а за нимъ и *Ritgen* совѣтовали производить поворотъ на головку, вводя руку въ полость матки до ягодицъ или даже до бедеръ плода, приподымать за нихъ тазовой конецъ вверхъ, вслѣдствіе чего головка должна опуститься во входъ таза. Нечего, кажется, говорить о томъ, что способъ *Flamant'a* не вошелъ въ практику, потому что при этомъ требуется глубокое введеніе руки въ полость матки, чего именно при поворотѣ на головку и должно избѣгать. Кромѣ того, доведши разъ до ягодицъ или ножекъ, мы не видимъ никакой причины, почему не сдѣлать поворота на ножки.

Что касается сравнительной оцѣнки способовъ *Busch'a* и *d'Outre-*

*pont'a*, то многіе акушеры способу послѣдняго отдають преимущество предъ способомъ перваго, на томъ основаніи, что при немъ поворотъ на головку совершается послѣ предварительнаго перемѣщенія туловища плода. Но, взвѣсивая выгоды и невыгоды обоихъ способовъ, едвали можно согласиться съ этимъ мнѣніемъ. Я не вижу причины и не испыталь на дѣлѣ, чтобы по способу *d'Outrepoint'a* легче и удобнѣе было приподнять тазовый конецъ (особенно сохраняя цѣлость пузыря), чѣмъ низвести ко входу захваченную головку, по *Busch'у*. Правда, не легко захватить часть плода объемистую, гладкую и скользкую, какова головка, но если она захвачена по правиламъ, то низведеніе ея совершается вѣрно и гораздо скорѣе, чѣмъ по *d'Outrepoint'у*, гдѣ повтореніе описанныхъ выше приѣмовъ требуетъ оставленія руки въ дѣтородныхъ частяхъ на болѣе или менѣе продолжительное время. Вообще должно сказать, что каждый изъ этихъ способовъ примѣнимъ въ соотвѣтствующихъ ему случаяхъ. Такъ, способъ *Busch'a* будетъ особенно умѣстенъ при болѣе значительномъ удаленіи головки отъ входа таза, при обиліи околоплодной жидкости и при маломъ плодѣ. Отъ того *Kilian* считаль способъ *Busch'a* особенно примѣнимымъ при поворотѣ на головку втораго плода при двойняхъ. Къ способу *d'Outrepoint'a* съ пользою можно прибѣгнуть при маломъ количествѣ водъ, близости головки и значительныхъ размѣрахъ плода.

На основаніи вышесказаннаго, въ случаѣ надобности, я приступаю къ повороту на головку по одному изъ только что сказанныхъ способовъ, преимущественно однако по способу *Busch'a*. Этотъ послѣдній предпочитаю потому, что въ случаѣ неудачи мы имѣемъ возможность, не выводя руки, тотчасъ же сдѣлать поворотъ на ножки. Если поворотъ на головку не удастся ни по тому, ни по другому способу, то не слишкомъ настаиваемъ на немъ и немедленно измѣняемъ планъ дѣйствій и приступаемъ къ повороту на ножку или ножки.

Не должно смѣшивать поворотъ на головку съ такъ называемымъ исправленіемъ головки (*redressement, Rechtstellung des Kopfes*), которое предпринимается при наклоненіяхъ головки или тамъ, гдѣ лицевое положеніе требуется замѣнить затылочнымъ. Въ этихъ случаяхъ исправляется положеніе только головки, а не всего тѣла плода. Извѣстно, что иногда головка во входѣ таза принимаетъ косвенное положеніе и предлежитъ ухомъ, вискомъ или теменемъ. Въ подобныхъ случаяхъ, по истеченіи водъ, выжидаемъ исправленія положенія головки силами природы и, если оно своевременно не послѣдовало, то стараемся исправить его ручнымъ приѣмомъ; если же и это не удастся, то прибѣгаемъ иногда къ наложенію щипцовъ, а иногда къ повороту на ножки. Ручной приѣмъ, предпринимаемый въ этихъ случаяхъ для исправленія положенія, ничѣмъ не отличается отъ вышеописаннаго способа *Busch'a*. Здѣсь только необходимо совмѣстное исправленіе неправильнаго положенія матки, которое нерѣдко бываетъ причиною только что упомянутой неправильности въ положеніи головки.

3) *Способъ Hohl*'я состоитъ въ слѣдующемъ: роженица дается положеніе на спинѣ; помощникъ, обхвативъ черезъ брюшныя стѣнки дно матки обѣими руками въ тотъ моментъ, когда операторъ вставляетъ головку во входъ таза, отодвигаетъ матку въ ту сторону, въ которой находилась первоначально головка (напр. влѣво, если головка была въ лѣвой сторонѣ, и наоборотъ). Самъ операторъ лѣвою рукою (если головка въ лѣвой сторонѣ) обхватываетъ головку снаружи и отодвигаетъ ее вправо и внизъ; другою же рукою (или собственно указательнымъ и среднимъ пальцами), введенною въ рукавъ приподнимаетъ нѣсколько вверхъ плечо младенца и направляетъ его вправо. По вставленіи головки, пузырь разрывается. Описанныя манипуляціи при стоячихъ водахъ производятся вѣ схватокъ; если же воды истекли, то, по словамъ *Hohl*'я, приемы эти дѣлаются и во время схватокъ. Онъ увѣряетъ, что давно употреблялъ этотъ способъ и притомъ съ значительнымъ успѣхомъ.

Изъ этого краткаго описанія способа *Hohl*'я видно, что онъ есть ничто иное, какъ удачное соединеніе способа *d'Outrepoint*'а и *Busch*'а; вся разница въ томъ, что здѣсь дѣйствуютъ на головку не внутренними, а наружными манипуляціями.

4) *Способъ Braun*'а <sup>1)</sup>, *сложный или смѣшанный вѣнскій способъ*. Роженица помещается или на спинѣ съ приподнятымъ тазомъ, или на боку и притомъ на обыкновенной кровати. Рука избирается разноименная съ той половиной матки, гдѣ находится головка плода, напр. правая при положеніи головки влѣво; самъ операторъ становится у праваго края постели. Рука вводится вѣ схватки, въ то же время свободною рукою черезъ брюшныя покровы низдавливаютъ головку къ тазовому входу. Пальцы введенной внутрь руки размѣщаютъ кругообразно вокругъ выпяченнаго и вялаго пузыря, причемъ большой палецъ упирается въ верхнеплечевой отростокъ (acromion), а остальными обнимаютъ (?) ушную раковину или возможно большую часть головки, которую и приводить къ тазовому входу. Большой палецъ долженъ постоянно лежать на верхнеплечевомъ отросткѣ для передвиженія плечика и предотвращенія выпаденія ручки; но если оно, несмотря на такую предосторожность, случится, то должно, по возможности, стараться выправить ручку. Свободная рука способствуетъ повороту снаружи, слѣдя за движеніями введенной внутрь руки.

Этотъ способъ есть тоже соединеніе способовъ *Busch*'а и *d'Outrepoint*'а. По мнѣнію *Braun*'а онъ имѣетъ, будто бы, то преимущество, что можетъ быть употребляемъ даже по излитіи воды.

Въ заключеніе техники поворота на головку внутренними приемами, считаю нужнымъ упомянуть о предложеніи нѣкоторыхъ акушеровъ (*Schnaubert*) пользоваться акушерскимъ рычагомъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ поворотъ не удастся ручными приемами. Предложеніе это не получило примѣненія въ практикѣ, по причинѣ очевидной нерациональности и опасности для матери, мягкія дѣтородныя части которой легко могутъ быть повреждены при дѣйствіи рычагомъ.

**Показанія.** Изъ приведенныхъ выше условій, необходимыхъ для совершенія поворота на головку внутренними приемами, легко убѣдиться въ томъ, что кругъ показаній къ этой операціи чрезвычайно тѣсенъ. Вообще говоря, къ этому повороту должно прибѣгать лишь тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ *косыми положеніями плода* и гдѣ ни со стороны роженицы, ни плода *не требуется скорого окончанія родовъ*. Кромѣ того *Hohl* думаетъ, что поворотъ на головку можетъ оказаться еще полезнымъ тамъ, гдѣ не удался поворотъ на ножки (?). Поворотъ на головку противопоказанъ при предлежаніи пуповины.

**Предсказаніе** при поворотѣ на головку внутренними приемами несравненно благоприятнѣе, чѣмъ при поворотѣ на ножки, во-первыхъ потому, что въ первомъ случаѣ никогда не требуется столь глубокаго

<sup>1)</sup> Compendium der Geburtshülfe von d-r. G. A. Braun. Wien 1864, стр. 351.



введенія руки въ полость матки и продолжительныхъ манипуляцій, — слѣдовательно мы этимъ самымъ избѣгаемъ одного изъ главныхъ болѣзнетворныхъ моментовъ, сопряженныхъ съ поворотомъ на ножки (особенно въ затруднительныхъ случаяхъ). Во-вторыхъ, поворотъ на головку даетъ болѣе шансовъ для сохраненія жизни плода, чѣмъ это бываетъ при ио-воротѣ на ножки. Отъ того-то всѣ почти акушеры единогласно утверждаютъ, что исходы поворота на головку несравненно благоприятнѣе какъ для роженицы, такъ и для плода, чѣмъ при поворотѣ на ножки.

### III. Поворотъ на ягодицы. (*Versio in clunes. Version pelvienne. Wendung auf den Steiss. The pelvic version*).

**Историческія замѣчанія.** Этотъ видъ поворота возникъ въ наукѣ гораздо позже двухъ первыхъ рассмотрѣнныхъ нами видовъ, т. е. поворота на ножки и на головку. Хотя не можетъ быть никакого сомнѣнія въ томъ, что, вѣроятно, уже давно при неудачныхъ попыткахъ къ повороту на ножки должны были ограничиваться поворотомъ на ягодицы, но авторы, очевидно, не придавали никакого серьезнаго значенія этому акушерскому приему. Въ сочиненіяхъ *Peu* и *Burton'a* уже находятся довольно ясные намеки, что имъ приходилось пользоваться въ практикѣ поворотомъ на ягодицы. *Smellie* же, а за нимъ *Hunter* болѣе категорически высказались въ пользу этого вида поворота при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ. То же самое должно сказать о *Giffard'ѣ* и *Levet'ѣ*. Такимъ образомъ вопросъ о поворотѣ на ягодицы оставался долго первѣннымъ, и къ нему прибѣгали весьма рѣдко и притомъ лишь случайно, пока въ первую четверть настоящаго столѣтія *Betschler* не обратилъ на него серьезнаго вниманія акушеровъ. Вслѣдъ за нимъ вопросомъ этимъ занялись *Schweighäuser* и *W. Schmitt*, которые окончательно ввели поворотъ на ягодицы въ акушерскую практику.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

*Betschler.* Ueber die künstliche Wendung auf den Steiss. *Rust's Magaz.* 1824, Bd. XVII, Hft. 2, p. 262. *Schweighäuser.* Das Gebären nach der beobachteten Natur u. die Geburtshülfe nach dem Ergebnisse der Erfahrung. Strassburg u. Leipzig 1825, p. 189. *Schmitt. W.* Zu d-r. *Betschler's* Aufsatz: Ueber die künstliche Wendung. *Klin. Annalen*, Bd. II, Hft. I, p. 142. *Busch u. Moser.* Handbuch der Geburtskunde in alphabetischer Ordnung. Berlin 1843, Bd. IV, p. 528 (Die Wendung auf den Steiss durch innere Handgriffe).

**Производство операціи.** При производствѣ операціи нужно имѣть въ виду всѣ тѣ же условія и соблюдать всѣ тѣ же правила, о которыхъ было сказано при поворотѣ на головку. Ягодицы захватываются полною рукой такимъ образомъ, чтобы указательный и средній пальцы помѣстились между ножками плода, а большой вблизи тазобедреннаго сустава, какъ это изображено на фиг. 174. Захваченныя такимъ образомъ ягодицы низводятъ во входъ таза, остерегаясь придавить при этомъ дѣтородныя части плода, а свободною рукою или при содѣйствіи помощника отодвигаютъ чрезъ брюшныя стѣнки матери верхнюю часть туловища и головку въ противоположную сторону, т. е. ко дну матки. Если спинка плода обращена впередъ, то иногда весьма легко удается

совершить поворотъ, зацѣпивъ за выпележащій паховый сгибъ крючкообразно согнутымъ пальцемъ. По низведеніи ягодицъ удерживаютъ ихъ въ данномъ положеніи тѣми же приемами и съ той же цѣлью, какъ и при поворотѣ на головку, пока онѣ не установятся окончательно во входѣ таза. Если низведеніе ягодицъ при помощи только что описаннаго приема не удастся, то

Фиг. 174.



*Kilian*, по примѣру *Giffard'a*, *Smellie* и *Schmitt'a*, совѣтуетъ прибѣгнуть къ тупому крючку. Этотъ послѣдній вводится по ладонной поверхности оперирующей руки, какъ можно выше, и помѣщается въ паховомъ сгибѣ. Я совершенно согласенъ съ *Hohl'емъ*, который думаетъ, что тамъ, гдѣ поворотъ на ягодицы не удался рукою, то едва ли онъ можетъ удался при помощи крючка, употребленіе котораго, по нашему мнѣнію, не совсѣмъ безопасно.

Преимущество поворота на ягодицы предъ поворотомъ на ножку или ножки заключается въ томъ, что роды при ягодичныхъ положеніяхъ оканчиваются,

какъ извѣстно, благополучнѣе (преимущественно для плода), чѣмъ при ногоположеніяхъ; это особенно важно имѣть въ виду у первородящихъ.

Поворотъ на ягодицы имѣетъ мѣсто при хорошихъ схваткахъ, послѣ недавняго истеченія водъ; при слабости же болѣе и обстоятельствахъ, требующихъ скорого и безотлагательнаго окончанія родовъ, предпочитается поворотъ на ножки. Поэтому къ повороту на ягодицы слѣдуетъ прибѣгать тамъ, гдѣ производство его не сопряжено ни съ какими особенными затрудненіями.

**Показанія.** Поворотъ на ягодицы предпочитается:

Во-1-хъ, при поперечныхъ и косвенныхъ положеніяхъ плода, если ягодицы лежатъ ближе ко входу таза, чѣмъ головка; во-2-хъ, при невозможности отыскать ножки и при врожденномъ недостаткѣ ихъ; въ 3-хъ, иногда поворотъ на ягодицы бываетъ возможенъ тамъ, гдѣ не удается поворотъ на ножки, вслѣдствіе невозможности достигнуть ихъ. Что же касается до поворота на ягодицы при разрывахъ матки, то въ исключительныхъ случаяхъ, при отсутствіи выпаденія кишекъ и при возможности легко достигнуть ягодицъ, можно, соблюдая осторожность, произвести поворотъ на нихъ. Въ подобныхъ трудныхъ обстоятельствахъ требуется много опытности и навыка для того, чтобы рѣшить, что лучше, поворотъ на ягодицы или лапаротомія.

## Б. НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТЪ.

**Историческія замѣчанія.** Хотя уже у *Rueff'a* и *Scip. Mercurio* встрѣчаются указанія на нѣкоторые наружныя приемы, помощью которыхъ старались исправлять положеніе плода, однако истиннымъ изобрѣтателемъ поворота помощью наружныхъ приемовъ единогласно считается *Wigand*. Онъ первый научнымъ образомъ разработалъ этотъ предметъ. Послѣ *Wigand'a* важность и польза поворота помощью наружныхъ приемовъ были признаны всѣми акушерами и, какъ часто бываетъ, дѣло не обошлось безъ увлеченій. Въ особенности *Mattei*, влѣдѣ за *Lecorché*, *Colombe*омъ и *Stoltz*омъ, старался въ послѣднее время доказать выгоду поворота наружными приемами не только для исправленія собственно неправильныхъ положеній плода, но и для превращенія тазовыхъ положеній въ черепныя. Мы увидимъ ниже, что *Mattei* замель въ этомъ отношеніи слишкомъ далеко и потому ученіе его не вошло въ акушерскую практику.

### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Braun. Allgem. Wien. med. Zeit. 1862. Ducellier. Version par man. externes. Thèse. 1858. Esterle. Beobachtungen ueber die äussere Wendung. Schmidt's Jahrb., 1859, № 10, p. 76. Gumez. Version p. man. ext. Thèse. 1879. Labat. Annales d. Gyn. 1881. Mattei. Essai sur l'accouchement physiologique. Paris 1855, p. 182. Martin. Ueber d. äussere Wendung. Beitr. z. Gynæk. Hft. 2, Jena 1849. Nivert. De la version par manœuvres externes. Thèse inaug. Paris 1862. Ritgen. D. gewaltlose Wenden etc. въ Anzeigen d. mechan. Hülfen bei Entbindungen. Giessen 1820, p. 411. Tarnier. Atlas complém. d. tous les traités d'accouchem. Paris 1865, p. 239. Thiery-Mieg. Gaz. hebdomad. 1872. Wigand. Von einigen äusseren Handgriffen etc. Wigand's u. Gumprecht's Hamb. Mag. 1807, p. 52. Wigand. Von einer neuen u. leichten Methode die Kinder zu wenden. Въ ero: Drei geburtsh. d. Facultäten zu Paris u. Berlin uebergebenen Abhandlungen. Hamb. 1812, p. 35. Wright. Amer. Journ. of Obst. Vol. VI, 1873, p. 78.

Поворотъ наружными приемами производится на головку и на ягодицы. Поворотъ на головку совершается гораздо удобнѣе, чѣмъ на ягодицы.

**Необходимыя условія для производства наружнаго поворота.** Условія, при которыхъ можно приступать къ этого рода повороту, суть слѣдующія: 1) Плодъ долженъ имѣть въ полости матки извѣстную степень подвижности, какъ это бываетъ до излитія водъ или вскорѣ послѣ своевременнаго истеченія ихъ; 2) положеніе плода должно быть точно опредѣлено, причемъ поворотъ удастся всего легче, если головка или ягодицы находятся вблизи входа въ тазъ (косыя положенія); 3) требуется извѣстная степень сократительной дѣятельности матки и, наконецъ, 4) тазъ долженъ быть правильный.

Въ виду этихъ условій постараемся рѣшить вопросъ: когда должно приступать къ наружному повороту—во время ли беременности или же только въ извѣстный періодъ родоваго акта? Наружный поворотъ, предпринятый во время беременности, можетъ, безъ сомнѣнія, удался, т. е. мы можемъ данное, напр. косое положеніе плода, превратить въ черепное или ягодичное. Но достижимъ ли мы при этомъ того, чтобы плодъ сохранилъ данное ему положеніе до наступленія родоваго акта,—это вопросъ. Весьма нерѣдко приходится наблюдать произвольныя из-

мѣненія положенія плода, причѣмъ нельзя поручиться, какое изъ этихъ положеній останется при началѣ родовъ. То же самое должно сказать и относительно измѣненія положенія плода, производимаго искусствомъ. Чтобы удержать то или другое положеніе, произведенное искусственнымъ образомъ, нужно одно условіе, которое не находится въ нашей власти, — именно *известная степень сократительной дѣятельности матки*. Коль скоро, при измѣненіи даннаго неправильнаго положенія плода въ правильное, родовая дѣятельность матки развита настолько, что стѣнки ея обхватываютъ плодъ, то можно съ большою вѣроятностью разсчитывать, что низведенная ко входу въ тазъ часть плода установится въ немъ окончательно. Безъ этого же условія, т. е. безъ маточныхъ сокращеній, попытки наши къ исправленію неправильнаго положенія плода не поведутъ къ желаемой цѣли. Всякій, кто имѣлъ случай изслѣдовать много беременныхъ, могъ убѣдиться какъ легко произвести у нихъ наружный поворотъ; но вмѣстѣ съ тѣмъ отъ вниманія его, вѣроятно, не ускользнуло и то, какъ легко и скоро опять измѣняется положеніе плода. Ученіе *Mattei* по которому наружный поворотъ долженъ быть предпринимаемъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности, начиная съ 7-го, не выдерживаетъ строгой критики. *Я раздѣляю вполне мнѣніе тѣхъ, которые производятъ наружный поворотъ только во время родовъ и при вышесказанныхъ условіяхъ.*

**Производство наружнаго поворота** (по общепринятому способу *Wigand'a*). Наружный поворотъ производится слѣдующимъ образомъ: Роженица кладется на спину, животъ ея обнажается, операторъ становится сбоку. Одна рука прикладывается распростертой ладонью черезъ брюшныя стѣнки къ той части плода, которая находится ближе ко входу въ тазъ, напр. къ головкѣ, другая — такимъ же образомъ къ тазовому концу. *Во время перемежки между болями* начинаютъ дѣйствовать обѣими руками въ противоположномъ направленіи, т. е. рука, приложенная къ головкѣ, отдавливаетъ послѣднюю внизъ и вправо (если головка съ лѣвой стороны), другая же рука, приложенная къ ягодицамъ, отодвигаетъ ихъ вверхъ и влѣво. Исполняя это, должно стараться, чтобы описываемый пріемъ былъ производимъ равномерно, постепенно съ осторожностью и безъ всякаго насилія. Советуя избѣгать всякаго насилія, мы этимъ нисколько не думаемъ исключить благоразумную настойчивость, требующуюся нерѣдко при производствѣ наружнаго поворота. Это будетъ имѣть мѣсто, напр., когда головка или ягодицы упрутся въ безъимянную линію. Въ этомъ случаѣ часть плода, лежащую ближе ко входу въ тазъ, очень трудно бываетъ сдвинуть съ мѣста. Если бы при этомъ описанный нами выше пріемъ не увѣнчался успѣхомъ, то, по совету *Kilian'a*, можно попробовать слѣдующій манѣвръ: расположивъ руки, какъ сказано выше, стараться сдвинуть головку сначала *вверхъ*, а потомъ уже ко входу въ тазъ. Пріемъ этотъ, исполненный съ надлежащею осторожностью, весьма значительно облегчаетъ наружный поворотъ.

Когда намъ удалось низвести ту или другую часть плода во входъ

таза, то необходимо еще удержатъ ее въ данномъ положеніи. Если боли достаточно сильны, то предлежащая часть едва ли отойдетъ. Если же боли слабы и низведенная ко входу часть плода, напр. головка, не фиксировалась окончательно, то пужно немедленно положить роженицу на бокъ и притомъ на тотъ, въ сторонѣ котораго находилась первоначально головка; кромѣ того руки прикладываются къ обѣимъ сторонамъ матки и ими стараются удержатъ головку надъ входомъ въ тазъ. Еслибы и это не повело къ желаемому результату, то остается прибѣгнуть къ *разрыву пузыря*, послѣ чего низведенная часть плода окончательно установится.

Нерѣдко удается поправить неправильное положеніе плода единственно только принаровленнымъ къ случаю *положеніемъ роженицы*. Положимъ, что мы имѣемъ дѣло съ косымъ положеніемъ плода, причемъ головка помѣщается въ нижнемъ отдѣлѣ лѣвой половины матки, ягодичный же конецъ справа, у дна ея. Въ этомъ случаѣ роженицу кладутъ на *левый бокъ* и оставляютъ ее до тѣхъ поръ въ этомъ положеніи, пока ягодичный конецъ не отойдетъ внизъ, а слѣдовательно и головка не помѣстится надъ входомъ въ тазъ. Скорѣйшему вставленію головки можно способствовать тѣмъ, что къ той части подчревной области, гдѣ находятся головка или ягодицы, подкладывается набитая волосомъ, довольно твердая подушка <sup>1)</sup>.

Если же маточный зѣвъ совершенно раскрылся, а положеніе плода еще не исправилось, то нечего напрасно терять время, а слѣдуетъ приступить къ повороту, смотря по обстоятельствамъ, наружными или внутренними приемами.

**Показанія.** Поворотъ посредствомъ наружныхъ приемовъ должно испытать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ косыми или поперечными положеніями плода при вышеупомянутыхъ условіяхъ, т. е. когда воды еще стоятъ и плодъ имѣетъ извѣстную *степень подвижности*. Нельзя не замѣтить, что наружный поворотъ рѣже приходится дѣлать, чѣмъ внутренний, такъ какъ акушера чаще зовутъ тогда, когда благоприятное время уже упущено. Наружный поворотъ поэтому несравненно чаще производится въ клиникахъ и родильныхъ домахъ, чѣмъ въ частной практикѣ. Кромѣ того, не слѣдуетъ забывать, что къ наружному повороту можно и должно приступить только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ настоящаго показанія къ быстрому окончанію родовъ.

Мы уже выше упомянули о томъ, что *Mattei* старался расширить кругъ показаній къ наружному повороту, совѣтуя прибѣгать къ нему даже во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ предлежитъ тазовой конецъ. Ученіе это основано на совершенно ложныхъ воззрѣніяхъ. По мнѣнію *Mattei* предлежаніе ягодицами влечетъ будтобы за собою такія опасности для жизни плода, что его нельзя считать предлежаніемъ правильнымъ. Поэтому онъ требуетъ въ этихъ случаяхъ активнаго вмѣшательства искус-

<sup>1)</sup> Если положеніе плода не исправляется, то *Kilian* совѣтуетъ дать роженицѣ положеніе на противоположномъ боку, и мѣнять его такимъ образомъ каждую четверть часа или двадцать минутъ.

ства, т. е. поворота на головку. Подобный взгляд на ягодичныя предлежанія сильно отзывается ошибочными воззрѣніями древнихъ и идетъ совершенно въ разрѣзъ съ общепринятымъ мнѣніемъ и ежедневными наблюденіями, подтверждающими, что ягодичныя положенія ни въ какомъ случаѣ нельзя считать неправильными, а тѣмъ болѣе—чѣмъ-то страшнымъ, какъ ихъ выставляетъ *Mattei*. Кромѣ того, сдѣлать наружный поворотъ на головку тамъ, гдѣ предлежатъ ягодицы, вовсе не такъ легко и безопасно, какъ утверждаетъ *Mattei*, такъ какъ для этого требуются продолжительныя манипуляціи, сильное изгибаніе плода съ неизбѣжнымъ почти растяженіемъ матки. При этомъ же можетъ случиться, что во время манипуляцій разорвется плодный пузырь, плодъ останется въ поперечномъ или косомъ положеніи и для окончанія родовъ потребуются внутренніе приемы. Конечно, неудача наружнаго поворота, положимъ, и не составитъ непоправимой бѣды, если операція предпринята во время родовъ, при достаточно уже раскрытомъ зѣвѣ; но совсѣмъ иное дѣло, если все это произойдетъ до начала родовъ. Понятно, что тутъ плодъ подвергнется гораздо большей опасности, чѣмъ это бываетъ при родахъ тазовымъ концемъ, беременная же въ свою очередь будетъ поставлена въ неблагопріятныя условія. На основаніи всего этого я ни въ какомъ случаѣ не могу раздѣлять мнѣніе, высказанное на этотъ счетъ *Mattei*.

**Предсказаніе.** Предсказаніе при наружномъ поворотѣ весьма благопріятно какъ для роженицы, такъ и для плода, потому что при надлежащемъ выполненіи въ технику его нѣтъ ничего такого, что могло бы неблагопріятно повліять на мать или на плодъ. Въ этомъ отношеніи онъ имѣетъ громадное преимущество предъ внутреннимъ поворотомъ. Въ то время, какъ смертность роженицъ при внутреннемъ поворотѣ довольно значительна, до сихъ поръ неизвѣстно ни одного случая, въ которомъ наружный поворотъ можно было бы считать причиною смерти роженицы. Что же касается до смертности дѣтей при этомъ, то по *Ritgen*'у, напр., на 45 наружныхъ поворотовъ насчитывается только 6 случаевъ смерти плода, изъ которыхъ кромѣ того въ трехъ смерть его нисколько не зависѣла отъ этой операціи.

Не смотря на это, наружный поворотъ имѣетъ и свои невыгоды, состоящія въ томъ, что онъ не всегда выполнимъ, а именно: онъ непримѣнимъ при напряженности стѣнокъ живота и матки, при невозможности опредѣлить положеніе плода и, наконецъ, при недостаточной потушной дѣятельности матки.

Изъ всего этого слѣдуетъ, что наружный поворотъ при неправильныхъ положеніяхъ плода во время родовъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ его можно выполнить, составляетъ драгоцѣнное пособіе.

Въ заключеніе намъ остается еще упомянуть о поворотѣ по способу *Braxton Hicks'a*.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Br. Hicks. On combined external and internal version. London 1864. Fasbender. Wendung nach d. Br. Hicks'schen Methode. Berl. Beitr. z. Geb. Bd. I, 1872, p. 420. Künecke. D. combin. innere u. äussere Wendung (aus d. Englischen). Göttingen 1865. Kaltenbach. Zur comb. Wendung auf d. Füsse nach Br. Hicks. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III, 1878, p. 185.

Способъ этотъ есть ничто иное, какъ дальнѣйшее развитіе выше-описанныхъ приемовъ *Wigand'a* и сочетаніе ихъ съ внутренними приемами. Поворотъ по способу *Braxton-Hicks'a* можетъ быть произведенъ на ножки, на головку и ягодицы.

Начала, на которыхъ *Hicks* основываетъ свой способъ, суть слѣдующія:

1) Положеніе младенца въ маткѣ легко можетъ быть измѣняемо помощью движеній, сообщаемыхъ ему снаружи. Во многихъ случаяхъ плодъ подвиженъ и поэтому смѣщеніе его въ различныхъ направленіяхъ весьма легко. Подвижность эта уменьшается въ значительной степени по истеченіи водъ, когда матка болѣе или менѣе крѣпко обхватываетъ плодъ. Но и въ этихъ случаяхъ *Braxton-Hicks* полагаетъ возможнымъ сдѣлать плодъ снова подвижнымъ, подвергнувъ роженицу глубокому наркозу посредствомъ хлороформа.

2) При поперечныхъ положеніяхъ колѣно плода находится обыкновенно въ пупочной его области, почти непосредственно надъ маточнымъ зѣвомъ и притомъ на разстояніи длины пальца. При предлежаніяхъ же тазовымъ концомъ ножки плода (пятки) лежатъ на ягодицахъ его. Изъ этого слѣдуетъ, что если удалось сообщить плоду поперечное положеніе, то этимъ самымъ устранено главное затрудненіе поворота.

3) При поперечномъ положеніи младенца, т. е. когда продольная ось плода и таковая же матки пересѣкаются подъ прямымъ угломъ, у плода замѣчается большая наклонность принимать такое положеніе, при которомъ обѣ упомянутыя оси совпадутъ или, другими словами, когда младенецъ лежитъ поперечно, то достаточно самой незначительной силы для того, чтобы отодвинуть головку къ дну или къ зѣву матки.

Переходимъ къ техникѣ поворота по разсматриваемому нами способу.

*Поворотъ на ножки.* Положимъ, что мы имѣемъ дѣло съ обыкновеннымъ случаемъ, въ которомъ роды не представляютъ ничего ненормального; *маточный зѣвъ открытъ на 1 или 2 поперечныхъ пальца*; воды стоятъ, плодъ въ первомъ черепномъ положеніи, т. е. спинка его обращена влѣво. Роженицу кладутъ на спину. Тыльную поверхность *левой руки* смазываютъ карболизованнымъ вазелиномъ и вводятъ ее въ рукавъ настолько, чтобы можно было проникнуть чрезъ маточ-



ный зѣвъ на высоту одного пальца. Иногда приходится ввести въ рукавъ всю руку, иногда же достаточно бываетъ для этого двухъ или четырехъ пальцевъ. Опредѣливъ точное положеніе головки, операторъ другую (правую) руку прикладываетъ ко дну матки, см. фиг. 175. Этою-то рукою отыскивается тазовый конецъ плода, который и подвигается вправо и внизъ. Въ то же время пальцемъ руки, находящейся въ рукавѣ, головка отодвигается влѣво и вверхъ. Когда ягодицы плода достигнутъ поперечнаго размѣра матки, головка обыкновенно удаляется отъ входа въ тазъ, и надъ маточнымъ зѣвомъ помѣщается плечо. Слѣдовательно, первое черепное положеніе замѣняется поперечнымъ съ предлежаніемъ лѣваго плеча. Послѣднее, т. е. плечо точно такимъ же образомъ, какъ и головка, отодвигается пальцемъ вверхъ и влѣво, фиг. 176, вслѣдствіе чего ягодичный конецъ плода все болѣе и болѣе подается внизъ.

Фиг. 175.



Фиг. 176.



Теперь одно изъ колѣнъ плода можетъ быть легко захвачено пальцемъ, находящимся въ маточномъ зѣвѣ и оттянуто внизъ, фиг. 177. Еслибы зѣвъ былъ открытъ только на одинъ поперечный палецъ и нельзя было бы провести чрезъ него ножку, то послѣднюю удерживаютъ въ этомъ положеніи, прижимая ее нѣсколько къ внутренней поверхности лоннаго сочлененія; фиксированію ножки помогаетъ въ то же время и другая, свободная рука.

Если спинка обращена вправо (2-ое черепное положеніе), то приемы

остаются тѣ же; разница только въ томъ, что тазовой конецъ плода отодвигается влѣво, а головка вправо и руки оператора перемѣняются.

Если *положеніе плода неизвѣстно*, то нужно поступать такъ, какъ если бы имѣли дѣло съ первымъ черепнымъ положеніемъ, какъ чаще всего встрѣчающимся въ практикѣ.

Фиг. 177.



При *поперечныхъ положеніяхъ*, говоритъ *Hicks*, большею частью довольно легко бываетъ однимъ или двумя пальцами (фиг. 177) свести колѣно къ маточному зѣву. Достигнувши колѣна, другою рукою отодвигаютъ головку вверхъ, къ дну матки.

*Поворотъ на головку* производится помощью тѣхъ же приѣмовъ, какъ и поворотъ на ножки. Если предлежитъ плечо, то оно пальцами руки, введенной въ рукавъ, отодвигается въ ту сторону, въ которой находятся ножки плода. Если бы поворотъ на головку встрѣтилъ какія либо серьезныя затрудненія, то перемѣняютъ планъ дѣйствія и приступаютъ къ повороту на ножки. Впрочемъ, *Hicks* увѣряетъ, что поворотъ на головку не представляетъ значительныхъ затрудненій даже и при выпаденіи ручки (слѣд., по излитіи водъ). Приемы при этомъ нисколько не измѣняются, нужно только предварительно вправить выпавшую ручку. Для этого онъ совѣтуетъ согнуть ее въ локтевомъ сгибѣ, вслѣдствіе чего она приблизится къ груди плода; затѣмъ, медленно подвигая локоть вверхъ, вправляютъ ручку такимъ образомъ по груди плода въ полость матки.

По *Braxton Hicks'sy*, способъ его примѣнимъ въ слѣдующихъ случаяхъ:

- 1) При всевозможныхъ неправильныхъ положеніяхъ плода. Пovo-

ротъ можетъ быть сдѣланъ на ножки или на головку, смотря по особенностямъ каждаго даннаго случая.

2) При эклампсіи онъ особенно умѣстенъ, такъ какъ поворотъ можетъ быть совершенъ безъ глубокаго введенія руки въ полость матки, что чрезвычайно важно именно при судорогахъ роженицы.

3) При значительномъ упадкѣ силъ роженицы, когда приходится дѣлать поворотъ, удобнѣе всего сдѣлать его по этому способу, такъ какъ онъ совершается безъ особенныхъ усилій и, слѣдовательно, мы нисколько не рискуемъ еще болѣе ослабить роженицу.

4) При подлежащемъ дѣтскомъ мѣстѣ *Br Hicks* замѣтилъ особенныя выгоды отъ своего способа, такъ какъ при этомъ можно приступить къ повороту въ такое время, когда о поворотѣ на ножки по обыкновенному способу нельзя еще и думать. Положимъ, что при *placenta praevia* дѣлается поворотъ на ножки при зѣвѣ, открытомъ на 2 поперечныхъ пальца; если намъ удалось свести ножку въ рукавъ, то бедро, вслѣдствіе конической формы его, служитъ въ этомъ случаѣ самымъ лучшимъ тампономъ. То же самое должно сказать и насчетъ ягодницъ, которыя, вступая въ зѣвъ, тампонируютъ его и, слѣдовательно, останавливаютъ кровотеченіе.

На основаніи только что сказаннаго *Br. Hicks* за своимъ способомъ признаетъ слѣдующія главныя выгоды:

а) Помощью этого способа можно исправить неправильныя положенія плода вскорѣ послѣ того, какъ они будутъ узнаны.

б) При этомъ, слѣдовательно, гораздо раньше можно окончить роды, чѣмъ это дѣлалось прежде.

в) Извѣстныя части плода служатъ тампономъ при предлежаніи дѣтскаго мѣста.

г) Поворотъ на головку совершается гораздо легче и несравненно скорѣе, чѣмъ по другимъ способамъ.

Главное же, онъ утверждаетъ, что при поворотѣ по его способу, никогда нельзя произвести разрыва матки и всегда избѣгается вхожденіе воздуха въ матку; наконецъ, этотъ способъ избавляетъ акушера отъ необходимости снимать верхнее платье.

Я счелъ нужнымъ ближе коснуться способа *Braxton Hicks'a* потому, что онъ обратилъ на себя общее вниманіе акушеровъ. По малочисленности личныхъ наблюденій, я и въ настоящее время не рѣшаюсь высказаться окончательно; тѣмъ не менѣе не могу не обратить вниманія на тѣ стороны этого способа, которыя кажутся мнѣ слабыми.

1) Начала, на которыхъ авторъ основываетъ свой способъ, съ перваго взгляда кажутся вѣрными, но имъ упущено изъ вида противодействие наружнымъ манипуляціямъ со стороны стѣнокъ живота и матки, которое гораздо чаще встрѣчается, чѣмъ вялость и уступчивость ихъ. Между тѣмъ наружныя приемы при этомъ способѣ, повидимому, играютъ болѣе важную роль, чѣмъ внутренніе, потому что при послѣднихъ пальцами можно вѣрно дѣйствовать только на головку, ибо плечо какъ часть подвижная не представляетъ надежной точки опоры.

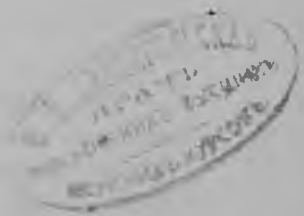
При поперечныхъ положеніяхъ дѣйствительно колѣно плода находится въ пупочной области его, а равно и пятки бывають прижаты къ ягодицамъ, *но только тогда, когда ножки согнуты въ кольнахъ.*

Трудно объяснить, на чемъ *Braxton Hicks* основаль третье свое положеніе.

2) Что касается до техники разсматриваемаго нами способа, то *Br. Hicks* оставляетъ при этомъ безъ вниманія оболочку плоднаго яйца и родовую дѣятельность матки; такъ, напр., онъ совѣтуетъ захватывать и фиксировать ножку при цѣлости пузыря, тогда какъ поворотъ предпринимается при недостаточно раскрывшемся зѣвѣ. Онъ слишкомъ много ожидаетъ отъ хлороформа, надѣясь достигнуть помощью его расслабленія маточныхъ стѣнокъ въ такой степени, чтобы совершенно возстановилась подвижность плода.

Я полагаю, что для совершенія этого вида поворота, при самыхъ благопріятныхъ условіяхъ, требуется немало времени, и во всякомъ случаѣ гораздо больше, чѣмъ сколько нужно для быстраго внутренняго поворота на ножки, напр., при предлежаніи дѣтскаго мѣста. Нельзя не замѣтить также, что продолжительное раздраженіе маточнаго зѣва пальцемъ при эклампсіи не останется безъ вредныхъ послѣдствій.

Не отвергая поэтому возможности совершить поворотъ по способу *Br. Hicks*'а при условіяхъ, благопріятныхъ для внутренняго легкаго поворота, я едва-ли ошибусь, сказавши, что способъ *Br. Hicks*'а никогда не замѣнитъ внутренняго труднаго поворота.



## ОТДѢЛЪ II.

### А) ОБЪ ИЗВЛЕЧЕНІИ ПЛОДА ВООБЩЕ.

Подъ этимъ именемъ вообще разумѣтся цѣлый рядъ акушерскихъ операцій, помощьюъ которыхъ плодъ, при недостаточномъ дѣйствиі изгоняющихъ силъ или при какихъ-либо препятствіяхъ, выводится изъ родовыхъ частей матери. Такъ какъ это производится различнымъ образомъ, смотря по тому, выводится-ли плодъ наружу цѣликомъ, или же съ нарушеніемъ цѣлости его, — чрезъ естественные, или чрезъ искусственно сдѣланные родовые пути, — то и извлечение раздѣляется на нѣсколько самостоятельныхъ операцій, которыя приведены нами выше въ классификаціи ихъ.

## ГЛАВА XII.

### Извлечение плода за нижній конецъ туловища и за плечики.

Въ настоящей главѣ мы рассмотримъ только *извлечение плода въ тѣсномъ смыслѣ*, т. е. *такую операцію, помощьюъ которой плодъ выводится наружу чрезъ естественные родовые пути неповрежденнымъ и въ большинствѣ случаевъ живымъ*. Такъ какъ операція эта большею частію производится руками, то она и называется *ручнымъ извлеченіемъ*.

Плодъ можетъ быть извлекаемъ за ножку или ножки, за ягодицы и за плечики. По этому, извлечение и раздѣляется на а) *извлечение плода за ножку или ножки (кольно или колѣнки)*, б) *извлечение за ягодицы* и в) *за плечики*.

**А. Ручное извлечение плода за ножки или колѣнки** (*Extractio foetus pedibus vel genubus praevis. Extraction an den Füßen. Extraction par les pieds*).

**Историческія замѣчанія.** Извѣстно, какія скудныя свѣдѣнія имѣли древніе о положеніяхъ плода и механизмѣ родовъ вообще. Недостаточность этихъ свѣдѣній особенно рѣзко выступаетъ въ отношеніи родовъ ножками, при которыхъ случалась

часто смерть не только плода, но и матери. На основаніи этого-то мнѣнія въ теченіи многихъ вѣковъ, врачи разсматривали роды нижнимъ концемъ какъ неправильные, и считали необходимымъ всегда дѣлать извлеченіе плода. Вслѣдствіе этого извлеченіе за ножки было, вѣроятно, одною изъ самыхъ частыхъ акушерскихъ операцій. Если къ этому прибавимъ, что послѣ возстановленія поворота на ножки и до введенія въ практику акушерскихъ щипцовъ извлеченіе было единственнымъ акушерскимъ пособіемъ, ускоряющимъ роды, то станетъ понятнымъ, почему прежде такъ часто прибѣгали къ этой операціи, которая имѣла весьма печальныя послѣдствія, такъ какъ жизнь плода при этомъ почти совершенно не принималась въ расчетъ. Убѣжденіе въ опасности при ногоположеніяхъ и кажущаяся необходимость активнаго участія искусства до такой степени проникли въ умы врачей, что такимъ авторитетамъ, какъ *Boër*'у, *Baudelocque*'у старш., *Osiander*'у, *Carus*'у и въ особенности *Jörg*'у, приходилось вести жаркую борьбу противъ злоупотребленія операціей извлеченія за ножки. Послѣдняя считалась не самостоятельной операціей, а только послѣднимъ моментомъ поворота. Даже до послѣдняго времени многими французскими акушерами (*Cazeaux*, *Tarnier* и др.) поворотъ и извлеченіе за ножки разсматриваются не какъ отдѣльныя операціи, а описываются какъ части одного цѣлага. Это кажется тѣмъ болѣе страннымъ, что труды по этому предмету *Levet*'а, *Solayrès de Renhaç*'а (механизмъ рожденія послѣдующей головки), *Baudelocque*'а и въ особенности *m-me Lachapelle* считаются до сихъ поръ классическими. Рѣшительнымъ успѣхомъ новѣйшей акушерской техники должно считать, во-первыхъ, строгое отдѣленіе операціи извлеченія за ножки отъ поворота, а во-вторыхъ, стремленіе къ установленію твердыхъ показаній къ первой изъ упомянутыхъ операцій. Въ этомъ отношеніи акушерской техники оказала несомнѣнныя услуги въ особенности германская школа.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

*Carus*. Gynäkologie etc. Bd. II, p. 283. Добрынинъ. Новый способъ освобожденія ручекъ при родахъ, по *Mayerhofer*'у. Мед. Вѣстн. 1871, № 35. *Duncan*. On the tensile strength of the fresh adult foetus. *Mechan. of Parturition*. 1875, p. 512. *Duncan*. On traction by the lower jaw in head-last cases. *Obst. Transact.* Lond. 1879, Vol. XX, p. 61. *Fritsch*. Klinik d. geburtshülf. Operationen, 3-te Auflage, 1880. *Goodell*. The management of head-last labours. *Philad. Med. Times*. 20 March 1875. *Gurlt*, *Monatsschr. f. Geb. u. Frauenkrkh.* Bd. IX, p. 321. *Hüter*. Z. Lösung. d. Arme b. Geburten mit nachfolg. Kopfe. *Ibid.* Bd. XXI, p. 193. *Hofmohl*. *Med. Jahrb.* Wien 1877, p. 351. *Küstner*. D. typischen Verletz. d. Extremitätknochen d. Kindes durch d. Geburtshelfer. Halle 1877. *Küstner*. *Samml. klin. Vortr. v. Volkmann*, № 167. *Michaelis*. Ueber Wendungs- und Fussgeburten, etc. *Abhandlungen*, Kiel 1833, § 12 и слѣд. *Rubensohn*. Ueber d. Prager. Handgriff etc. *Inaug. Diss.* Berlin 1867. *Ruge*. Ueber d. Verletzungen des Kindes etc. *Zeitschr. f. Geb. u. Frauenkr.* 1876, Bd. I, p. 68. *Saxtorph*. *Gesammelte Schriften*, etc. p. 132. *Simpson*. On diastases in the bones of the lower extremities of the foetus produced by the accoucheur. *Obst. Journ. of Gr. Brit. and Irel.* 1880, Vol VIII, p. 553. *Schrader*. D. Gefahren des zu früh angewendeten Veit'schen Handgriffs. (Sep.-Abdr.). Leipzig 1885. *Veit*. Ueber die beste Methode zur Extraction d. nachfolgenden Kindeskopfes. *Greifsw. med. Beitr.* Bd. II, Hft 1, 1863.

**Условія**, которыя необходимы для успѣшнаго извлеченія младенца, слѣдующія:

1) Родовые пути должны быть достаточно и надлежащимъ образомъ подготовлены, т. е. зѣвъ долженъ быть открытъ настолько, чтобы онъ не могъ служить препятствіемъ къ прохожденію чрезъ него туловища и въ особенности головки плода. Приступая къ извлеченію при недостаточно раскрытомъ зѣвѣ или при отѣкѣ губъ его мы почти на-

вѣрно рискуемъ произвести спазмъ его и причинить самыя гибельныя послѣдствія для жизни плода.

2) Нужно хорошо знать размѣры и анатомическій характеръ таза, прежде чѣмъ приступить къ извлеченію, потому что при значительной несоразмѣрности ёмкости таза съ объемомъ головки плода можно съ положительностью предвидѣть, что операція не удался, или что она можетъ быть окончена только въ ущербъ жизни плода и здоровью матери.

3) Извѣстная степень потужной дѣятельности благопріятствуетъ успѣшному совершенію операціи. Поэтому, если время терпитъ, мы должны выжидать потугъ или же вызвать ихъ надлежащими средствами (спорынья, эрготинъ, растираніе живота и т. п.) и попробовать способъ *Kristeller'a* (см. ниже).

**Производство операціи.** Основныя правила при производствѣ этой операціи суть слѣдующія:

1) Должно стараться, чтобы извлекаемая часть плода слѣдовала механизму правильныхъ родовъ тазовымъ концомъ и преимущественно нужно обращать вниманіе, чтобы младенецъ впослѣдствіи не остался обращеннымъ переднею своею поверхностію къ лоиному сочлененію <sup>1)</sup>).

2) Тракціи производятъ медленно и равномѣрно и притомъ, по возможности, во время потуги. Медленность влеченій необходима для того, чтобы дать время сокращаться маткѣ, которая по мѣрѣ освобожденія нижней части туловища, обхватывая головку, содѣйствуетъ правильному приспособленію послѣдней къ размѣрамъ таза и кромѣ того препятствуетъ запрокидыванію ручекъ за затылокъ. Совѣтуя дѣлать тракціи медленно, мы имѣемъ въ виду, что при этомъ главнымъ образомъ должно избѣгать излишней торопливости. Вообще же нужно считать за правило, что *при извлеченіи нижней половины тѣла младенца тракціи дѣлаются медленно и не торопясь, при извлеченіи же верхней половины тѣла его и въ особенности головки тракціи должно производить по возможности скорее.*

Извлеченіе плода дѣлается обыкновенно на поперечной кровати и въ обыкновенныхъ случаяхъ безъ хлороформа; при возвышенной же чувствительности и раздражительности женщины, въ особенности при эклампсїи, спазмодическихъ потугахъ и при наклонности къ спазму маточнаго зѣва прибѣгаемъ къ хлороформу. Нѣтъ сомнѣнія, что операцію эту можно производить и на обыкновенной кровати съ приподнятымъ тазомъ; тѣмъ не менѣе, однако, мы совѣтуемъ лучше производить ее на поперечной кровати, такъ какъ никогда нельзя предвидѣть могущихъ встрѣтиться при этомъ затрудненій, въ особенности при освобожденіи головки. Что касается инструментовъ, то при извлеченіи должно

---

<sup>1)</sup> Какъ о курьезѣ мы считаемъ не лишнимъ упомянуть о томъ, что одинъ французскій акушеръ, *Belhomme*, въ 30-хъ годахъ настоящаго столѣтія, старался доказать, что извлеченіе плода бываетъ гораздо легче, если онъ обращенъ брюшною поверхностію впередъ. Мнѣніе это онъ основывалъ на томъ, что въ этомъ случаѣ головка легче извлекается, такъ какъ, будучи обращена личикомъ впередъ, она не можетъ задѣвать подбородкомъ за безбимянную линію (!!).



имѣть всегда на-готовѣ тупой крючекъ и акушерскіе щипцы; эти послѣдніе — на случай, если одни ручные приемы окажутся недостаточными для освобожденія головки; затѣмъ нужно имѣть подѣ рукою нѣсколько нагрѣтыхъ пеленокъ и извѣстныя оживляющія средства для приведенія въ чувство обмершаго младенца.

Мы опишемъ сначала производство извлеченія младенца за *обѣ ножки* (при полномъ ногоположеніи), а потомъ за одну ножку (при неполномъ ногоположеніи). При такъ-называемыхъ колѣнныхъ предлеженіяхъ приемы при извлеченіи остаются тѣ же, какъ и при ножныхъ положеніяхъ.

Для болѣе удобнаго описанія этой операціи я, по примѣру другихъ авторовъ, раздѣляю ее на четыре момента.

*1-й моментъ.* **Извлеченіе ножекъ и нижней части туловища до пупочнаго кольца.** Ножки могутъ находиться внѣ дѣтородныхъ частей или внутри ихъ т. е. во влагалищѣ или же въ полости матки вблизи маточнаго зѣва. Въ первомъ случаѣ, операторъ захватываетъ ножки обѣими руками, располагая пальцы такъ, какъ это представлено на ф. 178.

Фиг. 178.



Фиг. 179.



Во второмъ случаѣ руку вводятъ во влагалище или въ матку, захватываютъ тамъ ножки, ф. 179, и выводятъ ихъ наружу, соблюдая при этомъ правила, изложенныя въ главѣ о поворотѣ.

Этимъ начинается 1-й моментъ операціи. Влеченія (тракціи) производятъ во время потугъ и по направленію книзу, соблюдая при этомъ, чтобы руки, по мѣрѣ выхожденія ножекъ и при томъ же расположеніи пальцевъ, постепенно приближались къ дѣтороднымъ частямъ роженицы. Извлеченныя ножки для болѣе удобнаго удерживанія плода покрываются пеленкою. Коль скоро ягодицы показались внѣ дѣтородныхъ частей и поперечный размѣръ ихъ совпадаетъ съ поперечными или косыми размѣрами таза, то операторъ, захвативъ ягодицы руками такъ, чтобы оба большіе пальца находились по бокамъ крестца плода, а остальные пальцы на наружной поверхности подвздошныхъ костей, ф. 180, продолжаетъ извлеченіе плода тѣми же влеченіями и въ томъ же направленіи до появленія пупочнаго кольца. Выведеніемъ этого послѣдняго наружу оканчивается первый моментъ и начинается второй.

*2-й моментъ.* Извлеченіе верхней части туловища до лопатокъ. Съ самаго начала этого момента операторъ обращаетъ вниманіе на пуповину. Въ случаѣ натяженія пуповины, особенно если она пульсируетъ, захватываютъ ее (не сжимая) двумя пальцами, ф. 181, и, от-

Фиг. 180.



Фиг. 181.



тягивая идущую къ дѣтскому мѣсту часть ея, образуютъ петлю такой длины, чтобы она не могла препятствовать дальнѣйшему производству операціи. Если же пуповина находится между ножками (т. е. младенецъ какъ-бы сидитъ верхомъ на пуповинѣ), то перекидываютъ петлю че-

резь согнутую въ колѣнѣ ножку такъ, чтобы часть находящейся во влагалницѣ пуповины помѣстилась въ крестцовой впадинѣ. Если же пуповина коротка и сильно натянута, а ослабить ее нельзя, то, по моему мнѣнію, лучше всего перерѣзать ее ножницами и конецъ, принадлежащій младенцу, захватить подъ палецъ и прижать къ той или другой подвздошной кости младенца, и затѣмъ стараться поскорѣе окончить операцію. Предварительнаго перевязыванія пуповины и затѣмъ перерѣзыванія ея я избѣгаю, чтобы не терять времени, которое въ подобномъ случаѣ особенно драгоценно. Во всѣхъ же тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ подобныхъ затрудненій, операторъ продолжаетъ извлеченіе, не измѣняя положенія рукъ и давая извлеченной части плода горизонтальное направленіе. Захватываніе живаго младенца за туловище не должно быть допусаемо, во избѣжаніе прижатія печени и другихъ брюшныхъ органовъ.

Вопросъ насчетъ того, какъ должно поступать при чрезмѣрномъ напряженіи пуповины, когда нельзя освободить ее, подавалъ поводъ къ значительнымъ разногласіямъ. *Baudelocque*, а за нимъ и нѣкоторые другіе французскіе авторы совѣтовали просто перерѣзывать пуповину, не перевязывая ее вовсе, а только потирать концы ея пальцами для того, чтобы пупочные сосуды стянулись. *Baudelocque* увѣрилъ, что разрывъ, а слѣдовательно и перерѣзываніе пуповины не влечетъ за собою никакой опасности для жизни младенца. Однако съ этимъ едва ли можно согласиться, такъ какъ *Denman* приводитъ случай, въ которомъ плодъ, вслѣдствіе разрыва пуповины, изошелъ кровью. Мнѣ пришлось наблюдать дважды сильную анемію у новорожденныхъ вслѣдствіе кровотечения изъ пуповины, случившагося отъ ненадежащей перевязки пуповины. Большая часть германскихъ акушеровъ, вслѣдъ за *Osiander*'омъ, совѣтуетъ предварительно перевязывать и только затѣмъ перерѣзывать пуповину.

Во время этого, а равно и слѣдующихъ моментовъ, постоянно слѣдимъ за біеніемъ пуповины; неправильность, замедленіе, а тѣмъ болѣе внезапное прекращеніе въ ней пульсаціи непремѣнно требуютъ ускоренія тракцій. Весьма полезно, даже необходимо, въ случаѣ слабости потугъ, приличными средствами, какъ-то: треніемъ дна матки, накапываніемъ на животъ эфира, орошеніемъ его холодною водою и т. п. усиливать маточныя сокращенія, которыя, какъ сказано выше, благоприятствуютъ окончанію операціи. Съ этою цѣлью, при значительной слабости потугъ, я даю, обыкновенно передъ операціею, одинъ или два приѣма спорыньи, по 10 гранъ каждый.

Съ появленіемъ нижняго угла лопатки этотъ моментъ оканчивается и начинается 3-й—*освобожденіе ручекъ*.

**3-й моментъ. Освобожденіе ручки или ручекъ.** Это, безъ сомнѣнія, одинъ изъ самыхъ трудныхъ актовъ извлеченія, при которомъ требуется большая осторожность со стороны врача. Ручки извлекаются безъ труда, если онѣ перекрещены на передней поверхности грудной клѣтки; труднѣе—когда одна или обѣ ручки прилегаютъ къ бокамъ головки, и наконецъ весьма трудно, — если онѣ запрокинуты за затылокъ, перекрещены и ущемлены между головкою и стѣнками таза. Кромѣ того, болѣе или менѣе легкое освобожденіе ручекъ тѣсно связано съ высокимъ или низкимъ стояніемъ головки и также съ различнымъ положеніемъ ея въ полости таза. При высокомъ стояніи ея еще во входѣ таза, по при-

чинѣ могущаго случиться сильнаго ущемленія ручки (между головкою и входомъ таза—особенно при суженіяхъ его), освобожденіе ручекъ бываетъ значительно труднѣе, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда головка находится въ полости таза. Освобожденіе ручекъ совершается легче при переднихъ, нежели при заднихъ видахъ затылочныхъ положеній. Въ первомъ случаѣ, введеніе пальцевъ до ручки и освобожденіе послѣдней, по причинѣ обширности задней половины таза, не сопряжено съ такими затрудненіями, какія могутъ встрѣтиться во второмъ случаѣ, вслѣдствіе меньшей ёмкости передней половины таза.

*Общія правила, которыя должно соблюдать при освобожденіи ручекъ* суть слѣдующія: Извлеченная часть младенца, покрытая нагрѣтою пеленкою, помѣщается на одномъ изъ предплечій оператора. Двумя же пальцами другой руки, введенными во влагалище, освобождается внѣ потуги сперва *ниже-лежащая* (т. е. находящаяся въ крестцовой впадинѣ), а потомъ и *выше-лежащая* ручка со стороны симфиза. Каждая ручка младенца освобождается соименною рукою оператора, которая и

Фиг. 182.



вводится во влагалище по задней поверхности тѣла младенца. Въ приведенномъ примѣрѣ, ф. 182, извлеченная часть помѣщается на правомъ предплечіи, а двумя пальцами (указательнымъ и среднимъ) лѣвой руки освобождается лѣвая ручка. Туловище приподнимается немного вверхъ и вправо, пальцы вводятся по задней поверхности тѣла, по плечевому суставу и плечу плода до *локтеваго сгиба*; большой палецъ оставляется внѣ дѣтородныхъ частей. На локтевой сгибъ дѣйствуемъ, отодвигая его внизъ и къ противоположной (мѣсту введенія руки) стѣнкѣ таза, стараясь вывести ручку такъ, чтобы предплечіе ея скользнуло по затылку, по боковой и лицевой части головки и по передней поверхности грудной кѣтки и чтобы ручка появилась наружу сперва локтемъ, а потомъ предплечіемъ.

Если выше-лежащая ручка, послѣ освобожденія ниже-лежащей, не освобождается сама собою, то туловище младенца опускаютъ внизъ, помѣщаютъ его на лѣвомъ предплечіи оператора и, смотря по надобности, отводятъ то вправо, то влѣво; затѣмъ сказанная ручка освобождается пальцами правой руки при соблюденіи только-что сказанныхъ правилъ. Введеніе всей руки оператора во влагалище съ цѣлью освобожденія ручки я считаю крайне неудобнымъ, обременительнымъ и даже опаснымъ для роженицы. Неточное соблюденіе этихъ правилъ

влечетъ за собою весьма неблагопріятныя послѣдствія, какъ-то: замедленіе освобожденія ручекъ, а иногда переломъ плечевой кости.

*Никогда не слѣдуетъ, не достигнувъ локтевого сгиба, дѣлать попытку освободить руку, фиксируя пальцы иль-лабо на протяженіи верхняго плеча.* На эту предосторожность обращаю особенное вниманіе потому, что мнѣ извѣстно болѣе 10 случаевъ перелома плечевой кости младенца, происшедшихъ вслѣдствіе торопливаго, не по правиламъ произведеннаго освобожденія ручекъ.

Въ случаѣ труднаго освобожденія выше-лежащей ручки пріемъ, рекомендуемый въ этомъ случаѣ *Ssanzioni*, съ пользою примѣняемъ былъ мною къ дѣлу нѣсколько разъ. Пріемъ этотъ состоитъ въ слѣдующемъ: акушеръ обѣими руками обхватываетъ младенца за верхнюю часть грудной кѣтки вмѣстѣ съ освобожденною ручкою и, приподымая его вверхъ и какъ бы желая ввести младенца обратно въ полость таза, производитъ легкія вращательныя движенія то вправо, то влѣво около продольной оси шен младенца; вслѣдствіе этого ручка перемѣщается въ удобнѣйшее положеніе и легко выводится, а иногда даже освобождается сама собою. Этимъ пріемомъ мнѣ удавалось воспользоваться съ успѣхомъ при трудномъ освобожденіи обѣихъ ручекъ и даже при ущемленіи перекрещенныхъ ручекъ при затылочномъ-крестцовомъ положеніи. Вообще въ подобныхъ затруднительныхъ обстоятельствахъ, только-что описанный пріемъ *Scanzoni* весьма облегчаетъ освобожденію ручекъ. Во всякомъ случаѣ, при срочныхъ родахъ нужно стараться освободить ручки ручными пріемами прежде, чѣмъ приступлено будетъ къ извлеченію головки щипцами. Нѣкоторые акушеры совѣтуютъ, въ случаяхъ труднаго освобожденія ручекъ, не освобождая вовсе другой ручки, приступать немедленно къ наложенію щипцовъ. Безспорно, когда тазъ правильно устроенъ и головка не велика, извлеченіе щипцами головки вмѣстѣ съ ручкою возможно, но при самой незначительной несоразмѣрности таза съ головкою—слѣдовать этому совѣту небезопасно. Совсѣмъ другое дѣло при преждевременныхъ родахъ, гдѣ плодъ еще малъ или гдѣ онъ подвергся мацерации; здѣсь освобожденіе его безъ предварительнаго освобожденія ручекъ возможно и безопасно.

*Guillemeau* былъ первый, который совѣтовалъ освобождать головку, не выводя предварительно ручекъ. *Deventer* училъ, что рѣшительно никогда не слѣдуетъ освобождать ручекъ, а нужно извлекать ихъ вмѣстѣ съ головкою. Если извлеченіе головки, какъ увидимъ ниже, представляетъ иногда весьма значительныя затрудненія даже постѣ предварительнаго освобожденія ручекъ, то понятно само собою, какъ оно должно быть затруднительно, еслъ его предпринимаютъ безъ предварительнаго освобожденія ручекъ. Поэтому ученіе *Guillemeau* и *Deventer*'а не могло войти въ практику и противъ него справедливо вооружались лучшіе авторитеты какъ *Baudelocque*, *Osiander* и др.. *Kilian* думаетъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ освобожденіе одной только ручки можетъ okazaться полезнымъ тамъ, гдѣ приходится извлекать плодъ при неполнѣ раскрытомъ зѣвѣ напр., при *accouchement forcé*. Здѣсь полезно, по его мнѣнію, оставить одну ручку неосвобожденною, чтобы этимъ противодействовать сильному сжатію шеи младенца недостаточно раскрывшимся маточнымъ зѣвомъ.

Освобожденіе ручекъ, запрокинутыхъ за затылокъ, требуетъ величайшей осторожности, потому что при этомъ, безъ соблюденія надле-

жащихъ мѣрь предосторожности, очень легко сломать плечевыя кости. Освобождать въ этомъ случаѣ ручки прямо изъ подъ затылка, какъ это совѣтовалъ *Kiwisch*, значитъ навѣрно и завѣдомо сдѣлать переломъ. Изъ всѣхъ предложенныхъ въ этомъ случаѣ способовъ самымъ безопаснымъ мы считаемъ выше-приведенный приемъ *Scanzoni*. Еслибы онъ не удался, то можно испытать способъ *Kilian'a*, состоящій въ томъ, что дѣлается пополуоборотъ около продольной оси плода, вслѣдствіе чего одна изъ ручекъ отходитъ въ крестцовую впадину, откуда она и освобождается по обыкновеннымъ правиламъ. Рекомендуемая мною мѣрь предосторожности исключительно относятся къ тѣмъ случаямъ, гдѣ операція производится на живомъ или жизнеспособномъ плодѣ. Произвести же переломъ ручки на мертвомъ я не считаю большой погрѣшностью и, во избѣжаніе напраснаго раздраженія родовыхъ путей, допускаю приемъ *Kiwisch'a*.

*4-й моментъ: Извлеченіе послѣдующей головки.* Головка, по извлеченіи туловища, можетъ помѣщаться или въ полости таза, или выше, и притомъ въ различныхъ положеніяхъ. Быстрое и удачное освобожденіе головки возможно тогда, когда она находится въ полости таза въ положеніи затылочно-лонномъ и въ состояніи сгибанія (*flexio capitis*). Поэтому прежде, чѣмъ предпринято будетъ освобожденіе головки, нужно обратить вниманіе на то, — находится ли она въ благопріятныхъ условіяхъ, или нѣтъ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ нужно рѣшить вопросъ: можетъ ли она быть приведена скоро и легко въ сказанныя условія? и притомъ, какимъ способомъ можно этого достигнуть, — имѣя въ виду, что для спасенія жизни плода извлеченіе головки должно быть совершено въ теченіи 5-ти и не болѣе 7-ми минутъ.

Разсмотримъ сначала *освобожденіе головки*, когда она находится въ благопріятныхъ условіяхъ.

1) *Способъ Smellie.* По этому способу головка извлекается слѣдующимъ образомъ. Положимъ, что она находится въ полости малаго

Фиг. 183.



таза и обращена затылкомъ къ лонному сочлененію. Сперва два пальца (указательный и средній) одной руки вводимъ, со стороны крестцовой

впадины сбоку крыльевъ носа, до скуловыхъ костей; потомъ одноименные два пальца другой руки проводимъ, со стороны симфиза, до затылка, ф. 183. Затѣмъ пальцами, приложенными къ скуловымъ костямъ, притягиваемъ или вѣрнѣе отдавливаемъ личико внизъ къ выходу таза, и въ то же время двумя пальцами другой руки отодвигаемъ затылокъ вверхъ въ полость таза; этимъ мы усиливаемъ и ускоряемъ сгибаніе головки (*flexio capitis*); одновременно съ тѣмъ туловище сперва опускаемъ немного, а затѣмъ приподымаемъ по направленію къ животу матери и иногда такъ высоко, что длинникъ его бываетъ почти перпендикуляренъ къ длиннику тѣла матери. Помощникъ въ это время поддерживаетъ промежность. Словомъ, всѣ наши приемы должны клониться къ подражанію натуральному освобожденію головки. Этотъ способъ можетъ быть примѣненъ при переднемъ видѣ затылочнаго положенія и притомъ тамъ, гдѣ нѣтъ несоразмѣрности между головкою и выходомъ. Недостатокъ этого способа заключается главнымъ образомъ въ томъ, что пальцы, приложенные къ скуловымъ костямъ, легко соскальзываютъ, вслѣдствіе чего и безъ того слабая сила влеченія за лицо еще болѣе уменьшается и оказывается недостаточною какъ для совершенія сгибанія, такъ и для преодоленія препятствія представляемаго у перворождающихъ дномъ таза. При заднемъ видѣ затылочнаго положенія этотъ способъ весьма мало полезенъ.

2) *Способъ m-me Lachapelle.* Этотъ способъ, предпочитаемый французской школой, состоитъ во введеніи указательнаго пальца одной

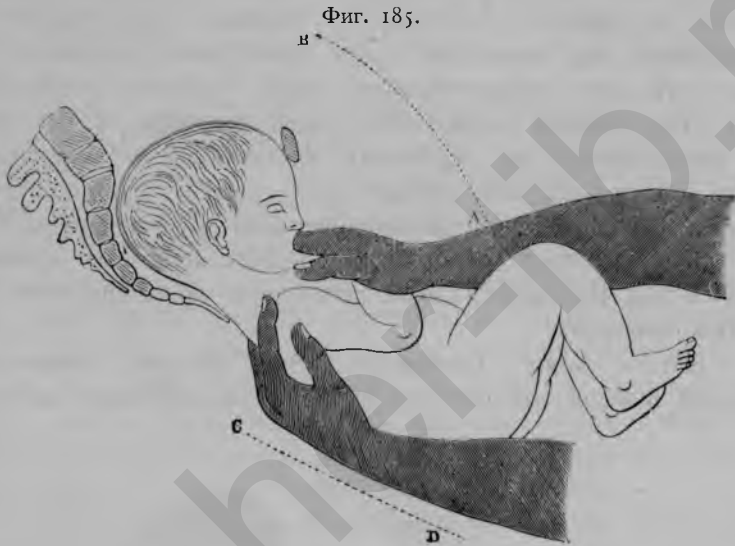
Фиг. 184.



руки въ ротъ младенца и въ захватываніи за верхнюю часть туловища двумя пальцами (указательнымъ и среднимъ) другой руки, виллообразно разведенными и приложенными къ ключицамъ, какъ это изображено на фиг. 184. Сперва усиливается сгибаніе головки притягиваніемъ (иногда довольно сильнымъ) нижней челюсти къ верхней части груди; затѣмъ совмѣстнымъ потягиваніемъ за туловище и нижнюю челюсть и въ то же время приподнятіемъ туловища вверхъ освобождается головка. Приемъ



этотъ принадлежитъ къ рациональнымъ и вѣрнымъ, но не совсѣмъ безопаснымъ, такъ какъ при этомъ возможенъ переломъ и вывихъ нижней челюсти. Поэтому-то, если младенецъ живъ, я стараюсь освободить головку по первому способу, и только въ случаѣ неудачи, тотчасъ же перехожу ко второму. Когда же младенецъ мертвъ или головка находится въ затылочно-крестцовомъ положеніи и *при томъ въ состояніи сибанія*, я прямо прибѣгаю къ способу *m-me Lachapelle*. При затылочно-крестцовомъ положеніи все отличіе отъ толькочто описаннаго приема состоитъ въ томъ, что при освобожденіи головки туловище сначала опускается немного внизъ (отъ D къ C), какъ обозначено на фиг. 185;



если же при этомъ головка не освобождается, то, не теряя времени, нужно туловище приподнять вверхъ (отъ А къ В). При извлеченіи головки, опуская туловище (отъ D къ C), мы имѣемъ въ виду освободить изъ-подъ лоннаго сочлененія сперва подбородокъ и лицо, а потомъ и остальные части ея; приподымая же туловище вверхъ, освобождаемъ сперва затылокъ со стороны промежности, а потомъ остальные части головки и лица.

Если при заднемъ видѣ затылочнаго положенія головка отклонена назадъ (*extensio capitis*), т. е. подбородокъ упирается въ верхній край лоннаго сочлененія и передняя часть шеи болѣе или менѣе вытянута, фиг. 186, то введеніе пальца въ ротъ невозможно. Въ этомъ, самомъ трудномъ случаѣ извлеченія головки, нужно стараться усилить отклоненіе ея двумя пальцами, приложенными къ подбородку, а на туловище младенца дѣйствовать, приподымая его вверхъ (въ направленіи АГ), иногда весьма сильно, почти до соприкосновенія живота младенца съ животомъ матери. Въ тѣхъ трудныхъ случаяхъ, когда при затылочно-крестцовомъ положеніи нѣтъ возможности извлечь головку младенца только что описанными способами, французскіе акушеры совѣ-

туютъ пользоваться слѣдующимъ приѣмомъ *m-me Lachapelle*, а именно: прежде превратить затылочно-крестцовое положеніе въ затылочно-лонное и потомъ уже извлекать головку вышеописанными приѣмами. Для того,

Фиг. 186.



чтобы измѣнить затылочно-крестцовое положеніе, вводятъ руку до крестцовой впадины—*правую*, если лицо находится въ правой половинѣ таза,—*лѣвую*, если лицо въ лѣвой половинѣ его, фиг. 187, и безразлично

Фиг. 187.



*ту* или *другую* руку, если лицо у лоннаго сочлененія; затѣмъ обхватываютъ всюю рукою головку такъ, чтобы пальцы (указательный и средній) достигали угла рта. Захвативъ такимъ образомъ, какъ можно

крѣпче, боковую часть головки и лица, поворачиваютъ головку такъ, чтобъ лицо обратилось къ крестцовой впадинѣ. Не отвергая возможности выполнить этотъ приемъ, я все-таки считаю въ подобныхъ случаяхъ извлеченіе головки щипцами менѣе вреднымъ для роженицы и представляющимъ болѣе шансовъ для спасенія жизни младенца, чѣмъ ручное извлеченіе по только-что описанному способу. При тѣхъ же условіяхъ и мертвомъ младенцѣ считаю прободеніе головки съ послѣдующимъ наложеніемъ щипцовъ или краниокласта болѣе умѣстнымъ, чѣмъ только-что описанный способъ *m-me Lachapelle*, который обыкновенно трудно выполнимъ, особенно при суженіяхъ (даже незначительныхъ) таза. Я не говорю здѣсь о тѣхъ незначительныхъ уклоненіяхъ головки въ ея положеніи при правильности таза, когда она, по выходѣ туловища на свѣтъ, задерживается въ тазовой полости, будучи обращена затылкомъ къ одному изъ подвздошно-лонныхъ возвышеній (т. е. въ косыхъ или поперечныхъ размѣрахъ таза); въ подобныхъ случаяхъ приведеніе ея въ затылочно-лонное положеніе не трудно. Для этого стоитъ только прежде, чѣмъ приступить къ освобожденію головки, пальцами одной руки, введенными въ ротъ и укрѣпленными на краѣ нижней челюсти, и пальцами другой руки, приложенными сбоку затылка (см. фиг. 188), съ той или другой стороны (смотря по положенію головки),

Фиг. 188.



дѣйствовать такъ, чтобы повернуть лицо къ крестцу, а затылокъ къ лонному сочлененію. Однимъ словомъ, задача искусства въ этомъ случаѣ состоитъ въ томъ, чтобы помочь невольнъ совершившемуся внутреннему повороту головки. Въ случаѣ, если лицо младенца обращено вправо, вводятъ въ ротъ его пальцы лѣвой руки и наоборотъ.

3) Способъ *Veit'a* представляетъ лишь слѣдующее видоизмѣненіе предъидущаго способа: два пальца одной руки, введенные въ ротъ младенца, размѣщаются на зубныхъ отросткахъ передняго края нижней челюсти. Размѣщеніе пальцевъ другой руки и манипуляціи при извлеченіи ничѣмъ не отличаются отъ способа *m-me Lachapelle*. Этотъ способъ былъ извѣстенъ уже давно. Такъ между прочимъ его употребляли въ особенности *Levret* и за нимъ *Mauriceau, de la Motte, Portal* и др.; *заслуга же Veit'a* заключается не въ изобрѣтеніи этого способа, а въ томъ, что ему удалось ввести его въ употребленіе, въ замѣнъ наложенія щипцовъ на послѣдующую головку. Этотъ способъ извѣстенъ также подъ именемъ *Levret-Veit'a*.

4) Способъ *пражской школы (Kiwisch)*. Онъ состоитъ изъ двухъ приѣмовъ: помощью перваго головка низводится внизъ къ выходу таза, помощью же втораго она освобождается. Первый приѣмъ совершается слѣдующимъ образомъ. По освобожденіи ручекъ операторъ одною рукою захватываетъ ножки, а виллообразно разведенными пальцами (указательнымъ и среднимъ) другой руки—верхнюю часть туловища вблизи шеи и сзади, какъ это изображено на фиг. 189, и, совмѣстнымъ притягива-

Фиг. 189.



ніемъ за ножки и туловище внизъ, низводитъ головку къ выходу таза. Затѣмъ операторъ перемѣняетъ способъ захватыванія ножекъ, помѣщая большой палецъ у одного изъ мышелковъ, остальные же пальцы на, обращенной кверху, задней поверхности голеней, какъ это изображено на фиг. 190; послѣ этого онъ переходитъ къ исполненію 2-го приѣма, состоящаго въ быстромъ приподнятіи туловища въ направленіи къ животу матери. При этомъ способѣ, вслѣдствіе перваго приѣма, половина головки, лежащая въ крестцовой впадинѣ, опускается глубже, вслѣдствіе же втораго вся головка вдругъ выскальзываетъ наружу.

*Scanzoni*, рекомендуя этотъ способъ извлеченія головки, говоритъ, что „если по освобожденіи ручекъ головка лежитъ въ тазовой полости, то во избѣжаніе разрыва промежности, первый приѣмъ не нуженъ“. Онъ также предостерегаетъ отъ приподыманія младенца прежде, чѣмъ убѣдимся въ томъ, что головка находится въ полости таза.

Что касается до достоинствъ этого способа, то *Scanzoni* отзы-

вается о немъ слѣдующимъ образомъ: „конечно, есть случаи, въ которыхъ и этимъ способомъ нельзя извлечь головку, находящуюся въ неблагоприятномъ положеніи, напр. при очень большой головкѣ или задержаніи ея суженнымъ тазомъ. Но всетаки этотъ способъ лучше дру-

Фиг. 190.



гихъ, потому что онъ часто ведетъ къ цѣли въ такихъ случаяхъ, когда, придерживаясь другихъ способовъ, бываютъ вынуждены прибѣгать къ извлеченію головки помощью инструментовъ“. Несмотря на весь авторитетъ *Scanzoni* и другихъ акушеровъ, придерживающихся только что описаннаго нами способа, едвали можно согласиться съ тѣмъ, чтобы онъ былъ рационаленъ и безопасенъ какъ для матери, такъ и для младенца. Несовсѣмъ рационаленъ онъ потому, что тутъ приходится дѣйствовать наудачу; сопряженная же съ нимъ опасность заключается въ томъ, что, въ видахъ сохраненія промежности отъ разрыва, всѣ единогласно совѣтуютъ медленное извлеченіе головки, особенно у первородящихъ и тамъ, гдѣ существуетъ предрасположеніе къ разрыву; при этомъ же способѣ головка освобождается быстро, почти мгновенно, слѣдовательно и промежность подвергается наибольшей опасности. Въ случаяхъ же незначительной несоразмѣрности полости таза съ головкою, повторные приемы для извлеченія головки только увеличиваютъ зло: головка отклоняется и застреваетъ, причемъ можетъ легко случиться растяженіе позвоночника младенца. Я думаю поэтому, что строгая и безпристрастная оцѣнка этого способа измѣнитъ выгодное о немъ мнѣніе, и вѣроятно у всякаго, сколько нибудь наблюдательнаго акушера найдется не мало фактовъ, говорящихъ въ пользу высказаннаго мною мнѣнія.

Сравнивая описанные способы освобожденія головки, нельзя не за-

мѣтитъ, что существенная разница между ними заключается въ томъ, что *Smellie, m-me Lachapelle* и *Veit* заботились о возможно большемъ сгибаніи головки, слѣдовательно, вполне подражали натуральному прорѣзыванію ея; при способѣ же пражской школы пренебрегаютъ этимъ важнымъ моментомъ механизма родовъ, что и составляетъ главный недостатокъ этого способа. Такъ какъ пражскимъ способомъ не исправляется неправильное положеніе головки, то, при извлеченіи ея, она проходитъ черезъ выходъ таза въ состояніи разгибанія (*extensio capitis*), т. е. своимъ наибольшимъ, именно лобно-затылочнымъ, размѣромъ, что, одновременно съ требуемой быстротой извлечения, благоприятствуетъ разрыву промежности. Поэтому не слѣдуетъ прибѣгать къ способу пражской школы во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ головка, помѣстившись въ полости таза, находится въ состояніи сильнаго разгибанія, что всего чаще приходится наблюдать при суженіяхъ таза. Можетъ быть, этотъ способъ не такъ опасенъ въ рукахъ опытнаго специалиста, который болѣе тонко можетъ опредѣлить случаи, гдѣ способъ пражской школы можетъ быть примѣненъ; но въ рукахъ менѣе опытнаго акушера, онъ положительно можетъ повлечь гибельныя послѣдствія.

Разсмотрѣнный нами способъ давно употреблялся въ пражской школѣ и извѣстенъ въ наукѣ подъ именемъ способа *Kiwisch'a*, такъ какъ онъ первый описалъ его. Въ историческомъ отношеніи нужно замѣтить, что намекъ на этотъ способъ встрѣчаются уже у *Pugh'a*, *Leroux* и *Saxtorph'a*.

*C. Braun* измѣнилъ способъ *Kiwisch'a* слѣдующимъ образомъ. Операторъ становится съ лѣвой стороны роженницы и кладетъ правую руку такимъ образомъ, чтобы большой и указательный пальцы влообразно обхватили нижнюю часть шеи младенца. Движеніями этой руки оттягиваютъ головку внизъ. Загѣмъ указательный палецъ лѣвой руки вводятъ въ ротъ младенца и оттягиваютъ внизъ подбородокъ. Когда послѣдній достигъ уздечки большихъ губъ, лѣвою рукою захватываютъ ножки, какъ при способѣ *Kiwisch'a* и отклоняютъ туловище къ животу роженницы. Способъ этотъ, какъ видно, есть сочетаніе пражскаго способа со способомъ *m-me Lachapelle*. *Braun* утверждаетъ, что способъ этотъ несравненно менѣе опасенъ пражскаго и что онъ особенно примѣнимъ при поперечномъ стояніи головки. Признаюсь, я не вижу въ этомъ способѣ особеннаго удобства, а равно и выгоды.

*Goschler*, въ 1867 году, описалъ новый способъ извлечения головки, состоящій въ слѣдующемъ: По рожденіи (или извлеченіи) туловища младенца, операторъ кладетъ его на лѣвое предплечіе, правую же руку прикладываетъ какъ можно выше къ затылку. Послѣ этого онъ дѣлаетъ руками точно такія же тракціи, какъ щипцами, причемъ лѣвая рука слѣдуетъ всѣмъ движеніямъ правой руки; отъ этого, по мнѣнію изобрѣтателя, при выполненіи круговыхъ тракціи, позвоночникъ младенца остается неподвижнымъ и при этомъ, слѣдовательно, нисколько не рискуютъ произвести растяженіе позвоночника. Предлагая свой способъ, *Goschler* имѣлъ въ виду достигнуть двойнаго результата: 1) избѣгать растяженія и поврежденія позвоночника и спиннаго мозга, и 2) увеличить движеніе головки, задержанной въ полости таза, увеличеніемъ дѣйствія приложенной силы чрезъ удлиненіе рычага (т. е. туловища младенца) (?).

**Извлеченіе плода за одну ножку.** Если ножка находится во влагалищѣ или внѣ его, то извлеченіе младенца производится по вышеизложеннымъ правиламъ извлечения за ножки съ незначительными только измѣненіями перваго момента, какъ-то: если ножка находится только во влагалищѣ, то она захватывается, какъ при поворотѣ на ножку

(см. стр. 400), и выводится наружу по правиламъ извлеченія за ножки (см. стр. 445). Влеченія производятся одною или обѣими руками, причемъ ножку направляютъ прямо внизъ. Коль скоро ягодицы вступили въ полость таза и указательнымъ пальцемъ можно достигнуть до пахово-ваго сгиба другой ножки, согнутой въ тазобедренномъ сочлененіи, то палець вводится въ паховой сгибъ съ наружной его стороны, фиг. 191.

Фиг. 191.



Теперь совмѣстнымъ притягиваніемъ за ножку и крючкообразно согнутымъ пальцемъ за паховой сгибъ, извлеченіе продолжается дальше. По вступленіи ягодиць въ тазъ никогда *не слѣдуетъ освобождать* (даже выпрямлять) *согнутую ножку*, потому что при этомъ неизбѣженъ или переломъ бедра младенца, или же разрывъ дѣтородныхъ частей матери. Съ появленіемъ ягодиць наружу руки оператора располагаются какъ при извлеченіи за ножки (см. выше стр. 448), когда же младенець извлечень до пупочной области, то согнутая ножка освобождается сама собою.

Что касается до вопроса, выгоднѣе ли извлекать за одну или за обѣ ножки, то это мы разъяснили уже, говоря о поворотѣ на ножку или ножки (стр. 403), и доказали, что въ видахъ сохраненія жизни плода извлеченіе за ножку представляетъ больше выгодъ.

Мнѣніе прежнихъ авторовъ (*Guillemeau* въ особенности, затѣмъ *Peu*, *Mauriceau*, *Dionis'a* и *Jörg'a*), что извлеченіе можетъ и должно быть дѣлаемо только за обѣ ножки, опровергается ежедневнымъ опытомъ, какъ основанное на совершенно ложныхъ воззрѣніяхъ. Извлеченіе за одну ножку совершается безъ особеннаго труда и для этого ни въ какомъ случаѣ не требуется предварительное освобожденіе другой ножки, какъ это многіе прежде совѣтовали. Необходимость низведенія второй ножки могла бы представиться только въ такомъ случаѣ, еслибы она была перекрещена съ ножкою, выступившею наружу, или же еслибы она была запрокинута вверхъ вдоль спинки младенца. Этой послѣдней случайности мнѣ не приводилось наблюдать ни разу.

При извлеченіи младенца за ножку, туловище его во время 1-го и 2-го моментовъ операціи иногда поворачивается около своей продольной оси и такимъ образомъ положеніе его перемѣняется, напр. 1-е во 2-е и наоборотъ, а также передніе виды въ задніе, — и это чаще встрѣчается при извлеченіи за одну ножку, чѣмъ за обѣ. Этому наружному повороту туловища, нерѣдко совершающемуся при задорженіи



безъ всякаго участія со стороны искусства, никогда не слѣдуетъ препятствовать, а напротивъ, должно ему содѣйствовать, производя осторожно влеченіе, во время потуги, за вышедшую со стороны симфиза ножку по направленію къ правому бедру матери (за лѣвую ножку при первомъ ягодичномъ положеніи), или къ лѣвому бедру ея (за правую ножку при второмъ ягодичномъ положеніи). Если же младенецъ извлеченъ до пупочной области и поворотъ (rotatio) туловища не совершается, такъ что *передняя поверхность младенца остается обращенною къ лонному сочлененію*, то нужно содѣйствовать совершенію поворота слѣдующими приемами: ягодичи, захваченныя обѣими руками, во время потуги, слегка поворачиваются около продольной оси туловища въ ту сторону, въ которую послѣднее имѣло наклонность повернуться.

Мнѣ нѣрѣдко случалось наблюдать, что при извлеченіяхъ послѣ поворота на одну ножку, гдѣ, напр., по выведеніи вышележащей ножки ягодичи находились во второмъ положеніи (т. е. крестецъ и копчикъ въ правой половинѣ таза, а правая ножка подѣ лонною дугою), при дальнѣйшихъ тракціяхъ и при правильныхъ потугахъ 2-е положеніе переходило въ 1-е, т. е. ягодичи по боковымъ и задней стѣнкамъ полости таза совершали поворотъ почти на  $\frac{3}{4}$  окружности тазоваго кольца и прорѣзывались такъ, какъ это бываетъ при 1-мъ ягодичномъ положеніи.

Извлеченіе младенца, обращеннаго переднею поверхностію впередъ, представляетъ обстоятельство, безъ сомнѣнія, невыгодное, но ничуть не страшное въ такой степени, какъ многіе думали. Неблагопріятно это обстоятельство потому, что освобожденіе головки, обращенной лицомъ къ передней стѣнкѣ таза, несравненно труднѣе, чѣмъ когда затылокъ обращенъ впередъ; поэтому при извлеченіи необходимо стараться повернуть плодъ спинкою впередъ. Если же это не удастся, несмотря на рациональное употребленіе вышеизложенныхъ приемовъ, то не слѣдуетъ слишкомъ на нихъ настаивать, потому что въ этихъ случаяхъ всякая излишняя настойчивость можетъ дорого обойтись плоду, въ виду чего приступаемъ къ извлеченію головки въ затылочно-крестцовомъ положеніи ея, по способу указанному на стр. 452 и 453.

Въ случаѣ высокаго стоянія ягодичъ и невозможности введенія пальца въ паховой сгибъ, употребляется тупой крючекъ. Онъ особенно необходимъ въ томъ случаѣ, когда ягодича, обращенная къ лонному сочлененію, упирается въ верхній край лонныхъ костей и вслѣдствіе этого замедляется выдѣреніе ягодичъ въ тазъ. Это случается при извлеченіи за *ниже-лежащую ножку*, при слабости потугъ, а также при расслабленіи брюшныхъ и маточныхъ стѣнокъ. Въ случаѣ надобности тупой крючекъ вводится въ паховой сгибъ по правиламъ, которыя тотчасъ будутъ изложены.

При извлеченіи младенца за вышележащую ножку, во время прорѣзыванія ягодичъ нужно избѣгать сильныхъ тракцій за ножку въ направленіи вверхъ, потому что при этомъ можетъ случиться вывихъ въ тазобедренномъ сочлененіи, вслѣдствіе излишняго отведенія ножки.

**В. Извлечение плода за ягодицы** (*Extractio foetus natibus prodeuntibus. s. clunius praeviis. Die Extraction an dem Steiss. Extraction par le siège. Extraction by the breech*).

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Bailly. De quelques difficultés d'accouchement inhérentes à la présent. du siège et de l'emploi du crochet mousse. Arch. d. Tocolog. T. III, 1876, p. 542. Breisky. Ueber d. Entwickel. ration. Anzeigen z. Extract. bei Beckenendlagen. Prag. Vierteljahrsh. 1866. Bunge. Beschreib. einer neuen Schlinge zur Vollendung d. Geburt bei Beckenendlagen. Centralbl. f. Gynæk. 1881, p. 179. Gregory. Neue Erfahrungen ueber d. Anwendung d. Schlinge bei Steisslagen. Bayr. ärztl. Intelligenzbl. 1873, № 19. Haake. Ueber den Gebrauch der Kopfzange zur Extraction des Steisses. Arch. f. Gynaek. Bd. XI, Hft 3. Kormann. Einige streitige Punkte bei d. Behandlung d. Beckenendgeburten etc. Arch. f. Gynæk. Bd. VI, p. 1. Küstner. Die Steiss- und Fusslagen etc. Samml. klin. Vortr. v. Volkmann, № 140. König. D. Extr. d. Kindes am Steiss mitt. eines Taschentuches. Inaug. Diss. Marburg 1881. Münster. Zur Therapie d. Steisslagen. Deutsche med. Woch. 1877, № 27. Miles. The forceps in difficult breech-deliveries. Amer. Journ. of Obst. Vol. XII, 1879, p. 135. Oslander. D. Ursachen u. Hülfsanzeigen d. unregelmässigen Geburten etc. 1833, p. 306. Smellie. Theoretische u. practische Abhandlungen etc., p. 352.

**Производство.** При этомъ видѣ извлеченія только первый моментъ имѣеть нѣкоторыя отличія, остальные же три совершаются такимъ же образомъ, какъ описано было выше при извлеченіи за ножки. Здѣсь могутъ быть троякаго рода обстоятельства: а) ягодицы могутъ находиться такъ низко, что одинъ или оба крючкообразно согнутыхъ указательныхъ пальца могутъ быть удобно заложены въ паховые сгибы; б) ягодицы могутъ стоять въ полости таза такъ высоко, что въ пахъ, лежащій въ передней половинѣ таза, можетъ быть введенъ указательный палецъ, а въ другой пахъ только тупой крючекъ, и наконецъ в) ягодицы кромѣ высокаго стоянія, при которомъ введеніе пальцевъ въ сгибъ невозможно, могутъ быть еще такъ сильно вколочены во входъ таза и обхвачены стѣнками матки, что приподнятіе ихъ сопряжено съ опасностью разрыва матки.

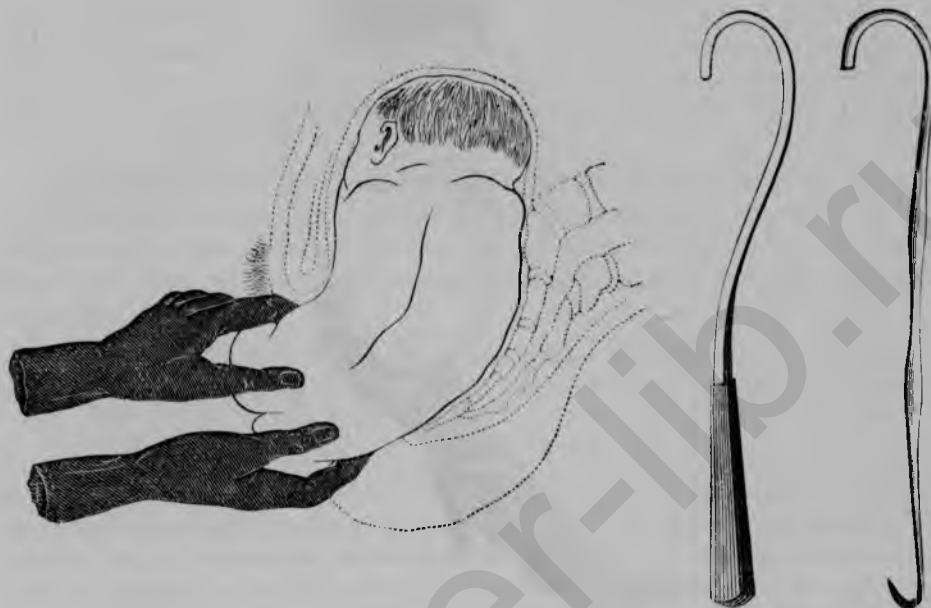
Вообще, при извлеченіи плода, по причинѣ безопасности для матери и младенца, дѣйствіе крючкообразно согнутыми пальцами предпочитается дѣйствію тупыми крючками, а это послѣднее — наложенію щипцовъ на ягодицы. Пальцы вводятся всегда съ наружной стороны тазобедренного сочлененія, ф. 192, и тракціи совершаются во время потуги. Наложеніе тупыхъ крючковъ имѣеть мѣсто только тамъ, гдѣ пальцами дѣйствовать невозможно. Изъ тупыхъ крючковъ для этой цѣли я предпочитаю тупой крючекъ *d'Outrepont'a*. фиг. 193, или двойной крючекъ *Levret-Smellie*, фиг. 194. Первый изъ нихъ имѣеть небольшую кривизну, соотвѣтствующую проводной линіи таза, верхушка его тупая, тщательно закругленная и отстоитъ отъ стержня на 2". Стержень, толщиной въ 4", снабженъ деревянною рукояткою. Крючекъ вводится по руководству одного изъ четырехъ пальцевъ, предварительно введенныхъ во влагалище до наружной части паховаго сгиба. Во избѣжаніе по-

врежденія дѣтородныхъ частей матери, покрововъ младенца, а иногда и половыхъ органовъ послѣдняго, крючекъ всегда закладывается съ наружной стороны ягодицы и всегда *той, которая ниже опустилась въ*

Фиг. 192.

Фиг. 193.

Фиг. 194.



*тазъ, т. е. находящейся въ передней половинѣ полости таза, ф. 195.* Влеченія дѣлаютъ не прежде, какъ убѣдившись въ надлежащемъ положеніи крючка, вогнутость котораго обхватываетъ весь тазобедренный сгибъ, а конецъ помѣщается между бедрами плода и не упирается ни въ какую часть его или матери. Рукояткѣ крючка даемъ направление сообразно болѣе или менѣе высокому стоянію ягодицъ, сперва внизъ, а по мѣрѣ внѣдренія ихъ въ полость таза, рукоятка постепенно подымается вверхъ.

Иногда при ущемленіи ягодицъ во входѣ таза, по причинѣ невозможности проведенія руки между ягодицами и переднею стѣнкою таза, не удастся заложить крючекъ въ паховой сгибъ, находящійся въ передней половинѣ таза. Въ такомъ случаѣ позволительно наложить крючекъ на сгибъ, находящійся въ задней половинѣ таза, вводя его также съ наружной стороны ягодицъ, а не съ внутренней, какъ это совѣтовали нѣкоторые французскіе акушеры. Наложить крючекъ въ паховой сгибъ, лежащій въ задней половинѣ таза, всегда возможно, потому что введеніе руки со стороны крестцовой впадины удобоисполнимо. Вообще, дѣйствуя крючкомъ на одну ягодицу, стараемся, насколько это возможно, въ то же время дѣйствовать и на другую, помощью указательнаго пальца, введеннаго въ другой паховой сгибъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, именно послѣ тщетныхъ попытокъ извлечь ягодицы однимъ крючкомъ, допускается употребленіе двухъ крюч-

ковъ, которые вводятся отдѣльно въ каждый пахъ. Тракціи въ этихъ случаяхъ производятся, сообразно обстоятельствамъ, или попеременно,

Фиг. 195.



т. е. сперва за одинъ сгибъ, потомъ за другой, или одновременно за оба. Послѣ нѣсколькихъ тракцій, необходимо каждый разъ освѣдомляться помощью изслѣдованія о дѣйствии инструмента, и о томъ, остается-ли инструментъ въ надлежащемъ положеніи, потому что при соскальзываніи его могутъ послѣдовать поврежденія дѣтородныхъ частей матери, а при нажиманіи концомъ его на какую-либо часть плода послѣдняя неизбѣжно должна пострадать. Коль скоро ягодицы помощью крючка или крючковъ низведены въ полость таза настолько, что въ паховые сгибы можно уже ввести пальцы, то дѣйствіе крючковъ тотчасъ приостанавливается и они замѣняются пальцами.

Нелишнимъ считаю замѣтить, что не только неосторожное извлечение младенца помощью тупаго крючка, но и самое осторожное исполненіе этой операціи, по всѣмъ правиламъ искусства, иногда сопровождается неблагоприятными послѣдствіями какъ для матери, такъ и для плода. *Поэтому понятно, что примѣненія крючковъ при извлеченіи нужно стараться избѣгать, позволяя себѣ пользоваться ими только въ крайнихъ случаяхъ, т. е. тамъ, гдѣ другія пособія непримѣнимы.*

Что касается извлечения младенца за ягодицы помощью головныхъ акушерскихъ щипцовъ и кефалотриба, то рѣчь объ этомъ будетъ въ своемъ мѣстѣ.

Прежде, на основаніи ученій *Hippocrates'a* и *Celsus'a*, пособія искусства при ягодичныхъ предлежаніяхъ состояли въ томъ, что по *Hippocrates'у* слѣдовало дѣлать въ этихъ случаяхъ поворотъ на головку, по *Celsus'у* же низвести ту или другую ножку. Особенно долго и упорно удерживалось въ акушерствѣ ученіе *Celsus'a*. Нечего и говорить о томъ, сколько бѣдъ должно было надѣлать подобное ученіе, такъ какъ низведеніе ножки, если ягодицы уже установились во входѣ таза, сопряжено съ величайшей опасностію для матери и въ особенности для младенца. Низведеніе ножки въ подобномъ случаѣ возможно только послѣ *предварительнаго приподнятія ягодицъ*; малѣйшаго на- силія здѣсь достаточно для того, чтобы произвести разрывъ матки, а у младенца вывихи, переломы и т. п. Поэтому-то ручное извлеченіе за ягодицы, описанное впервые *Mauricssan* и оставшееся безъ измѣненія до настоящаго времени, дѣлаетъ особенную честь этому автору.

Вслѣдствіе всего вышесказаннаго ионятно само собою, что на *низ- веденіе одной или обѣихъ ножекъ можно рѣшиться не только какъ на действительно необходимое пособіе, но и какъ на профилактическую мѣру*, могущую впоследствии предотвратить трудное (инструментальное) извлеченіе за ягодицы.

Тупой крючокъ впервые введенъ въ акушерство *Smellie*, затѣмъ многіе авторы измѣняли его. Нѣкоторые изъ нихъ, какъ то: *Peu, d'Outrepoint, Kilian, Cazeaux, Ch. Honoré, Hohl, Grenser* и др. отзывались съ похвалою о крючкѣ, совѣтуя закладывать его снаружн паховаго сгиба. Другіе употребляли его очень рѣдко. Такъ напр. *Merriman* не употребилъ его нразу во всю свою практику, а *m-me Lachapelle* всего дважды. Мы уже упомянули выше о томъ, что употребленіе тупаго крючка и особенно на живомъ плодѣ сопряжено со многими опасностями и поэтому совѣтуемъ стараться по возможности избѣгать примѣненія его въ практикѣ. Что касается такъ называемыхъ яго- дичныхъ щипцовъ, изъ которыхъ особѣнно извѣстны щипцы *Steideler* и *Gergens'a*, то они суть ничто иное, какъ два обыкновенныхъ тупыхъ крючка, соединенныхъ въ срединѣ подвижнымъ замкомъ. Эти щипцы гораздо опаснѣе крючкочъ и едва ли въ на- стоящее время кѣмъ либо употребляются.

Наконецъ должно еще упомянуть о томъ, что прежде съ цѣлью извлеченія мла- денца была въ большомъ ходу акушерская петля изъ шелковой тесьмы. Эту послѣднюю помощьюъ руки или особенныхъ петлеводоу вводили въ паховой сгибъ и потомъ, по- тягивая за концы ея, совершали извлеченіе плода. Этотъ способъ извлеченія рекомен- дованъ былъ *Peu, Smellie, M. Baudelocque'омъ, Merriman'омъ* и др. Объ немъ впослед- ствіи почти перестали вовсе упоминать, пока въ недавнее время снова не заговорили *Frozier* и *Meigs* (въ Филадельфіи) и особенно *Hecker*, который увѣряетъ, что онъ съ пользою прибѣгалъ къ этому приему въ трудныхъ случаяхъ извлеченія за ягодицы. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя совершить извлеченія пальцами, едва ли удастся наложить петлю; тамъ же, гдѣ послѣднее не сопряжено съ затрудненіями, оно безъ сомнѣнія не нужно, такъ какъ можно обойтись одними пальцами. Потягиваніе петлею и въ особен- ности энергическое, едва ли не столько же опасно, какъ извлеченіе тупымъ крючкомъ, если не болѣе (см. *König, Bunge*).

**Показанія къ извлеченію за тазовой конецъ.** Показанія къ этой операци, какъ уже сказано было выше, въ настоящее время чрезвычайно ограничены въ сравненіи съ тѣмъ, что было ирежде. Къ извлеченію за ягодицы должно прибѣгать въ слѣдующихъ случаяхъ:

1) Во всѣхъ случаяхъ предлежанія тазовымъ концомъ, когда въ 3-мъ или 4-мъ періодѣ родовъ потуги ослабѣваютъ настолько, что мы имѣемъ положительное основаніе опасаться за жизнь плода. Такъ какъ не всегда можно опредѣлить съ точностію степень ослабленія потугъ, при которой должно приступить къ извлеченію, то необходимо еще при-

нимать въ соображеніе совокупность всѣхъ обстоятельствъ какъ со стороны роженицы, такъ и плода, а именно: причину, обусловливающую слабость или совершенное прекращеніе потугъ, условія со стороны общаго состоянія роженицы, характеръ сердцебіенія плода, правильность механизма родовъ и теченія ихъ. Понятно, что если при родахъ тазовымъ концемъ часть туловища младенца прорѣзалась сама собою (напр. до лопатокъ, а тѣмъ болѣе до головки) и потуги вдругъ ослабѣли, или если біеніе пуповины становится неправильнымъ, то медлить здѣсь съ извлеченіемъ — значило бы подвергнуть жизнь плода явной и неминуемой опасности.

2) Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ родовъ тазовымъ концемъ, гдѣ требуется быстрое окончаніе родовъ, по причинѣ какой бы то ни было опасности, угрожающей матери или плоду. Главнѣйшія и чаще встрѣчающіяся показанія этой категоріи суть слѣдующія: а) упадокъ силъ роженицы, отъ какой бы причины онъ ни зависѣлъ; б) кровотеченіе изъ дѣтородныхъ органовъ, вслѣдствіе частичнаго или общаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, вслѣдствіе предлежанія его, а равно вслѣдствіе разрывовъ матки и варикозныхъ венъ дѣтородныхъ органовъ; в) ущемленныя грыжи; д) острия и хроническія болѣзни легкихъ, сердца и грудной плевы, обусловливающія трудность дыханія до удушья; е) eclampsia; ф) неправильность сердцебіенія плода и г) неврвпимое выпаденіе пульсирующей пуповины и начинающееся ущемленіе ея.

3) Извлеченіе предпринимается при всѣхъ *патологическихъ состояніяхъ* плода, обусловливающихъ увеличеніе его въ объемъ (брюшная и грудная водянка, развитіе опухолей въ грудной и брюшной полостяхъ). То же самое должно сказать и насчетъ различныхъ видовъ уродливости.

4) Къ извлеченію за тазовой конецъ приступаютъ немедленно въ случаѣ внезапной или мнимой смерти роженицы, конечно, если родовые пути достаточно подготовлены.

5) При суженіяхъ таза не совѣтуютъ спѣшить съ извлеченіемъ до тѣхъ поръ, пока не родится большая часть туловища младенца (до лопатокъ), — если этого не требуетъ неправильность сердцебіенія или пульсаціи пуповины.

**Предсказаніе.** Операнія извлеченія за тазовой конецъ можетъ имѣть весьма серьезныя послѣдствія для здоровья и жизни роженицы, въ особенности же плода. Ручное извлеченіе младенца за тазовой конецъ ни въ какомъ случаѣ не можетъ быть сравниваемо съ естественными родами при тазовыхъ и ножныхъ предлежаніяхъ. При извлеченіи предсказаніе гораздо хуже, чѣмъ при естественномъ родоразрѣшеніи; это доказывается статистикой какъ прежнихъ, такъ и новѣйшихъ авторовъ (*Churchill, Гуненбергеръ*). Это и должно считать причиною, почему показанія къ этой операнціи старались по возможности ограничить. Вліяніе извлеченія за ножки на роженицу и плодъ далеко неодинаковы. При обыкновенныхъ условіяхъ, т. е. если размѣры таза нормальны, родовые пути надлежащимъ образомъ подготовлены и потуги не совсѣмъ еще прекратились, то разсматриваемая операнія не оказываетъ особенно вреднаго вліянія на здо-

ровые роженицы. Совсѣмъ иное дѣло, если хоть одно изъ приведенныхъ условий измѣняетъ свой нормальный характеръ. По мѣрѣ встрѣчающихся затрудненій увеличивается и неблагоприятное вліяніе операціи на роженницу. Для плода предсказаніе еще болѣе неблагоприятно, чѣмъ для матери, потому что съ извлеченіемъ сопряжено много обстоятельствъ, могущихъ весьма легко повлечь за собою смерть его; сюда должно отнести: прижатіе пуповины брюшныхъ органовъ, растяженіе позвонковъ, даже поврежденія спиннаго и продолговатаго мозга. Къ обстоятельствамъ, не влекущимъ за собою непосредственно смерти плода, но тѣмъ не менѣе неблагоприятнымъ, должно отнести вывихи различныхъ сочлененій младенца и переломы костей.

Такъ какъ опасность, угрожающая плоду во время извлеченія, при задержаніи въ тазу послѣдующей головки существенно обуславливается тѣмъ, что онъ дѣлаетъ попытки къ дыханію, при полномъ разобщеніи своихъ дыхательныхъ путей съ внѣшнею атмосферою, то уже давно думали объ отысканіи средства для устраненія этой опасности. Всѣ сдѣланныя по этому поводу предложенія направлены къ тому, чтобы доставить возможность плоду *дышать*. Съ этою цѣлью уже *Pugh* совѣтовалъ при задержаніи послѣдующей головки вводить въ ротъ младенца два пальца руки и отдавливать ими языкъ настолько, чтобы воздухъ могъ проникнуть въ дыхательные пути. *Weidmann Hönig, Blick* и др. совѣтовали вводить въ ротъ младенца трубку (*vectis aëroductor*). Въ миланскомъ родильномъ домѣ подобная трубка, имѣвшая форму рожка, была прежде въ большомъ ходу не только при послѣдующей, но и при родахъ съ предлежащей головкой. Мы считаемъ излишнимъ распространяться здѣсь насчетъ рациональности этихъ попытокъ, такъ какъ нецѣлесообразность ихъ бросается слишкомъ рѣзко въ глаза. Вводить трубку въ ротъ младенца — значитъ усилить дѣлаемые имъ попытки къ дыханію, что можетъ только повредить дѣлу. Кромѣ того, въ случаяхъ сколько нибудь затруднительныхъ едвали возможно будетъ безъ насилія ввести подобную трубку. *Wigand*, по примѣру *Mai*'я, предлагалъ для предотвращенія опасности, угрожающей плоду, вслѣдствіе прижатія пуповины, перевязывать послѣднюю, какъ только плодъ извлеченъ до пупочнаго кольца. *Ritgen* выхваляетъ этотъ способъ. Трудно объяснить, что имѣлось при этомъ собственно въ виду. Во всякомъ случаѣ, однако, это дѣло слишкомъ рискованное и поэтому едвали когда нибудь привьется къ практикѣ.

### С. Ручное извлеченіе младенца за плечики.

Случается, что по рожденіи или извлеченіи головки (при черепныхъ и лицевыхъ предлежаніяхъ), внутренній поворотъ туловища плода и наружный головки не совершаются и вслѣдствіе этого роженіе туловища приостанавливается; понятно, что это замедленіе въ ходѣ родовъ весьма опасно для жизни плода, и если искусство своевременно не подоспѣетъ, то младенецъ рождается или въ состояніи обмиранія (*asphyxia*), или мертвымъ. При подобныхъ обстоятельствахъ, если плечики въ теченіи двухъ-трехъ минутъ не прорѣзываются сами собою, необходимо приступить къ извлеченію младенца, удаливъ предварительно причину замедленія. Такъ при ослабѣвшихъ потугахъ производимъ треніе живота или накапываніе эфира на животъ; умѣстно также выжиманіе плода по *Kristeller*'у. При значительной несоразмѣрности плода съ полостью таза ручное извлеченіе плода обыкновенно бываетъ безуспѣшно и младенецъ умираетъ; въ этомъ послѣднемъ случаѣ нужно уменьшить объемъ верхней части туловища способомъ, соответствующимъ данному случаю: при



грудной или брюшной водянкѣ — прободеніемъ грудной клѣтки, при увеличенномъ объемѣ плода вслѣдствіе сильнаго развитія его, а также при обыкновенной величинѣ плода, но суженномъ выходѣ таза — операціями уменьшающими объемъ плода.

При извлеченіи за плечики нужно прежде всего стараться сдѣлать внутренній поворотъ плечиковъ младенца и затѣмъ уже производить извлеченіе. Для исполненія этого вводимъ во влагалище два пальца (указательный и средній) каждой руки до плечиковъ и, смотря по тому, какое было положеніе плода, напримѣръ, при первыхъ положеніяхъ (какъ лицевыхъ, такъ и черепныхъ) пальцы правой руки прикладываемъ сзади лѣваго плечеваго сустава младенца, а пальцы лѣвой руки — спереди праваго; проводя пальцы на переднюю поверхность плода, загибаемъ ихъ крючкообразно и обхватываемъ ими плечевой суставъ; совмѣстнымъ дѣйствіемъ обѣихъ рукъ подводимъ правое плечо плода къ лонному сочлененію, а лѣвое — къ крестцовой виадинѣ, — словомъ, этимъ приемомъ стараемся сдѣлать искусственно внутренній поворотъ плечиковъ и наружный головки, и затѣмъ извлекаемъ туловище младенца наружу. При вторыхъ положеніяхъ пальцы рукъ размѣщаются въ обратномъ отношеніи. При извлеченіи за плечики не слѣдуетъ загнутыя крючкомъ пальцы помѣщать въ подмышковую впадину; въ противномъ случаѣ при извлеченіи, вслѣдствіе сильнаго давленія производимаго верхушками пальцевъ на плечевой суставъ и на *plexus brachialis*, можетъ произойти или растяженіе его, или паретическое состояніе соотвѣтствующей ручки. Нелишнимъ считаю замѣтить, что никогда не должно *потягивать* рождающійся плодъ за головку, покуда, въ особенности при суженіи таза, плечики не установятся въ прямомъ размѣрѣ выхода, главнымъ образомъ потому, что наружный поворотъ головки, какъ извѣстно, совершается только благодаря внутреннему повороту плечиковъ; не выждавъ этого момента родовъ, легко можно, не повернувъ плечиковъ, произвести вывихъ шейныхъ позвонковъ или растяженіе позвоночнаго столба. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ сзади лежащая ручка прилежитъ къ боковой поверхности шеи плода, вслѣдствіе чего локтемъ ея, во время прорѣзыванія верхней части туловища, можетъ быть повреждена промежность или большая губа, позволительно выпрямить ручку, потягивая ее, внѣ потуги, со стороны личика, за кисть по направленію вверхъ и впереди, къ верхнему плечу плода. Эта манипуляція особенно полезна у перворождающихъ.

Что касается извлеченія послѣдующаго туловища живаго младенца помощью тупыхъ крючковъ, введенныхъ въ подкрыльцовыя впадины, то я совершенно отвергаю этотъ способъ извлеченія, по причинѣ затрудненій и опасности какъ для плода, такъ и для матери.

### **Выжиманіе плода по Kristeller'y (Expressio fœtus. Der Kristellersche Handgriff).**

Въ заключеніе сказаннаго о ручномъ извлеченіи плода необходимымъ считаю нѣсколько подробнѣе коснуться способа выведенія его изъ

матки во время родовъ, предложеннаго *Kristeller*'омъ и названнаго имъ *expressio foetus*.

Уже давно и притомъ не разъ раздавались голоса въ пользу приложенія толкательной силы (*vis a tergo*) съ цѣлью ускоренія родовъ. Такъ, въ сочиненіяхъ *Jacob'a Rueff'a*, *Rodericus a Castro* (1594 г.) и *Johann van Hoorn'a* встрѣчаются совѣты ускорять роды наружными приемами, въ основѣ которыхъ лежала *vis a tergo*. Гораздо позже и сравнительно недавно *Ritgen* предлагалъ ускорить изгнаніе плода помощью давленія на дно матки. За нимъ *Credé* въ собраніи нѣмецкихъ натуралистовъ въ Кёнигсбергѣ въ 1860 г. заявилъ о возможности пользоваться тою же силою для удаленія послѣда. О томъ же предметѣ писали *Ploss*, *Abegg*, *Schröder* и др. Что же касается до приложенія толкательной силы, какъ вспомогательнаго средства при извлеченіи послѣдующей головки, то оно уже было извѣстно *Celsus'u*, *Ambr. Paré*, *Pugh'u* (1753), *Wigand'u* (1800) и до настоящаго времени совершенно справедливо пользуется правомъ гражданства къ наукѣ. *Заслуга Kristeller'a состоитъ въ томъ, что онъ собралъ все разсыпавшія мнѣнія по этому предмету, приложилъ ихъ къ дѣлу въ обширныхъ размѣрахъ, обобщилъ и возвелъ на степень научнаго метода.*

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

*Abegg*. Zur Geb. u. Gyn. Berlin 1868, p. 32. *Bidder*. Z. f. Geb. u. Gyn. Bd. II, p. 267 и Bd. III, p. 241. Биддеръ. Разборъ способа выжиманія плода при черепныхъ положеніяхъ по *Kristeller'u*. Отчетъ Спб. Родовсп. Заведенія за 1873—1876 гг. Приложение 3-е. Спб. 1880 г. *Breisky*. Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte 1875, № 5. *Kristeller*. Berl. klin. Wochenschr. 1867, № 6, также *Monatsschr. f. Gebkd.* Bd. XXIX, p. 337. *Ploss*, Z. f. M., Ch. u. Geb. 1867, p. 156. *Playfair*. *Lancet*. 1870. Vol. II, p. 465. *Sitzler*. Diss. inaug. Königsber. 1868. *De Vrij*. Over de uitdrijving der Vrucht etc. Utrecht 1870.

Для того, чтобы можно было приступить къ выжиманію плода, необходимо, чтобы онъ находился въ *одномъ изъ продольныхъ положеній*. Весьма благопріятно для успѣшнаго выполненія операціи, если брюшныя и маточныя стѣнки вялы, какъ это бываетъ у многорождавшихъ, при отвислости живота и по рожденіи перваго младенца при двойняхъ; не такъ благопріятно, если стѣнки живота напряжены, какъ это бываетъ у первородящихъ и у женщинъ съ сильнымъ развитіемъ подкожнаго жира.

Собственно выжиманіе плода производится слѣдующимъ образомъ: роженицѣ даютъ положеніе на спинѣ, операторъ становится сбоку и, при помощи своихъ рукъ, методическимъ, такъ сказать, разглаживаніемъ живота отодвигаетъ въ сторону кишки, если онѣ находятся между брюшною стѣнкою и маткою. Въ случаѣ наклоненія матки вправо, влѣво или впередъ исправляютъ положеніе ее такъ, чтобы ось матки совпадала съ осью тазоваго входа. Распростертыя и ничѣмъ несмазанныя кисти рукъ прикладываются къ животу роженицы такимъ образомъ, чтобы большіе пальцы находились на передней поверхности живота, ладони у дна матки или по сторонамъ ея, а остальные пальцы были бы направлены къ тазу. При этомъ *Kristeller* совѣтуетъ возможно глубже продвинуть пальцы къ задней поверхности матки. Расположивъ такимъ образомъ руки, сначала слегка потираютъ матку черезъ брюшныя покровы, затѣмъ мало-по-малу производятъ давленіе постепенно уси-

ваемое, продолжающееся отъ 5-ти до 7-ми секундъ и также постепенно прекращаемое. Въ этомъ наружномъ приѣмѣ видно стремленіе подражать потугѣ. При мало-открытомъ и неподатливомъ зѣвѣ давленіе производится сильнѣе на боковыя поверхности матки, а при болѣе открытомъ (болѣе 5.0) и удоборастяжимомъ—давать сильнѣе на дно ея. Такіе приѣмы (нѣчто въ родѣ искусственныхъ потугъ) повторяютъ отъ 10-ти до 40 разъ. Пауза между ними въ обыкновенныхъ случаяхъ длится отъ  $\frac{1}{2}$  до 3-хъ минутъ, а въ трудныхъ случаяхъ послѣ нѣсколькихъ (10—15) искусственныхъ потугъ, сряду произведенныхъ, дѣлаютъ паузу отъ 10 до 15 минутъ. Если послѣ 20 или 30 такихъ приѣмовъ роды не подвинулись впередъ, то успѣха отъ этого способа ожидать нечего.

Выжиманіе примѣняемо было не только для изгнанія изъ матки зрѣлаго плода, но и для выведенія плода въ половинѣ беременности (*E. Martin*), а равно и заноса (*W. Küneke*),—въ томъ и другомъ случаѣ при произвольно-начавшемся изверженіи содержимаго матки.

Способъ этотъ рекомендуется *Kristeller*'омъ преимущественно какъ средство, усиливающее потужную дѣятельность матки, слѣдовательно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ потуги ослабѣваютъ или прекращаются и вслѣдствіе этого ходъ родовъ замедляется.

Хотя *Kristeller* подробно описалъ свой способъ выжиманія плода еще въ 1867 году, тѣмъ не менѣе до сихъ поръ этотъ способъ, несмотря на то, что въ основѣ его лежитъ вполне вѣрная идея, не только не вошелъ во всеобщее употребленіе, но и едвали приобрѣлъ право гражданства въ акушерской практикѣ. Причина этого заключается, на чтѣ совершенно справедливо указалъ ревностный защитникъ этого способа, проф. Э. Э. *Budders*, во-1-хъ, и главнымъ образомъ въ томъ, что *Kristeller*, преувеличивъ важность своего метода, отвелъ для его примѣненія слишкомъ обширное поле; такъ напр., онъ примѣнялъ выжиманіе плода даже въ періодѣ раскрытія зѣва, чтѣ если и возможно, то развѣ только при совершенно опредѣленныхъ и исключительно благоприятныхъ условіяхъ. Во-2-хъ, въ самомъ способѣ выполненія операціи, по *Kristeller*'у, есть много нераціональнаго. Такъ, *Kristeller* требуетъ, чтобы точки приложенія силъ мѣнялись, для чего совѣтуетъ класть обѣ руки то на дно матки и производить давленіе внизъ, то—по бокамъ матки, и сжимать ее въ поперечникѣ. Такъ какъ *Kristeller* не объясняетъ, почему онъ считаетъ необходимымъ такое перемѣщеніе точекъ приложенія силы, то остается невыясненнымъ, имѣлъ ли онъ своими манипуляціями въ виду вызвать или усилить родовыя боли, или же только усилить дѣйствіе брюшнаго пресса; далѣе непонятно, должно ли давленіе увеличить внутриматочное давленіе или же дѣйствовать по направленію оси плода. Судя по тому, что *Kristeller* примѣнялъ выжиманіе плода до и послѣ излитія водъ, то позволительно предположить, что онъ повидимому желалъ достигнуть и то, и другое.

Изъ всѣхъ примѣнявшихся способъ *Kristeller*'а всего точнѣе опредѣлили фізіологическое значеніе этого способа *Spiegelberg*, *Fritsch*, от-

части *Schroeder* и въ новѣйшее время проф. *Биддеръ*. Поименованные авторы признають, что въ тѣхъ случаяхъ, когда родовыя силы слабы или совершенно отсутствуютъ, давленіемъ, производимымъ черезъ стѣнку матки на плодъ, получается новая сила (*vis a tergo*), присоединяющаяся къ родовымъ силамъ, вслѣдствіе чего послѣднія могутъ быть не только усилены, но и вызваны таковымъ давленіемъ; *суцность же выжиманія плода заключается главнѣмъ образомъ* не въ этихъ побочныхъ явленіяхъ, а *въ прямомъ усиленіи давленія по оси плода*. Въ виду этого, способъ *Kristeller*'а можетъ быть примѣняемъ *только въ періодъ измѣнія плода*, когда мы, надавливая сверху на матку, дѣйствительно въ состояніи споспѣшествовать поступательному движенію его. Съ этою цѣлью нѣтъ нужды, говорить *Биддеръ*, захватывать возможно большую часть матки или мѣнять точки приложенія силы; совершенно достаточно, отыскавъ при черепныхъ положеніяхъ ягодицы, производить давленіе только на нихъ, что вполне исполнимо одною рукою. Основываясь на вышесказанномъ, *Биддеръ*, ограничивъ совершенно основательно районъ примѣненія способа *Kristeller*'а, установилъ болѣе опредѣленные показанія и измѣнилъ способъ производства выжиманія плода.

Онъ совѣтуетъ производить манипуляціи слѣдующимъ образомъ: Акушеръ становится по лѣвую сторону роженицы. Прежде всего необходимо отыскать ягодицы, и если они слишкомъ отклонены въ сторону, то исправить положеніе ихъ, т. е. придать ягодицамъ положеніе наиболѣе выгодное относительно подлежащей головки; затѣмъ акушеръ опредѣляетъ на поверхности ягодицъ мѣсто, отъ котораго давленіе, по направленію позвоночнаго столба, лучше всего передается на головку, что можетъ быть узвано при первыхъ же попыткахъ, контролируя дѣйствіе давленія или зрѣніемъ, если головка напираетъ на промежность, или введеннымъ во влагалище и приложеннымъ къ головкѣ пальцемъ. Опредѣливъ направленіе давленія, акушеръ захватываетъ правою рукою ту часть дна, въ которой находятся ягодицы, и производитъ давленіе въ найденномъ направленіи, причеиъ лѣвая рука остается свободною, чтобы слѣдить за движеніями головки; въ случаѣ же, если зѣвъ матки не вполне раскрытъ и края его мягки и растяжимы, можно, по совѣту *Биддера*, задвигать зѣвъ за головку приложенными къ нему двумя пальцами лѣвой руки. Какъ часто и съ какою силою должно производить давленіе, зависитъ отъ особенностей даннаго случая и отъ получаемаго эффекта.

Согласно съ проф. *Биддеромъ*, обращаю вниманіе на слѣдующее:

Во-1-хъ, иногда случается, что головка вначалѣ какъ бы подвигается впередъ, между тѣмъ какъ при дальнѣйшихъ надавливаніяхъ она остается неподвижною. Неуспѣшность выжиманія въ подобныхъ случаяхъ обусловливается или тѣмъ, что головка стоитъ недостаточно низко и притомъ не повернулась еще затылкомъ впереди, или же какими-либо другими механическими препятствіями, преодолѣть которыя не удастся однимъ давленіемъ. При такихъ условіяхъ необходимо прекратить выжиманіе и прибѣгнуть къ щипцамъ; если же настойчиво продол-

жать давленіе, то легко можетъ произойти ущемленіе дѣтскаго мѣста между рукою оператора и тѣломъ плода <sup>1)</sup>.

Во-2-хъ, существуютъ случаи, въ которыхъ выжиманіе плода само по себѣ дѣйствуетъ успѣшно на поступательное движеніе плода, но тѣмъ не менѣе оказывается недостаточнымъ для прорѣзыванія головки, что обуславливается конфигураціею dna таза. Подобные случаи встрѣчаются при чрезмѣрномъ наклоненіи таза и сильно смѣщенной кзади половой щели, вслѣдствіе чего головка не разгибается своевременно, почему здѣсь вполне примѣнима искусственная экстензія, производимая по способу *Ritgen-Olshausen'a*.

Методическое выжиманіе плода, какъ самостоятельное пособіе, можетъ быть примѣнено съ успѣхомъ при недостаточности изгоняющихъ силъ тогда, когда головка находится въ прямомъ размѣрѣ выхода, а равно и въ тѣхъ случаяхъ, когда головка хотя и находится еще въ полости малаго таза, но объемъ ея настолько малъ, что она можетъ пройти черезъ узкое мѣсто и выходъ таза, не совершая обычнаго механизма родовъ. Во всѣхъ же случаяхъ, въ которыхъ требуется безотлагательно окончить роды, а равно и въ случаяхъ значительной несоразмѣрности между тазомъ и подлежащею головкою выжиманіе плода не должно быть примѣняемо. Сомнѣваюсь также, чтобы этимъ способомъ можно было понизить вставившіяся во входъ таза ягодицы. Благопріятными условіями для выжиманія плода мы считаемъ: вялость брюшныхъ и маточныхъ стѣнокъ, податливость наружныхъ половыхъ частей и нечувствительность роженицы.

Какъ вспомогательное пособіе, способъ *Kristeller'a* можетъ быть съ большою пользою примѣняемъ при инструментальномъ и при ручномъ извлеченіи плода, въ особенности же послѣдующей головки.

Что же касается до вопросовъ, — не можетъ ли этотъ способъ оказывать вреднаго вліянія на брюшину, матку и плодъ, не способствуетъ ли онъ преждевременному отдѣленію плаценты и разрыву плоднаго пузыря, и не предрасполагаетъ ли онъ къ послѣродовымъ заболѣваніямъ, то для рѣшенія этихъ вопросовъ считаю пашъ матеріаль недостаточнымъ. Во всякомъ случаѣ сомнѣваюсь, чтобы отъ цѣлесообразнаго примѣненія этого способа могъ произойти какой либо вредъ, который бы обуславливался исключительно выжиманіемъ плода.

Въ Спб. Родовсп. Заведеніи выжиманіе плода при слабости потугъ, какъ значится въ статьѣ проф. *Биддера*, произведено на 1200 родовъ 81 разъ. Изъ нихъ въ 62 случаяхъ при срочныхъ родахъ, въ 18 при преждевременныхъ родахъ (1 на 8 и 1 на 9 мѣсцѣ) и въ одномъ случаѣ на 6-мъ мѣсцѣ беременности. Въ этомъ числѣ 14 разъ при близнецныхъ родахъ (въ 3-хъ случаяхъ перваго и въ 11 втораго близнеца). Головка предлежала 45 разъ въ I и 28 разъ во II затѣлочномъ положеніи; въ заднихъ видахъ этихъ положеній по 2 раза; во II лобномъ и въ I лицевомъ по одному разу; въ одномъ случаѣ положеніе подлежащей головки не было опредѣлено. Что касается до новорожденныхъ, то 68 родились живыми и 13 мертвыми; изъ этихъ послѣднихъ 3 родились мертвыми, 3—мацерированными, 4—въ асфиксін (не оживлены) и 3 умерли вскорѣ по рожденіи.

<sup>1)</sup> Въ Спб. Родовсп. Заведеніи было два случая рожденія мертваго плода, послѣ такого энергическаго выжиманія.

Въ числѣ умершихъ новорожденныхъ было 7 недоношенныхъ и одинъ съ брюшною водяною вслѣдствіе врожденнаго страданія печени. Въ двухъ случаяхъ смерть новорожденныхъ могла быть приписана выжиманію плода.

Исходъ для матерей былъ слѣдующій: 34 остались совершенно здоровы, 38 заболѣли легко и 7 трудно. Изъ этихъ послѣднихъ умерли *две* (одна—отъ метрофлебита, у которой кромѣ выжиманія плода было еще произведено искусственное отдѣленіе дѣтскаго мѣста; другая умерла отъ *eclampsia parturient. et puerperarum* при родахъ двойнями. Между заболѣвшими преобладалъ периметритъ.

Что касается условій, при которыхъ производилось выжиманіе, то въ 68 случаяхъ головка находилась болѣе или менѣе долго въ выходѣ таза; въ 12 случаяхъ она стояла не совершенно въ прямомъ размѣрѣ; въ 10 случаяхъ головка выведена при совмѣстномъ примѣненіи способа *Ritgen-Olshausen'a*. Въ 6 случаяхъ головка находилась въ нижнемъ отдѣлѣ полости таза и наконецъ въ 7 случаяхъ выжиманіе произведено тотчасъ по излитіи водъ по причинѣ обстоятельствъ, не терпѣвшихъ отлагательства.

Выжиманіе плода производится въ Сиб. Родовсп. Заведеніи по настоящее время; въ теченіи 1877—80 г. оно съ успѣхомъ примѣнено у 73 роженицъ (38 первородящихъ и 35 многорожавшихъ) исключительно при затянувшихся родахъ (см. мед. отчетъ за эти годы).

## ГЛАВА XIII.

Извлечение плода помощью акушерскихъ щипцовъ (*Applicatio forcipis obstetriciæ. Das Anlegen der geburtshülflichen Zange, die Zangen-operation. Application du forceps. Application of the forceps*).

Сущность этой операціи, какъ видно изъ самаго названія ея, состоитъ въ томъ, что, при извѣстныхъ условіяхъ, младенецъ помощью акушерскихъ щипцовъ, извлекается изъ половыхъ частей матери, причемъ главная забота состоитъ въ томъ, чтобы совершить эту операцію безъ вреда какъ для младенца, такъ и для роженицы. Въ большинствѣ случаевъ къ акушерскимъ щипцамъ прибѣгаютъ какъ къ средству по-полняющему, а иногда до извѣстной степени и замѣняющему естественныя изгоняющія силы. Кромѣ того, къ акушерскимъ щипцамъ мы прибѣгаемъ, въ извѣстныхъ случаяхъ, ради исправленія неблагопріятнаго положенія головки.

**Историческія замѣчанія.** Такъ какъ вышеупомянутыя цѣли, при благоразумномъ и цѣлесообразномъ употребленіи акушерскихъ щипцовъ, могутъ быть достигаемы, какъ уже сказано, безъ вредныхъ послѣдствій какъ для плода, такъ и для матери, то эти щипцы назывались прежде *безвредными*, въ противоположность другимъ инструментамъ, имѣвшимъ съ ними нѣкоторое сходство и употреблявшимися въ древности при извлеченіи мертваго плода для размозженія его головки; таковы напр. щипцы *Albucasis'a*, извѣстныя подъ именемъ *almisdach* (большіе щипцы) и *misdach* (малые щипцы); тѣ и другіе были снабжены зубами. Если вспомнимъ сказанное нами въ историческомъ очеркѣ развитія акушерства, а именно, какой смертоносный характеръ имѣло акушерство въ древности по отношенію къ плоду, то легко поймемъ, почему изобрѣтеніе акушерскихъ щипцовъ, по справедливости, *всѣмъ* считается однимъ изъ величайшихъ благодѣяній для человѣчества. Несмотря на множество изысканій, предметомъ которыхъ была исторія акушерскихъ щипцовъ, она до сихъ поръ еще представляетъ много темныхъ и недостаточно разъясненныхъ сторонъ. Нѣкоторыя данныя говорятъ въ пользу того, что акушерскіе щипцы были извѣстны семейству англійскихъ врачей *Chamberlen'овъ*, практиковавшихъ во второй половинѣ XVII столѣтія въ Англии и Ирландіи, а впоследствии въ Голландіи. Они вмѣстѣ съ этимъ выдавали себя за обладателей какого-то ручнаго приема или средства <sup>1)</sup> (*manual operation, way*) быстро и безопасно (для матери и младенца) оканчи-

<sup>1)</sup> The diseases of Women and Child, and in Child-bed etc., written by Mauriceau etc. London, 1683, 8°. Цитир. у *Siebold'a*: *Abbildung, aus dem Gesamtgebiete d. theoretisch-practischen Geburtshülfe*, etc. Berlin 1842, p. 251.



вать трудные роды при предлежащей головкѣ. Тѣмъ не менѣе средство это (предполагаемые щипцы) оставалось семейнымъ секретомъ, который *Chamberlen*'ы пытались продавать только за дорогую цѣну, и то неполнѣ, не цѣликомъ, а по частямъ, — словомъ, они дѣйствовали почти какъ шарлатаны и какъ врачи, не исполнившіе своего долга, — что конечно и возбуждало въ глазахъ современниковъ большое къ нимъ недоувѣріе.

Очень интересное мѣсто о *Hugh Chamberlen*'ы находимъ у *Mauriceau* (*Observations sur la grossesse et l'accouchement de femmes etc. Paris 1693. 4. Observ. 26*). Отсюда мы узнаемъ, что въ 1670 г. *Hugh Chamberlen* пріѣзжалъ въ Парижъ и, въ надеждѣ составить себѣ состояніе, предварительно распустилъ слухъ, что обладаетъ секретомъ оканчивать трудные роды весьма скоро. *Chamberlen* предложилъ королевскому лейбъ-медику купить этотъ секретъ за 10 т. ливровъ. Изъ разсказа *Mauriceau* по этому поводу видно, что онъ 9 августа 1670 года былъ позванъ къ женщинѣ, 38 лѣтъ отъ роду, первородящей и мучившейся родами уже около недѣли. При изслѣдованіи онъ нашелъ родовые пути до такой степени узкими, кости таза столь сдавленными (*serrés*, т. е. сближенными) и копчикъ столь вдающимся внутрь, что не могъ ввести руки. Онъ объявилъ роды въ этомъ случаѣ невозможными, къ кесарскому же сѣченію прибѣгнуть не рѣшался, такъ какъ считалъ его абсолютно смертельнымъ для роженицы. Поэтому *Mauriceau* ограничился тѣмъ, что назначилъ кровопусканіе изъ руки и *inf. sennae*. Въ это время, продолжаетъ онъ, въ Парижъ пріѣхалъ англійскій врачъ, практиковавшій прежде въ Лондонѣ, по имени *Chamberlen*, въ семействѣ котораго акушерское искусство переходило отъ отца къ сыну. Увидѣвши роженицу въ вышеописанномъ состояніи, онъ выразилъ удивленіе, что такой искусный акушеръ, какъ *Mauriceau*, не можетъ окончить этихъ родовъ. Самъ же онъ обѣщалъ въ этомъ случаѣ навѣрно окончить роды не болѣе какъ въ нѣсколько минутъ (*en moins d'un demi quart d'heure*) и немедленно приступилъ къ дѣлу; но вмѣсто нѣсколькихъ минутъ онъ работалъ три часа, прерывая операцію только для того, чтобы перевести дыханіе. Истощивши напрасно свои силы и все свое искусство (*industrie*) и вида, что женщина можетъ умереть у него подъ руками, онъ отказался отъ дальнѣйшихъ попытокъ и долженъ былъ сознаться, что окончаніе родовъ въ этомъ случаѣ невозможно, какъ это раньше и предсказывалось. Несчастная женщина эта прожила еще 24 часа и *Mauriceau* сдѣлалъ на ней кесарское сѣченіе *post mortem*. По словамъ его, матка, вслѣдствіе попытокъ *Chamberlen*'а была разорвана. Послѣ такого неудачнаго дебюта, само собою разумѣется, секретъ *Chamberlen*'а не былъ купленъ и остался семейною тайною. *H. Chamberlen* сознавалъ очень хорошо, что скрывать средство, которое, по его же словамъ, можетъ спасти жизнь тысячамъ существъ, не совсѣмъ нравственно; но онъ оправдывалъ себя тѣмъ, что не можетъ обнародовать этотъ секретъ, такъ какъ онъ принадлежить не ему одному, а цѣлому семейству <sup>1)</sup>. Черезъ 18 лѣтъ послѣ поѣздки своей въ Парижъ, *H. Chamberlen* долженъ былъ эмигрировать изъ Англій, поселился въ Амстердамъ и здѣсь за большія деньги продалъ свой секретъ *Roger*'у *Roonhuysen*'у, который вслѣдствіи перепродалъ его *Corn. Baekelman*'у и *Fr. Ruysch*'у; оба послѣдніе производили формальный торгъ этимъ секретомъ, чему въ особенности способствовало постановленіе медико-фармацевтической коллегіи въ Амстердамѣ, не позволявшее никому заниматься акушерскою практикою, кто не могъ доказать, что обладаетъ этимъ секретомъ. Послѣ обнародованія двумя голландскими врачами (*J. de Visscher* и *Hugo van de Poll*) въ 1733 г. секрета *Chamberlen*'овъ, оказалось, что они были обмануты, имъ нроданъ былъ не весь инструментъ, извѣстный подъ именемъ „рычага *Roonhuysen*'а“, а только одна ложка его. Изъ этого краткаго очерка видно, что *H. Chamberlen*, а равно и его преемники, заявляя словесно и письменно о сказанномъ секретѣ, нигдѣ не упоминали названія щипцовъ. Догадка же, что *Chamberlen*'ы дѣйствовали при трудныхъ родахъ щипцами, получила нѣкоторую опору съ тѣхъ поръ, какъ въ Удгемѣ (въ графствѣ Эссексъ) въ домѣ, гдѣ жили *Chamberlen*'ы съ 1683 по 1715 г., вмѣстѣ со старыми перчатками, письмами *Chamberlen*'а, очками, браслетами, старыми монетами и различными акушерскими инструментами

<sup>1)</sup> Такъ оправдывался *H. Chamberlen* въ предисловіи къ переводу сочиненія *Mauriceau*, изданному имъ въ Лондонѣ, послѣ поѣздки, въ 1672 г.

найлены были (въ 1818 г.) въ потайномъ хранилищѣ акушерскіе щипцы, болѣе или менѣе усовершенствованныя. Подробное описаніе ихъ см. у *Rigby* (Description of the midwifery instruments of D-r Chamberlen found at Woodhame, Mortimar-Hall, near Maldon, Essex, въ *Edidburgh medic. and surgic. Journ.* 1833. Vol. 40, p. 339.).

Совсѣмъ въ иномъ свѣтѣ представляется *Johann Palfyn*, профессоръ анатоміи и хирургіи въ Гентѣ: онъ въ 1723 году гласно заявилъ парижской академіи наукъ о своемъ открытіи акушерскихъ щипцовъ и въ то же время подарилъ нѣсколько экземпляровъ ихъ другимъ врачамъ; это открытіе, возбуждивъ всеобщее вниманіе современниковъ, повело къ дальнѣйшей разработкѣ вопроса и принесло неисчерпаемую пользу человечеству. Принимая въ соображеніе годъ обнародованія *Palfyn*'омъ щипцовъ, ясно видно, что въ то время ему не могли быть извѣстны тайны *Chamberlen*'овъ; поэтому-то *Palfyn*, по всей справедливости, долженъ считаться истиннымъ изобрѣтателемъ акушерскихъ щипцовъ. Щипцы *Palfyn*'а описаны не имъ самимъ, а *J. L. Petit* и *P. de Wind*'омъ подъ именемъ *Tire-tête de Palfyn* и *Manus ferreae Palfynianae*.

Фиг. 196.



Фиг. 197.



Сравнивая теперь щипцы, найденные въ 1818 г. въ домѣ *Chamberlen*'овъ, со щипцами *Palfyn*'а, нельзя не признать, что первые, по отношенію къ послѣднимъ, представляются почти совершенствомъ; такъ, изъ описанія *Rigby* видно, что они состоятъ изъ двухъ перекрещивающихся окончатыхъ ложекъ съ замкомъ (похожимъ на нынѣшній французскій) и снабжены надлежащею головною кривизною. Фиг. 196 представляетъ одинъ изъ экземпляровъ такъ-называемыхъ *Chamberlen*'овскихъ щипцовъ.

Щипцы *Palfyn*'а, фиг. 197, представляютъ двѣ неперекрещивающіяся стальные ложки съ деревянными рукоятками, соединяющимися между собою различнымъ образомъ (пѣлочкой, крючкомъ, кускомъ какой-нибудь ткани и т. п.). Какъ *Chamberlen*'овскіе, такъ и *Palfyn*'овскіе щипцы имѣли только одну головную кривизну.

Понятно, что *Palfyn*'овскіе щипцы требовали значительныхъ улучшеній, чего и старались достигнуть многіе врачи, такъ напр., въ Англии *Giffard* и *Chapman*, во Франціи — *Grégoire* и *Dussé*. Труды ихъ, однако, не были столь плодотворны, какъ труды *Levet*'а и *Smellie*'.

Заслуги *Levret'a* и *Smellie*, по отношенію къ улучшенію щипцовъ, никогда не забудутся. Хотя *Levret* и *Smellie* и не изобрѣли щипцовъ, однако они до такой степени улучшили ихъ, что до сихъ поръ (по прошествіи цѣлаго столѣтія) во Франціи и Англіи употребляются щипцы собственно этихъ двухъ великихъ акушеровъ; кромѣ того, они научно разработали показанія къ употребленію этого инструмента. Великая заслуга *Levret'a* состоитъ въ томъ, что онъ придумалъ тазовую кривизну (1751 г.) и значительно улучшилъ замокъ. *Smellie* также говоритъ о тазовой кривизнѣ, но позже (1754 г.), замокъ *Smellie* остается до сихъ поръ типомъ замковъ большинства англійскихъ щипцовъ. Щипцы *Levret'a* были гораздо больше щипцовъ *Smellie* и это первоначальное различіе между французскими и англійскими щипцами сохранилось до настоящаго времени. *Levret* своимъ инструментомъ дѣйствовалъ смѣлѣе и чаще, чѣмъ *Smellie*. Ученіе о щипцахъ распространилъ въ Германіи не менѣе знаменитый ученикъ *Levret'a*, — *Stein* старшій и представитель страбуртской школы — *Fried.* Представителемъ ученія *Smellie* въ Германіи былъ *Boër*, основатель вѣнской акушерской школы.

Фиг. 198.

Фиг. 199.

Фиг. 200.



Фиг. 198 Экстракторъ *Giffard'a*. Фиг. 199 Щипцы *Chapman'a*. Фиг. 200 Щипцы *Dussé*.

Новый инструментъ вскорѣ возбуждлъ общій энтузіазмъ со стороны всѣхъ, занимавшихся акушерствомъ, и едвали какая-либо другая акушерская операція была предметомъ столь многихъ изслѣдованій, едвали какой-нибудь акушерскій инструментъ подвергался столь многочисленнымъ и разнообразнымъ модификаціямъ, какъ щипцы. Намъ пришлось бы перечислить множество именъ, еслибы мы нашли полезнымъ назвать всѣхъ тѣхъ, которые занимались акушерскими щипцами; мы ограничимся поэтому только перечисленіемъ болѣе извѣстныхъ. Во Франціи, послѣ *Levret'a*, нужно упомянуть о *Deleurye*, *Coutouly*, *Baudelocque'* (разработавшихъ механизмъ дѣйствія щипцовъ), затѣмъ о *Dubois*, *Flamant'* и *m-me Lachapelle*. Въ Англіи много занимались щипцами *Cooper*, *Johnson*, *Leake*, *Hamilton*, *Denman*, *Aitken*, *Osborne*, *Blundell*, *Conquest* и др.

Въ Германіи останутся незабвенными въ этомъ отношеніи имена *Saxtorph'a, Rödever'a, Stark'a, Wisberg'a, Brüninghausen'a, Oslander'a, Mende, Naegele, Busch'a, Kivisch'a* и многихъ другихъ.

Что касается до Россіи, то щипцы введены у насъ въ употребленіе *I. Ф. Эразмусомъ*, бывшимъ профессоромъ сначала въ повивальной школѣ въ Москвѣ, а затѣмъ и въ московскомъ университетѣ. Онъ ихъ наложилъ въ первый разъ въ 1765 году <sup>1)</sup>.

Директоръ Московскаго Родовспомогательнаго Заведенія *Ф. К. Гунсбергеръ*, въ бытность свою профессоромъ акушерства въ Повив. Институтѣ, обязательно сообщилъ намъ весьма интересную рукописную статью, имѣющую предметомъ исторію развитія акушерства въ Россіи, изъ которой мы заимствуемъ слѣдующія извѣстія относительно щипцовъ. *Эразмусъ*, бывший членомъ германской академіи естествоиспытателей подъ именемъ *Акмсона III*, описываетъ въ актахъ означенной академіи (*Acta nova physico-med. academ. Caes. Leopold. Carol., Vol. IV, p. 35*) слѣдующимъ образомъ случай, въ которомъ онъ въ первый разъ прибѣгнувъ къ наложенію щипцовъ, „Anno 1765 m. Jun. 9 accursitus ad parturientem uxorem cubicularii d-ni Comitis G. Comperio sequentia... tertio ad parturientem atque omnia in eodem fere deprehenderem statu, excepto tantum eo, quod pulsus debilior simulque celerior esset, non amplius dubitavi partum applicatione forcipis *Levretianae* ad finem perducere, idque eo magis, cum tam moritus, quam parturienti elapso, vivam vegetamque satis extraxi puellam, illaque a funiculo liberata et placenta manu immissa ab utero liberavi et eduxi“. После *Эразмуса* много содѣйствовали распространенію щипцовъ въ Россіи *Несторъ Максимовичъ Амбодикъ*, бывший проф. акушерства въ С.-Петерб. повив. институтѣ († въ 1812 г.), и *Рихтеръ*, проф. акушерства въ Московскомъ университетѣ и извѣстный историкъ русской медицины. *Амбодикъ* въ своемъ акушерствѣ (*Искусство повиванія или наука о бабьемъ дѣлѣ и проч.* Спб. 1784—1786, 6 ч.) описываетъ щипцы *Fried'a* старшаго (модифик. щипцовъ *Levret'a*) и щипцы меньшихъ размѣровъ, сдѣланные по *Smellie*. *Рихтеръ* употреблялъ щипцы *Siebold'a*. Подобными щипцами (т. е. сдѣланными по *Siebold'u*) съ 30-хъ годовъ были снабжаемы правительствомъ всѣ уѣздные врачи въ Россіи. Экземпляръ такихъ щипцовъ находится въ собраніи хирургическихъ и акушерскихъ инструментовъ, принесенномъ въ даръ нашей Академіи покойнымъ заслуженнымъ проф. *И. В. Буяльскимъ*.

Стремленіе къ различнаго рода модификаціямъ щипцовъ, обнаружившееся вскорѣ послѣ изобрѣтенія этого инструмента и нѣсколько не уменьшившееся въ настоящее время, породило такое множество видоизмѣненій ихъ, что теперь весьма трудно сдѣлать общій обзоръ всѣхъ существующихъ по настоящее время щипцовъ. У многихъ акушеровъ прежняго времени, да и теперь отчасти, считалось непремѣннымъ долгомъ имѣть щипцы своей собственной модификаціи. Вслѣдствіе этого, начиная отъ *Palfyn'a* до 1849 г., насчитываютъ слишкомъ до 130 различныхъ модификацій щипцовъ (*Kilian*). Мы едвали ошибемся, сказавши, что въ настоящее время число ихъ возросло свыше 300. Упомянуть обо всѣхъ модификаціяхъ щипцовъ, придуманныхъ до настоящаго времени, было бы излишне и совершенно бесполезно. Мы скажемъ только о модификаціяхъ, которыя имѣютъ хоть какое-нибудь практическое значеніе.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

*Aveling*. The curves of midwif. forc. — their orig. and uses. Obst. Transact. Lond. 1879, Vol. XX, p. 130. *Boër*. Abhandlungen u. Versuchen. Wien 1793. *Boër*. Natürliche Geburtsh. 1817, Bd. III, p. 75. *Barnes*. Lectures on obstetr. operations etc. 1871, p. 48. *Brüninghausen*. Ueber eine neue von ihm erfundene Geburtszange. Würzburg 1802.

<sup>1)</sup> Объ *Эразмусѣ* см. статью проф. *Я. А. Чистовича*. „Учрежденіе акушерскихъ школъ для повивальныхъ бабокъ въ Россіи“. Протоко. Общ. Русск. врачей. Спб. 1858—59 гг. стр. 277 и 1860—61 гг. стр. 79.

Bandelocque. L'art des accouchements. Paris 1844, édit. VIII, T. II, p. 133. G. Braun. Ueber Tarnier's Forceps. Wien. med. W. 1880, № 24 u. 25. Breus. Die Beckeneingangszangen. Wien 1885. Boddaert. Forceps et levier. Ann. de Schönfeld. 1842. Bailly. Force en obstét. 1865. Chassagny. Méth. des tractions soutenues. 1871. Charpentier. Ann. d. Gyn. 1876. Danz. Brevis forcipium obstetriciarum historia. Giessen 1790. Dieterich. Ueber d. Mechanismus d. geburtshüfl. Zangenoperation. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XXXI, Hft IV, p. 262. Duncan. Against the pendulum movement in working the midwif. forceps. Obst. Journ. Gr. Brit. 1876, Vol III, p. 834. Edis. The forc. in modern midwif. Obst. Trans. Lond. Vol. XIX, p. 69. Flamant. Mémoire pratique s. l. forceps. Strasbourg 1816. Goy. Ueber d. Wirkungsart u. Anwend. d. Geburtszange. Würzburg 1826. Galabin. On the action etc. Obst. Journ. Gr. Brit. Vol. IV, p. 980. Grynfeldt. Emploi du forceps etc. Ann. Gyn. 1874—75. Himmelstiern. Meletemata quædam de forcipe obstetricia. Dorp. Livon. 1838. Напом. Описание его щипцовъ, названныхъ имъ *Retroceps*. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XXXIII, Hft 3, p. 328. Helly. Ueb d. Gebrauch d. Zange b. Gesichtslagen. Ibid. Bd. III, p. 63. Hubert. Du mode d'action du forceps. Arch. Tocol. 1876, p. 168. Hartmann. Bemerk. etc. u. d. Angabe einer. Geburtszange mit einem Druckapparate. St. Petersburg 1870. Hodge. On compres. of the foetal head by the Forceps and Cephalotribe. Amer. J. Obst. 1875, p. 1. Irmer. Nonnulla de forcipe obstetr. etc. Dorp. Liv. 1838. Kymmel. Historia literaria et critica forcipium obstetriciarum ab anno 1794 ad nostra usque tempora. Groningæ 1838 (см. ниже Mulder.). Kristeller. Ueber Mech. d. Zangenoperation. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XIII, p. 346. Kristeller. Dynamometrische Vorricht. an d. Geburtszange. Ibid. Bd. XVII, p. 166. Kucher. Ueber d. Zange am nachfolg. Kopfe. Wien. med. W., 1879, № 32. Kucher. Ueber den Forceps. Tarnier's. Wien. med. Pr. 1879, № 20. Levret. Observat. s. l. causes et l. accid. d. plus accouchem. laborieux. Paris 1747, p. 82. M-me Lachapelle. Pratique des accouchements. Paris 1821. T. I, p. 60 u 399. Lange. Anwend. d. Geburtszange als Lageverbesserungswerkzeug etc. Prag Vierteljahrsschr. 1844, Hft 2. Lasarewitsch. On the Obstetrical Forceps. London 1881. Lahs. D. Achsenzug-Zangen. Stuttgart 1881. Mulder. Historia literaria et critica forcipium et vectium obstetriciorum. Lugd. Batav. 1794 (см. выше Kymmel.). Massalitinoff. Du forceps droit aux branches parallèles. Ann. d. Gynéc. Jan. 1884. Müller. Ueber Anwend. d. Zange b. hochstehendem Kopfe. Corresp.-Blatt f. Schweiz. Aerzte Bd. VI. 1876, № 2. E. Martin. Ueber d. Anwend. d. Zange bei Gesichtslagen. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XVI, p. 9. E. Martin. Ueber d. Anzeig. u. Bedng. d. Extract. d. vorlieg. Kopfes, mit d. Geburtszange. Z. f. G. u. Fr. Bd. I, p. 427. Naegele. Z. Methodologie d. Geburtshülfe. Heidelberg 1847, pp. 33—56. Osiander. Handb. d. Entbindungskunst. Erlangen 1830. Parrot et Troisier. Note s. l'anatomie pathol. d. l. paralysie faciale des nouveau nés etc. Arch. Tocol. 1876. T. III, p. 449. Pouillet. Sericeps. Ibid. 1875. Pajot. Ann. d. Gyn. 1875. Pajot. Travaux d'obstetr. et d. gynécolog. Paris 1882. pp. 226 u. 244. Ritgen. Ueber d. Chamberlen'sche und Roonhuysen'sche Geheimnisse. Monatsschr. f. Gebkd. 1858, Bd. VIII, p. 73. Rokitansky jun. Ueber d. Gebrauch d. Forceps am nachfolg. Kopfe. Wien. med. Pr. 1874. Ruge. Zur Application d. Zange an d. nachfolg. Kopf. Z. f. Geb. u. Fr. 1876, p. 517. Rigby. Description of the midwif. instrum. of Dr. Chamberlen. Edinb. M. and S. Journ. 40 Vol. 1833, p. 339. Smellie. Treatise on the Theory etc. Lond. 3 edit. 1756, Vol I, p. 248. Stein. G. Programma de præstantia forcipis ad servandam foetus in partu difficili vitam. Cassel 1771. Stein G. Program. de mechanismo et præst. forcipis Levretianae. Cassel 1767. Schweig. häuser. Practische Anweisung z. Entbindung mit d. Zange. Leipzig 1799. Schmitt. Ueber d. Werth d. Zange. Lucina 1802, Bd. V. v. Siebold. D. Geschichte d. Erfindung d. Zange. Abbild. aus d. Gesamtgebiete d. Geburtshülfe. 1835. 2-te Aufl. Spöndly. D. unschädliche Kopfzange etc. Zürich 1862. Smith. The pendul. or oscill. movem. of the obst. forceps. Amer. J. of obst. Vol. XI, 1878, p. 800. Stephenson. On the rotatory action of the forceps. Obstetr. Journ. of Gr. Brit. Vol. VIII. 1880, p. 684. Stephenson. On rotatory action in using the forceps. Obst. Trans. Lond. Vol. XXII, 1881, p. 217. Stoltz. Les nouv. forc. du doct. Tarnier. Arch. d. Tocol. 1877. Simpson. On axis-tract. forc. Edinb. 1880. Sänger. Ueber Zangen mit Zugapp. u. axengemässe Zangen-extract.

Arch. f. Gyn. Bd. XVII. 1881, p. 382. Tarnier. Un nouveau forc. Gaz. d. hôp. 1877. Thenance. Nouveau forceps non croisé etc. Lyon 1781. Wigand. Abhandl. von einig. Regeln b. d. Anwend. d. Geburtszange, см. ere Beiträge. Hamburg 1800. Hft. 2, p. 27. Wigand. Ueber d. Folgen d. zu voreiligen Zangenanwendung. Hamburg. Magaz. f. Geb. 1808, p. 120. Walter. Ueber d. Anwendung d. Zange bei zuletzt kommendem Kopfe. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. III, p. 81.

**Общее понятіе объ акушерскихъ щипцахъ <sup>1)</sup>.** Акушерскіе щипцы, ф. 201, состоятъ изъ двухъ вѣтвей, изъ коихъ одна снабжена

Фиг. 201



шпешкомъ (*m*) съ пластинкою (одна часть замка) и называется *мужскою* или *лѣвою*, — лѣвою потому, что держится всегда лѣвою рукою оператора и вводится въ лѣвую половину таза роженицы; другая вѣтвь съ выемкою (*w*) для шпешка и ложбинкою (*b*) для сочлененія съ другою вѣтвью (другая часть замка) называется *женскою* или *правою* — правою потому, что держится всегда правою рукою оператора и вводится въ правую половину таза. Каждая вѣтвь (*caq*) раздѣляется на верхнюю часть или *ложку* (*ag*), среднюю или *замокъ* (*mw*) и нижнюю или *рукоятку* (*mc*) и (*wc*). Каждая ложка имѣетъ одно овальное отверстіе (*d*) *окошко*. Въ двуокончатыхъ щипцахъ *Kilian'a*, каждая ложка имѣетъ по два окошка. Окошко каждой ложки окаймлено *ребрами* (*mg* и *ng*), которыя кверху закругляются и, соединяясь между собою, составляютъ *верхушку ложки* (*g*). Рукоятки съ отростками обложены твердымъ деревомъ. Ложки вводятся въ тазовой каналъ роженицы и обыкновенно слу-

жать для захватыванія головки; посредствомъ замка обѣ вѣтви соединяются между собою; рукоятки же удерживаются руками оператора и служатъ точками приложенія влекущей силы.

Щипцы *Schöller'a* и *Hohl'a* не имѣютъ окошекъ. То же самое должно сказать и о старинныхъ щипцахъ *Palfyn'a*, *Heister'a*, *Burton'a*, *Wind'a* и др. Окошки уменьшаютъ массивность и вѣсъ инструмента и, кромѣ того, препятствуютъ соскальзыванію щипцовъ. Каждая ложка искривлена по плоскости, отчего наружная поверхность ея представляется выпуклою, внутренняя же вогнутою. Въ замкнутомъ инструментѣ вогнутостями ложекъ образуется пространство, въ которомъ помѣщается головка плода, — почему эта кривизна щипцовъ и называется *головною*.

<sup>1)</sup> Описаніе относится къ щипцамъ *Busch'a*, которые я преимущественно употреблялъ въ практикѣ. Врачамъ, не могущимъ имѣть щипцовъ *Simpson'a* и *Busch'a*, совѣтую запастись послѣдними.



Кромѣ того, каждая ложка искривлена по краю реберъ, такъ что верхнее изъ нихъ вогнуто, а нижнее выпукло. Кривизна эта соотвѣтствуетъ проводной линіи таза и называется *тазовою*.

*Качества хорошихъ акушерскихъ щипцовъ.* 1) Щипцы изготовляются изъ хорошей, нехрупкой стали и не должны быть массивны. Ложки щипцовъ должны быть гладки, хорошо полированы и никелированы, не покрыты ни лакомъ, ни кожей, и имѣть надлежащую длину, головную и тазовую кривизны; ребра ложекъ должны быть тщательно закруглены. Ложки въ замкѣ пересѣкаются подъ угломъ въ  $39^\circ$ . Наибольшая ширина ложекъ вблизи вершукъ— $1\frac{1}{2}''$ , толщина  $2'''$ .

Особенно важное значеніе имѣютъ головная и тазовая кривизны. Первая изъ нихъ измѣряется линіею, проведенною перпендикулярно (относительно длинника щипцовъ) между соотвѣтственными и наиболѣе отдаленными точками головной кривизны каждой ложки; эта линія должна равняться  $2\frac{3}{4}''$ — $3''$  (*Boër*). Если линія эта будетъ короче, то щипцы будутъ сильно сжимать головку; если же она будетъ длиннѣе, то щипцы вслѣдствіе неплотнаго прилеганія ложекъ къ головкѣ, будутъ соскальзывать. Что касается до *тазовой* кривизны щипцовъ, то ее принято измѣрять перпендикуляромъ, опущеннымъ отъ вершукки одной изъ ложекъ къ плоскости, на которой положены щипцы. Линія эта не должна превышать  $3''$ — $3\frac{1}{4}''$ . Вообще должно замѣтить, что тазовая кривизна бываетъ тѣмъ больше, чѣмъ длиннѣе щипцы, и наоборотъ. Что касается до разстоянія между вершукками ложекъ, то оно должно быть не болѣе  $4$ — $5'''$ .

2) Замокъ щипцовъ долженъ быть такъ устроенъ, чтобы щипцы могли легко и удобно замыкаться и размыкаться.

3) Рукоятки не должны быть слишкомъ длинны; всего удобнѣе дѣйствовать щипцами, рукоятки которыхъ снабжены вблизи замка отростками въ видѣ крючковъ. Въ настоящее время предпочитаютъ сплошныя металлическія рукоятки, необложенныя деревомъ или твердымъ каучукомъ.

Что касается длины щипцовъ, то она весьма различна и колеблется между 25 (*Leniceps Mattei*) и 41 см. (большіе щипцы *Busch'a*). Приблизительно размѣры щипцовъ должны быть слѣдующіе. Длина ложекъ должна равняться 21,5—23,0; длина рукоятокъ—отъ 17,5 до 19,0, слѣдовательно вся длина щипцовъ должна быть 39—42 см. Щипцами подобной длины можно обойтись во всѣхъ случаяхъ, и поэтому приведенные размѣры мы считаемъ почти нормальными. Относительно величины щипцовъ существуютъ двѣ крайности: французскіе слишкомъ длинны, англійскіе слишкомъ коротки. Нѣкоторые изъ англійскихъ щипцовъ до такой степени коротки и такъ тонки, что представляютъ ненадежный инструментъ. Существенная невыгода слишкомъ короткихъ щипцовъ состоитъ въ томъ, что при высокомъ стояніи головки замыканіе инструмента приходится производить въ рукавъ, что во многихъ отношеніяхъ неудобно. Всѣ щипцовъ не долженъ превышать  $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$  ф. (500—600 grm.).

Мы уже упомянули выше о томъ, что въ настоящее время существуетъ громадное число различнымъ образомъ видоизмѣненныхъ акушерскихъ щипцовъ. Несмотря однако на все это разнообразіе, на основаніи нѣкоторыхъ характеристическихъ особенностей, ихъ можно под-



вести подь три категоріи или системы: *англійскую*, *французскую* и *нѣмецкую*; изъ нихъ мы предпочитаемъ щипцы двухъ послѣднихъ системъ.

1. Англійскіе щипцы отличаются своими малыми размѣрами и очень простымъ устройствомъ замка. Онъ состоитъ изъ углубленій, сдѣланныхъ на каждой ложкѣ (на границѣ ложки съ рукояткою) и расположенныхъ такъ, что при перекрещиваніи вѣтвей въ этомъ мѣстѣ вѣтви щипцовъ какъ бы входятъ одна въ другую. Такъ устроены были первые щипцы *Smellie* (фиг. 202) и такимъ замкомъ остался въ англійскихъ щипцахъ и до настоящаго времени.

Какъ на оригинальный экземпляръ не можемъ не указать на щипцы *Leake's* отличающіеся отъ обыкновенныхъ тѣмъ, что они состоятъ изъ *трехъ* ложекъ: двѣ вводились въ поперечномъ размѣрѣ таза, а третья—между лоннымъ сочлененіемъ и головкою. Кромѣ изобрѣтателя едвали кто пользовался этимъ инструментомъ.

Щипцы *Davis'a* представляютъ тоже не мало оригинальнаго: верхняя половина одной изъ ложекъ, посредствомъ особаго механизма, изгибается внутри подь известнымъ угломъ. Цѣль этой модификаціи состояла въ томъ, чтобы при лицевыхъ положеніяхъ избѣгнуть прижатія частей лица. Цѣль эта однако не достигнута и щипцы нынѣ не потребляются.

Фиг. 202.



Фиг. 203.



Изъ новѣйшихъ англійскихъ щипцовъ заслуживаютъ вниманія щипцы *Simpson'a*, фиг. 203, употребляемые въ *эдинбургской школѣ*. Они сдѣланы по образцу англійскихъ щипцовъ вообще, но имѣютъ ту особенность, что они длиннѣе другихъ англійскихъ (длина ихъ около 37.0) и замыкаются удобно, но неплотно, т. е. въ замкнутомъ инструментѣ вѣтви имѣютъ подвижность. Авторъ щипцовъ имѣлъ въ виду этимъ облегчить замыканіе инструмента при трудномъ наложеніи его. Изъ всѣхъ англій-

скихъ щипцовъ, щипцы *Simpson'a* самые лучшіе; я исключительно употребляю ихъ при невысокомъ стояніи головки.

Щипцы *Greenhalgh'a* отличаются чрезвычайно малыми размѣрами и необыкновенною изящностью. Нѣтъ сомнѣнія, что въ легкихъ случаяхъ ими можно оперировать, но сомнительно, чтобы ими одними можно было обойтись въ случаяхъ сколько-нибудь затруднительныхъ.

*Van-Huevel* въ Брюсселѣ, представитель бельгійской школы, употребляетъ англійскіе щипцы, немного измѣненные.

2) Французскіе щипцы отличаются отъ англійскихъ, во-первыхъ, своею значительною длиною, во-вторыхъ—замкомъ, помѣняющимся почти на срединѣ каждой вѣтви и до сихъ поръ сохраняющимъ характеръ замка *Levret'a*; въ третьихъ — рукоятками, которыхъ: *a*) внутреннія поверхности на всемъ своемъ протяженіи не соприкасаются, *b*) наружныя не обложены деревомъ, а шероховаты; *c*) рукоятки оканчиваются крючками, загнутыми наружу, фиг. 204. Одинъ изъ этихъ крючковъ, принадлежащій женской вѣтви, можетъ быть превращенъ въ острый (3) крючекъ послѣ отвинчиванія находящейся на его верхушкѣ оливки (1); по отвинчиваніи другого крючка (1), принадлежащаго мужской вѣтви, остается остріе (2) или прободникъ. Такимъ образомъ, этотъ инструментъ можетъ быть употребляемъ какъ щипцы, тупой и острый крючки и, наконецъ въ крайности, какъ прободникъ.

Фиг. 204.

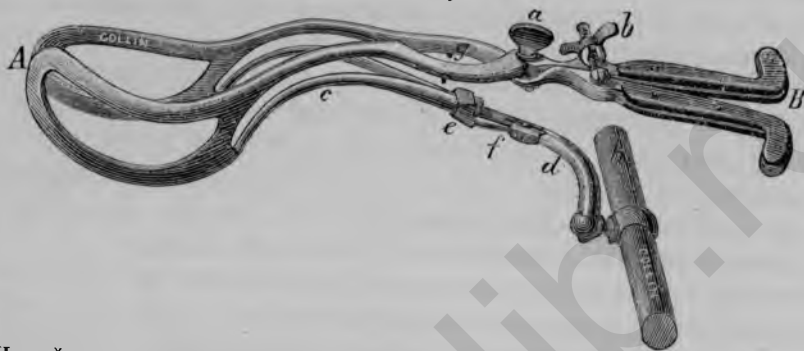


Въ современныхъ французскихъ щипцахъ замокъ состоитъ: во-первыхъ, изъ шпенька (на мужской вѣтви), оканчивающагося сплюснутою оливкою и болѣе или мѣнѣе глубоко ввинчивающагося въ ложку; во-вторыхъ, изъ выемки (на женской вѣтви). Замыканіе щипцовъ производится такимъ образомъ, что выемка надвигается на шпенецъ и послѣдній завинчивается. Устройство замка всего лучше видно на фиг. 209.

Щипцы *Tarnier*, фиг. 205, французскаго типа, съ двойной тазовой кривизной, снабжены особыми металлическими тяжами (*c* и *d*), за которые во время операціи и производится влеченіе посредствомъ валика *h*; эти тяжи соединены шарниромъ съ нижнимъ ребромъ ложекъ; по снятіи передней части тяжей (*dh*) каждый изъ нихъ можетъ быть задвинуть за шпеньки (*gg*). На рукояткахъ щипцовъ, ниже замка (*a*), находится еще особое откидывающееся въ сторону приспособленіе (*b*) для урегулированія сжатія захваченной щипцами головки. Передъ наложеніемъ этихъ щипцовъ сначала разъединяются тяжи (*cd*), что достигается отодвиганіемъ внизъ задвижки (*f*), послѣ чего концы тяжей *c* выступаютъ изъ сочлененія *e*; для того, чтобы они не мѣшали введенію ложекъ, ихъ закрываютъ за шпеньки *gg*. Послѣ того размыкаютъ щипцы, ослабляя замокъ *a*; затѣмъ, развинтивъ и откинувъ въ сторону регулирующий аппаратъ *b*, вводятъ ложки по обычнымъ правиламъ. На-

ложивши и замкнувши щипцы, закрывают замок *a* и регулирующий аппарат *b*, и сдвинувши тяжи со шпешковъ, надѣваютъ на концы ихъ рукоятку *dh*, которая наглухо закрѣпляется задвижкой *f*. Тракціи производятся не за рукоятки *B*, а за валикъ *h*; рукоятками же пользуются лишь какъ указателемъ, такъ какъ онѣ (по идеѣ изобрѣтателя этихъ щипцовъ), отклоняясь то вверхъ, то внизъ, тѣмъ самымъ должны указывать, въ какомъ направленіи слѣдуетъ производить тракціи.

Фиг. 205.



Послѣдняя модификація щипцовъ *Tarnier* отличается отъ только что описанныхъ щипцовъ его изобрѣтенія тѣмъ, что въ нихъ нѣтъ перинеальной кривизны. Словомъ, послѣдніе щипцы *Tarnier* (изъ 30 различныхъ имъ самимъ изобрѣтенныхъ и модифицированныхъ) суть ничто иное, какъ такъ называемые „классическіе“ французскіе щипцы *Levet'a*, немного измѣненные *Dubois* и *Pajot*, съ прибавленіемъ тяжа. Послѣ жаркой полемики *Tarnier* съ *Pajot*, отвергающимъ идею *Tarnier*, щипцы послѣдняго, по словамъ *Charpentier* начали примѣняться во Франціи въ тѣхъ случаяхъ, когда головка находится въ полости таза или когда значительная часть ея выдѣрилась во входъ его, причемъ *Charpentier* придаетъ большое значеніе „указателю“ и полагаетъ, будто бы при щипцахъ *Tarnier* требуется меньше силы, но онъ отвергаетъ ихъ пользу въ тѣхъ случаяхъ, когда головка находится надъ входомъ и къ тому же подвижна; вмѣстѣ съ тѣмъ онъ не совѣтуетъ молодому поколѣнію увлекаться мнѣніемъ, будто щипцы *Tarnier* нужно предпочесть классическимъ. Англичане и американцы (*Morgan*. Brit. med. Journ. 1878. *Simpson* l. cit. *Lusk*. Amer. Journ. of Obst. 1880) много работали надъ улучшеніемъ щипцовъ *Tarnier*, идея котораго нашла себѣ приверженцевъ въ Германіи въ лицѣ *Saenger'a* (Arch. f. Gynaek. Bd. XVII, Hft. 3), придѣлавшаго тяжъ изъ ремня къ щипцамъ *Busch'a*, и въ Вѣнѣ въ лицѣ *Breus'a* (Die Beckeneingangszangen. Wien 1885), придѣлавшаго тяжъ къ щипцамъ *Simpson'a*.

Во всѣхъ нынѣ существующихъ французскихъ щипцахъ съ пере-  
рецивающимися ложками видны основныя начала устройства щипцовъ *Levet'a*. Фиг. 206 представляетъ щипцы *Levet'a* послѣдняго устройства. Замокъ *Levet'a* первоначальнаго устройства <sup>1)</sup> (*axe ambulant*) былъ

<sup>1)</sup> Модификаціи *Levet'овскихъ* щипцовъ изображены въ *Armamentarium Lucinae novum* etc. v. Dr. H. Fr. Kibian Bonn 1856, Tab. XVI.

снабженъ тремя пуговчатыми шпеньками (на мужской вѣтви), расположенными по длинѣ, на разстояніи нѣсколькихъ линій одинъ отъ другого, и тремя соответствующими отверстиями съ задвижкой (на женской вѣтви). Женская вѣтвь накладывалась на мужскую такъ, чтобы шпеньки входили въ сказанныя отверстия; окончательно замокъ запирался задвижкой. Впослѣдствіи *Levret* измѣнилъ свой замокъ, оставивши только одинъ шпенецъ и одно отверстие съ задвижкой. Наконецъ третье окончательное и главное усовершенствованіе, сохранившееся съ незначительнымъ измѣненіемъ до настоящаго времени, состояло въ томъ, что шпенецъ вращался около своей оси (*axe tournant*); свободный конецъ его имѣлъ видъ сплюснутой оливки. При замыканіи щипцовъ шпенецъ долженъ былъ пройти черезъ щель женской вѣтви и потомъ для окончательнаго замыканія поворачивался на  $\frac{1}{4}$  оборота пальцами или особеннымъ ключемъ.

Фиг. 206.

Фиг. 207.

Фиг. 208.

Фиг. 209.



Щипцы *Vaudelocque'a*, измѣненные *A. Dubois*, употребляются въ настоящее время большинствомъ французскихъ акушеровъ; только на югѣ Франціи въ ходу щипцы, известные подъ именемъ *forceps lyonnais*, описанные *Thenance'омъ* (1801 г.). Они замѣчательны тѣмъ, что ложки ихъ не перекрещиваются и замокъ помѣщается на концѣ рукоятокъ.

Французскіе акушеры по необходимости занимались и занимаются до сихъ поръ усовершенствованіемъ своихъ щипцовъ, потому что щипцы ихъ уступаютъ въ совершенствѣ англійскимъ, а тѣмъ болѣе нѣмецкимъ, какъ это увидимъ ниже. Излишняя длина инструмента заставила *A. Dubois*, а въ очень недавнее время и проф. *Pajot*, — видоизмѣнить щипцы, съ цѣлью сдѣлать ихъ болѣе портативными. По идеѣ *A. Dubois*, Char-

*rière*’омъ устроены щипцы (изображенные на фиг. 207 и 208), въ которыхъ рукоятки, смотря по надобности, снимаются, укорачиваются (фиг. 207) и удлиняются (фиг. 208). На томъ же рисункѣ видно, что рукоятки въ щипцахъ *A. Dubois* обложены деревомъ, такъ какъ онъ не довольствовался общепринятымъ устройствомъ французскихъ рукоятокъ. Видоизмѣненные по идеѣ *Pajot* щипцы устроены *Charrière*’омъ и *Mathieu*: первые известны подъ именемъ *forceps démontant à ressort* (фиг. 209), а вторые подъ именемъ *forceps brisé*. Модификація эта заключается въ томъ, что каждая вѣтвь состоитъ изъ двухъ частей, которыя въ случаѣ надобности, помощью особеннаго механизма, легко сочленяются. При щипцахъ *Charrière*’а имѣется три пары ложекъ различной величины, длины и съ различною головною и тазовою кривизною; каждая пара ложекъ, по мѣрѣ надобности, надѣвается на рукоятки. Подобныя видоизмѣненія не устраняютъ, по моему мнѣнію, неудобствъ французскихъ щипцовъ при ихъ употребленіи, ибо длина ихъ остается та же, замокъ не всегда легко запирается и держать за рукоятку неудобно.

Разсматривая позднѣйшія модификаціи французскихъ щипцовъ, можно видѣть, что авторы ихъ расходятся въ мнѣніяхъ касательно назначенія этого инструмента; такъ, одни изъ нихъ, видоизмѣняя щипцы, имѣли въ виду избѣжать всякаго насилія при ихъ употребленіи и преимущественно излишняго сжатія головки; другіе, напротивъ того, старались устроить щипцы такъ, чтобы можно было употребить значительную силу какъ для сжиманія головки, такъ и при извлеченіи ея. Къ первой категоріи относятся а) щипцы *M. U. Trélat* (фиг. 210); по устройству они сходны со щипцами *Thenance*’а, но вѣтви ихъ коротки, весьма тонки и гибки; вообще весь инструментъ весьма нѣженъ; б) щипцы *Petit* и *Lauverjat* съ регуляторомъ (*forceps à cremallière*), помѣщеннымъ между рукоятками съ цѣлю умѣрять сжатіе головки; в) *leniceps Mattei* (*leniter sapiens*, фиг. 212); ложки этого послѣдняго инструмента нѣжно обхватываютъ головку, но зато они трудно вводятся въ полость таза и легко соскальзываютъ; поэтому этотъ инструментъ не имѣетъ выгоды, приписываемыхъ ему изобрѣтателемъ. На фиг. 211 представлень *leniceps*, наложенный на головку. Основная идея щипцовъ, устроенныхъ на только что упомянутыхъ началахъ, безусловно рациональна, но, къ сожалѣнію, выполненіе этой идеи далеко неудачно.

Ко второй категоріи относятся: а) щипцы *Baumers*’а (*de Lyon*); они устроены съ такою кривизною, что ихъ можно накладывать въ прямыхъ размѣрахъ таза; авторъ ихъ имѣлъ въ виду при суженіяхъ таза сжимать щипцами головку въ размѣрахъ, соответствующихъ размѣрамъ суженнаго мѣста таза. б) Въ началѣ 60-хъ годовъ *Chassagny* (*de Lyon*) и профессоръ парижскаго факультета *Joulin* устроили свои щипцы такъ, что влеченія (тракціи) и сжатіе головки производится не непосредственно руками оператора, а особымъ аппаратомъ (*une machine à traction continue*), названнымъ *Joulin*’омъ—*aide-forceps*; кромѣ того, инструментъ *Joulin*’а снабженъ динамометромъ для измѣренія силы при дѣйствіи щипцами. Подробное описаніе этого инструмента и способа его употребленія находится у *Joulin*’а въ его *Traité complet d'accouchemens etc. Paris 1867, p. 1055*. Касательно оцѣнки этого инструмента я настолько согласенъ съ мнѣніемъ *Bailly* (*Thèse de concours 1866*),—который положительно отвергаетъ пользу этой модификаціи, — что, имѣя инструментъ подъ руками, не рѣшаюсь испытать его. Нелишнимъ считаю здѣсь замѣтить, что сама идея примѣненія большой силы при дѣйствіи акушерскими щипцами не соответствуетъ прямому назначенію инструмента.

Со щипцами *Hatin*’а, которые нѣкоторыми французскими акушерами считаются за лучшіе, мы познакомимся при описаніи щипцовъ съ шилою (*forceps-scie*) *Van-Nucet*’а.

3) Нѣмецкіе щипцы. Система, по которой устроены нѣмецкіе щипцы, представляетъ собою удачное сочетаніе англійской и французской системъ, почему нѣмецкіе щипцы можно назвать *смѣшанными*. Изъ множества относящихся къ этой категоріи щипцовъ мы разсмотримъ только главнѣйшіе.

Въ основаніи устройства нѣмецкихъ щипцовъ лежатъ улучшенія, сдѣланныя *Levet*’омъ и *Smellie* и пополненныя *Voër*’омъ и впоследствии

*Brünnighausen*'омъ. *Boër*, долго жившій въ Парижѣ и Лондонѣ, подмѣтилъ недостатки щипцовъ *Levret*'а и *Smellie* и укоротилъ *Levret*'овскіе щипцы, оставивъ тазовую кривизну ихъ почти неизмѣнною; замокъ же и рукоятки онъ заимствовалъ у *Smellie*. *Brünnighausen* усовершенствовалъ устройство замка, который весьма удобно, легко и скоро замыкается. Онъ называется *нѣмецкимъ* въ отличіе отъ англійскаго и французскаго, изъ которыхъ онъ модифицированъ. Замокъ этотъ состоитъ изъ неподвижнаго *штифта* съ *пуговкою* (на лѣвой вѣтви щипцовъ) и *выемки* (на правой вѣтви), вмѣщающей въ себя, при заираніи инструмента, упомянутый штифтъ (фиг. 213 — щипцы *Brünnighausen*'а). Впослѣдствіи *Busch* въ этомъ замкѣ замѣнилъ пуговку пластинкою и замокъ этотъ, по моему мнѣнію, есть самый лучший (см. выше, фиг. 201).

Въ теченіи 12-ти лѣтъ, я въ моей практикѣ употреблялъ малые щипцы *Busch*'а. Хотя они и имѣютъ всѣ условія хорошихъ щипцовъ, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при высокомъ стояніи головки, непримѣнимы, и потому нужно имѣть двое щипцовъ: большіе и малые; затѣмъ я долгое время испытывалъ щипцы пражской школы, по съ замкомъ *Busch*'а, ради опредѣленія, можно ли обойтись одними щипцами, причемъ я убѣдился, что они удобопримѣнимы какъ при высокомъ, такъ и при низкомъ стояніи головки, почему считаю достаточнымъ имѣть въ акушерскомъ наборѣ одни эти щипцы.

Фиг. 210.



Фиг. 211.



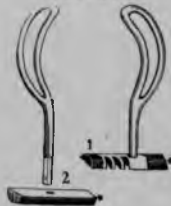
Фиг. 213.



Фиг. 214.



Фиг. 212.



*Большіе щипцы Busch*'а (фиг. 214) имѣютъ въ длину около 14—15'', въсу не болѣе 1 ф. 20 лот.; длина ложекъ =  $8\frac{1}{2}''$ , верхушки ложекъ

отстоять другъ отъ друга на 5—6<sup>'''</sup>; головная кривизна=2<sup>3</sup>/<sub>4</sub><sup>''</sup>; тазовая кривизна больше, чѣмъ въ какихъ-либо другихъ щипцахъ. Въ закрытомъ инструментѣ ложки надъ замкомъ расходятся подъ угломъ 39°; замокъ *Brünnighausen*'а, измѣненный *Busch*'емъ. Въ верхней части каждой рукоятки, около <sup>3</sup>/<sub>4</sub><sup>''</sup> ниже замка, находятся деревянные крючки или отростки. Крючки эти полезны въ томъ отношеніи, что при помощи ихъ щипцы удобнѣе замыкаются, ибо имѣется точка опоры для руки оператора, и особенно полезны при перемѣщеніи ложекъ и при исправленіи косвенныхъ положеній головки щипцами. Рукоятки металлическія; наружная поверхность ихъ обложена твердымъ деревомъ; нижній свободный конецъ каждой половинки рукоятки округленъ и снабженъ выемкою для болѣе удобнаго удерживанія инструмента.

*Малые щипцы Busch*'а, назначенные для легкихъ случаевъ, имѣютъ то же самое устройство, что и большіе, но вѣсъ и всѣ размѣры ихъ меньше: длина ихъ не превышаетъ 13<sup>''</sup>, а вѣсъ—одного фунта.

*Щипцы пражской школы*, извѣстные у насъ подъ именемъ щипцовъ *Kiwisch*'а и употреблявшіеся профес. *Seiffert*'омъ <sup>1)</sup> какъ „*Schulzange*“, вѣсятъ 1 ф. 5 лот. австрійскаго вѣса. Длина окончатыхъ ложекъ=9<sup>''</sup>, а рукоятокъ=6<sup>''</sup>. Поперечникъ между головными кривизнами въ сложенномъ инструментѣ, въ самомъ обширномъ мѣстѣ=2<sup>3</sup>/<sub>4</sub><sup>''</sup>. Разстояніе верхушекъ ложекъ 4<sup>'''</sup> и не болѣе 5<sup>'''</sup>. Тазовая кривизна=3<sup>1</sup>/<sub>4</sub>—3<sup>1</sup>/<sub>8</sub><sup>''</sup>. Замокъ устроенъ подобно тому, какъ у щипцовъ *Smellie*. Рукоятки снабжены деревянною оправою съ крючками и каждая оканчивается выемкою. Находя, что этотъ инструментъ имѣетъ всѣ качества хорошихъ щипцовъ, исключая замка, который въ щипцахъ *Busch*'а устроенъ лучше, я предпочитаю щипцы пражской школы съ такимъ замкомъ, какъ въ щипцахъ *Busch*'а, потому что ими можно дѣйствовать успѣшно какъ въ легкихъ, такъ и въ трудныхъ случаяхъ.

*Щипцы Naegele* (фиг. 215) составляютъ видоизмѣненіе щипцовъ *Brünnighausen*'а; они рекомендовались *Scanzoni* и въ сущности немногимъ отличаются отъ щипцовъ пражской школы. Они имѣютъ замокъ *Brünnighausen*'а въ такомъ видѣ, въ какомъ онъ былъ первоначально имъ устроенъ.

*Щипцы Kilian*'а (фиг. 216) и *Hüter*'а представляютъ видоизмѣненія щипцовъ *Voër*'а и принадлежать къ очень хорошимъ; первые изъ нихъ употребляются нынѣ *В. Н. Этлингеромъ*.

Щипцы *El. v. Siebold*'а снабжены замкомъ *Levret*'а и деревянными рукоятками, загнутыми на свободномъ концѣ кнаружи въ видѣ китайскаго сапога, для доставленія рукѣ оператора твердой точки опоры, фиг. 217.

Щипцы *Hohl*'я отличаются своею оригинальностью. Длина ихъ=15<sup>''</sup> (ложекъ и шейки 8<sup>3</sup>/<sub>4</sub><sup>''</sup>, рукоятокъ 6<sup>1</sup>/<sub>4</sub><sup>''</sup>); вѣсъ равенъ 1 ф. 10 лот. Рукоятки обложены деревомъ и закруглены. На концѣ рукоятки находится поперечная перекладина, длиною въ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub><sup>''</sup>, верхняя поверхность которой выдолблена; замокъ щипцовъ *Smellie*. Ложки не *перекрещи-*

<sup>1)</sup> Весьма подробное и отчетливое описаніе этихъ щипцовъ сдѣлано докторъ *Генрици*. См. Протоколы Общества Русскихъ Врачей въ Спб., засѣданіе 16-го марта 1862 г.



ваются, но на разстояніи  $\frac{1}{2}$ " отъ замка, будучи удалены одна отъ другой на 1", образуютъ шейку. Окошки ложекъ съ наружной стороны закрыты мѣдною пластинкою, вслѣдствіе чего на внутренней поверхности ихъ образуется углубленіе, окруженное закругленными ребрами.

*Двуокончатые щипцы Kilian'a*, фиг. 218. Самое названіе показываетъ уже отличіе ихъ отъ обыкновенныхъ щипцовъ. Пониже замка въ нихъ находятся металлическія пластинки на шарнирѣ, назначенныя только для замыканія щипцовъ.

Фиг. 215.

Фиг. 216.

Фиг. 217.

Фиг. 218.



Я считаю нужнымъ замѣтить, что я хотѣлъ провѣрить всѣ щипцы, имѣющіеся въ академическомъ акушерскомъ кабинетѣ, съ описаніями ихъ въ различныхъ руководствахъ къ акушерству, и нашелъ, что надлежащіе размѣры и всѣ имѣютъ только щипцы, купленные у тѣхъ мастеровъ, которымъ заказывали ихъ сами изобрѣтатели. Наши петербургскіе и заграничныя фабриканты дѣлаютъ щипцы, не соблюдая въ точности этихъ условій. Я долженъ прибавить также, что мною въ клиникѣ были испытаны многіе щипцы лучшаго устройства, какъ-то: *Busch'a*, *празжской школы*, *Kilian'a*, *Scanzoni*, *Van-Huevel'a*, *Simpson'a* и долженъ сказать, что каждымъ изъ нихъ можно хорошо совершить операцію. Привычка къ извѣстному инструменту въ сущности не столь важна, какъ многіе это думаютъ; однакоже слѣдуетъ замѣтить, что французы придерживаются своихъ щипцовъ единственно только по привычкѣ.

4) У насъ въ Россіи всего болѣе распространены нѣмецкіе щипцы; нѣкоторые же акушеры употребляютъ щипцы *Simpson'a*. Профессоръ акушерства московскаго университета *В. М. фонъ-Рихтеръ* имѣлъ щипцы своего устройства, фиг. 219. Ложки ихъ имѣютъ правильную головную и тазовую кривизны; внутренняя поверхность головной кривизны снабжена на самыхъ краяхъ реберъ каемкою (подобно тому,

какъ это было первоначально сдѣлано въ щипцахъ *Smellie*), съ тою цѣлью, чтобы ложки плотнѣе прилегали къ головкѣ; замокъ *Levret*'а съ ключемъ и почти посрединѣ щипцовъ; рукоятки внутренними своими поверхностями не соприкасаются (какъ и во французскихъ щипцахъ); онѣ обложены деревомъ и оканчиваются наподобіе рукоятокъ въ щипцахъ *Siebold*'а.

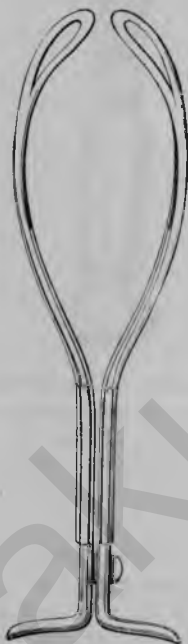
Фиг. 219.



Профессоръ Харьковскаго университета *И. П. Лазаревичъ* предложилъ щипцы, описаніе которыхъ, лично мнѣ сообщенное почтеннымъ авторомъ, передаю буквально:

Щипцы, фиг. 220, безъ перекрещиванія обѣихъ половинокъ. Смыканіе происходитъ такимъ образомъ, что шпенецъ, находящійся на внутренней

Фиг. 220.



сторонѣ рукоятки правой половины щипцовъ, входитъ въ соответственное отверстіе рукоятки лѣвой ихъ половины. Отверстіе имѣетъ видъ продольной щели, суживающейся воронкообразно по направленію къ наружной сторонѣ рукоятки. Верхушка шпеняка закруглена и оттого она легко вступаетъ въ отверстіе другой половины щипцовъ. Всѣ щипцовъ 96 золотн., длина 26 сантиметровъ; наибольшее разстояніе ложекъ 7 см.; разстояніе концовъ ложекъ 2 см.; тазовая кривизна 6.5 см., рукоятка каждой половины щипцовъ на концѣ изогнута подъ прямымъ угломъ. Съ внутренней стороны рукоятка плоска, а съ наружной выпукла съ желобоватыми продольными бороздами; шейка щипцовъ округлена (часть вѣтвей, находящихся между рукоятками и ложками щипцовъ), наибольшая ширина ложки 4 см.; ширина рамокъ окопечныхъ отверстій 6 мм.; внутренняя поверхность рамки плоска, а наружная выпукла.

По словамъ изобрѣтателя, преимущества этихъ щипцовъ слѣдующія:

1) Вводится ли прежде правая или лѣвая ложка щипцовъ, во всякомъ случаѣ смыканіе обѣихъ ихъ половинокъ происходитъ одинаково удобно.

2) При введеніи второй ложки остается довольно свободнаго пространства въ рукавѣ, потому что первая ложка можетъ быть приложена къ его стѣнкѣ. При перекрещивающихся щипцахъ первая ложка, занимая наискось рукавъ, затрудняетъ введеніе второй.

3) При смыканіи щипцовъ никогда не можетъ быть ущемленія во-

лось или складки слизистой оболочки половой щели, потому что замок расположенъ близко къ концу рукоятки.

4) Во время притяженій головка удерживается ложками щипцовъ только дѣйствиемъ на нихъ частей матери. При захватываніи рукоятки вовсе устраняется насильственное излишнее сближеніе ложекъ руками. Это важно для предохраненія головки отъ поврежденій.

5) Замокъ смыкается настолько свободно, что параллелизмъ ложекъ можетъ быть нарушенъ до значительной степени и этимъ допускается достаточная приспособляемость ихъ къ родамъ головки.

6) Щипцы могутъ быть употребляемы съ удобствомъ и при высокомъ и при низкомъ стояніи головки, при различныхъ ея положеніяхъ.

Щипцы эти я отношу къ одной категоріи со щипцами *Assalini* и *Thenance'a*.

5) Аэротракторъ *Simpson'a*. Въ 1849 году профессоръ *Simpson*, въ Единбургѣ, предложилъ взамѣнъ акушерскихъ щипцовъ изобрѣтенный имъ *aerotractor* (*air-tractor*). Инструментъ этотъ состоитъ изъ небольшого насоса, ко всасывающему концу котораго приделана воронкообразная каучуковая чашечка. Въ измѣненномъ впоследствии *Simpson'овскомъ* аэротракторѣ чашечка эта складная, т. е. она складывается въ видѣ зонтика. Посрединѣ дна чашечки прикрѣплена тонкая проволочная рѣшетка, обтянутая очень тонкой сѣткой изъ вулканизированнаго каучука. Чашка вводится въ рукавъ къ лежащей головкѣ, потомъ движеніемъ поршня разрѣжаютъ воздухъ въ чашечкѣ, и такимъ образомъ покровы головки втягиваются въ нее. Аэротракторъ, какъ показали опыты *Ed. Siebold'a* <sup>1)</sup> и мои собственные, никогда не можетъ замѣнить акушерскихъ щипцовъ по слѣдующимъ важнымъ причинамъ: а) введеніе во влагалище чашечки этого инструмента очень затруднительно и болѣзненно для роженицы; б) аэротракторъ дѣйствуетъ на покровы головки младенца какъ вантузъ и производитъ кровяную опухоль на ней (*Cephalhaematoma*); в) хотя помощью его головка, находящаяся въ выходѣ таза, можетъ быть извлечена, но имъ нельзя исправить положенія ея, что очень важно.

Несмотря на такія невыгоды, аэротракторъ можетъ быть испытанъ съ пользою въ нѣкоторыхъ случаяхъ: 1) когда плодъ мертвый и лежащая часть его (головка или ягодицы) находятся очень низко, т. е. у входа таза; 2) на живомъ плодѣ я бы рѣшился испытать аэротракторъ, еслибы мнѣ вторично представился случай подобный тому, который мнѣ пришлось наблюдать въ началѣ моей практики: дѣло въ томъ, что головка была въ прорѣзѣ, причемъ вывали ручьи; сердцебиеніе плода совершенно явственное столбнякъ матки; наложить щипцы было невозможно. Въ такомъ положеніи роженица оставалась около десяти часовъ и дѣло окончилось прободеніемъ головки, по прекращеніи сердцебиенія плода. У матери образовался кишечно-вагинальный свищъ (*Fistula recto-vaginalis*). Въ только-что приведенномъ случаѣ не было возможности спасти младенца, потому что наложеніе щипцовъ, вслѣдствіе выпаденія ручекъ, было абсолютно невозможно. Здѣсь-то, я думаю, аэротракторъ былъ бы совершенно умѣстенъ.

<sup>1)</sup> *Ed. Siebold* увѣряетъ, что идею о замѣнѣ щипцовъ инструментомъ, подобнымъ аэротрактору, высказалъ поль-вѣка тому назадъ *J. Tr. Sacmann*. Объ аэротракторѣ см. *J. Simpson*, Two notices of the obstetric Air-tractor. Edinb. 1849; *Siebold*, Monatschr. f. Geburtsk. 1855, Bd. VI, p. 401; *Hohl*. Neue Zeitschr. f. Geburtsk., Bd. 27, p. 305 и его же Lehrb. d. Geburtsk., 2 Aufl., Leipz. 1862, p. 806. Весьма хорошее понятіе о различныхъ модификаціяхъ щипцовъ, начиная съ *Palfyn'a* до послѣдняго времени, можно составить себѣ по сочиненію *D. Davis'a*: The Principles and Practice of obstetric Medicine. London 1836, vol. II, далѣе по акушерскому атласу *Kilian'a*: Armamentarium Lucinae novum, Bonn 1856, Tab. XIII — XXXII и каталогу выставки акушерскихъ инструментовъ, бывшей въ Лондонѣ въ 1867 году.

**Назначение и дѣйствіе акушерскихъ щипцовъ.** Въ настоящее время щипцы накладываются исключительно на головку <sup>1)</sup>).

Назначеніе акушерскихъ щипцовъ заключается въ томъ, чтобы *провести ими чрезъ тазовой каналъ* захваченную въ извѣстныхъ діаметрахъ головку младенца или же только *исправить ея положеніе*. Какъ то, такъ и другое совершается при посредствѣ силы, дѣйствующей на рукоятки и передающейся всему инструменту. Исправить положеніе головки или вывести ее изъ дѣтородныхъ частей, или же достигнуть того и другого вмѣстѣ можно, дѣйствуя извѣстнымъ образомъ помощью щипцовъ на младенческую головку и стараясь при этомъ насколько возможно подражать механизму правильныхъ родовъ. Для того, чтобы исправить положеніе головки или извлечь ее, необходимо, чтобы ложки щипцовъ плотно и неподвижно прилегали къ ней, причемъ неизбѣжно до извѣстной степени сжатіе головки.

При выведеніи головки производимъ, во 1-хъ, влеченіе (тракцію) ея впередъ по направленію проводной линіи таза; здѣсь, слѣдовательно, прилагается *влекущая* сила, и во 2-хъ, исправленіе положенія головки, которое достигается поворачиваніемъ инструмента въ ту или другую сторону около продольной оси его; здѣсь слѣдовательно примѣняется *вращательная* сила. Итакъ, механическое дѣйствіе щипцовъ распадается на: а) *влеченіе*, б) *вращеніе* и с) *сжатіе* головки, какъ неизбѣжное явленіе. Разногласіе существуетъ насчетъ того, какой изъ этихъ актовъ, первые ли два или послѣдній, играетъ болѣе важную роль. *Stein* (старшій), а за нимъ *Saxtorph*, *Röderer*, *Stark* и въ недавнее время *Chasagny* и *Joulin* утверждаютъ, что *сжатіе головки* составляетъ одно изъ существенныхъ условій дѣйствія щипцовъ. Но уже *Baudelocque*, *Briininghausen*, *Wigand*, *Busch*, *Carus* и большинство современныхъ намъ акушеровъ доказали отчасти прямыми опытами, отчасти же клиническими наблюденіями, что *влеченіе* и *поворачиваніе* головки имѣетъ преобладающее значеніе при дѣйствіи щипцами и что *сжатіе головки* должно оставаться въ возможно тѣснѣйшихъ предѣлахъ. *Сжатіе головки* при извлеченіи ея щипцами несомнѣнно имѣетъ мѣсто, но его должно считать неизбѣжнымъ зломъ, а *ничуть не необходимымъ условіемъ при дѣйствіи щипцами*; поэтому-то всѣ щипцы, которыми можно легко произвести чрезмѣрное сжатіе головки, мы считаемъ несоотвѣтствующими цѣли. Въ этомъ отношеніи нельзя не согласиться со *Schröder*'омъ <sup>2)</sup>, что идеаломъ разбираемаго нами инструмента можно было бы считать только тѣ щипцы, которые въ состояніи были бы извлекать головку, нисколько не сдавливая ея.

Вопросы о томъ, до какой степени можетъ быть сжимаема щипцами головка живаго младенца безъ вреднаго вліянія и насколько она отъ этого можетъ уменьшиться, можно сказать, остаются еще нерѣшенными. *Stein* старшій и его послѣдователи пришли къ ложному заключенію, полагая, что при низведеніи въ полость малаго

<sup>1)</sup> Накладывать акушерскіе головные щипцы на ягодицы живаго или мертваго плода невозможно, именно потому, что щипцы обыкновенно соскальзываютъ.

<sup>2)</sup> Lehrb. der Geburtsh. Bonn 1884, p. 284.

таза высокостоящей головки, сближеніе рукояток зависигь единственно отъ уменьшенія головки вслѣдствіе сжатія ея щипцами, а не отъ измѣненія положенія головки (какъ это обыкновенно бываетъ на самомъ дѣлѣ), вслѣдствіе самаго механизма прохожденія головки чрезъ тазовой каналъ. Изслѣдованія *Vaudelocque*'а показали, что головка отъ сжиманія ея щипцами можетъ быть уменьшена въ одномъ направленіи на 11 мм. Экспериментальныя изслѣдованія *Joulin*'а (на фантомѣ и трунахъ новорожденныхъ) показали, что головка непрерывнымъ сжиманіемъ (помощью его *aide-forgers*) можетъ быть безъ перелома черепныхъ костей уменьшена въ одномъ направленіи на 15 мм.

О такъ называемомъ *динамическомъ дѣйствіи щипцовъ* толковали прежде очень много, по крайней мѣрѣ гораздо болѣе, чѣмъ въ настоящее время. Не подлежитъ сомнѣнію, что щипцы, прикасаясь ко внутренней поверхности рукава на значительномъ пространствѣ, а также отчасти къ нижнему отрѣзку матки, и раздражая эти части, какъ инородное тѣло, до известной степени *усиливаютъ потужную дѣятельность*. Но дѣйствіе это весьма непостоянно и невѣрно, такъ что оно можетъ быть разсматриваемо какъ случайное и побочное.

*Kilian*, убѣдившійся, подобно другимъ, что помянутое динамическое дѣйствіе щипцовъ весьма невѣрно и кромѣ того нерѣдко даже неблагоприятно въ томъ отношеніи, что производитъ чрезмѣрно усиленную и неравномѣрно распределенную потужную дѣятельность, старался придумать какое-нибудь средство для регулированія динамическаго вліанія щипцовъ. Съ этою цѣлью онъ устроилъ себѣ щипцы съ *гальванизированными ложками*. Онъ не могъ однако придти ни къ какому положительному выводу относительно пользы этого послѣдняго инструмента по малочисленности наблюденій, какъ самъ онъ говорить. (См. его *Geburtslehre etc. Francf. a. M. 1850, Aug. 2, T. II, p. 204*). *P. Dubois* совершенно справедливо думаетъ, что щипцы, кромѣ механическаго дѣйствія на головку младенца, еще растягиваютъ, расширяютъ дѣтородныя части, лежація передъ головкою, что особенно замѣтно у первородящихъ.

**Условія для наложенія щипцовъ.** Для того, чтобы можно было приступить къ наложенію щипцовъ, требуются слѣдующія условія:

1) *Маточный зѣвъ* долженъ быть *совершенно раскрытъ*. При неполномъ же раскрытіи, края зѣва должны быть мягки и удобопротяжимы, а самъ зѣвъ настолько раскрытъ, чтобы чрезъ него можно было провести безъ всякаго насилія ложки щипцовъ.

2) *Воды должны пройти* и головка должна быть обнажена отъ оболочекъ плоднаго яйца. Если щипцы наложены будутъ на головку, покрытую оболочками, то при извлеченіи ея можетъ произойти (въ случаѣ плотности оболочекъ) преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста со всѣми его опасными послѣдствіями.

3) *Размѣры таза* не должны слишкомъ значительно отступать отъ нормальнаго, т. е. *тазъ не долженъ быть слишкомъ узокъ*. За крайній предѣлъ, при которомъ позволительно приступать къ наложенію щипцовъ, принято считать 3'' (8.0); однако и это правило не безъ исключенія, ибо не всегда можно опредѣлить способность головки конфигурироваться соотвѣтственно степени и характеру суженія таза.

4) *Размѣры головки* должны *приближаться къ размѣрамъ головки доношеннаго плода*, ибо при наложеніи щипцовъ какъ на чрезмѣрно большую головку, напр. пораженную водянкою (*hydrocephalus*), такъ и на головку мацерированнаго или незрѣлаго плода, нерѣдко случалось соскальзываніе щипцовъ со всѣми вредными его послѣдствіями. Соскальзы-

ваніе обусловливается здѣсь тѣмъ, что головная кривизна щипцовъ имѣеть опредѣленную величину, которой въ упомянутыхъ случаяхъ не соотвѣтствуетъ объемъ головки.

Кромѣ того необходимо, чтобы отношеніе объема головки къ емкости таза было таково, чтобы головка могла пройти черезъ тазъ.

5) *Головка должна стоять неподвижно въ полости или въ выходѣ таза и притомъ такъ, чтобы стрѣловидный шовъ ея (прямой діаметръ) соотвѣтствовалъ одному изъ косыхъ размѣровъ таза или приближался къ прямому размѣру выхода. Наиболее благоприятное для наложенія щипцовъ то положеніе головки, которое позволяетъ захватить ее въ поперечныхъ размѣрахъ, слѣдовательно когда стрѣловидный шовъ соотвѣтствуетъ прямому размѣру выхода (zangenrecht нѣмецкихъ акушеровъ).* Если иногда и дѣлаются отступленія отъ этого кореннаго правила, то это имѣеть мѣсто лишь въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ случаяхъ, о которыхъ упомянуто будетъ ниже.

Наложеніе щипцовъ на головку, стоящую подвижно надъ входомъ, какъ это совѣтовали многіе, сопряжено, по моему мнѣнію, съ большою опасностью не только для плода, но и для матери, причемъ извлеченіе плода большою частью не удается. Такъ какъ щипцы могутъ захватить лишь весьма малый сегментъ высоко стоящей головки, то при первыхъ же тракціяхъ они соскальзываютъ, чаще по направленію внизъ (вертикальное соскальзываніе), рѣже кпереди (горизонтальное соскальзываніе), что не обходится безъ поврежденія родовыхъ путей матери. Первый видъ соскальзыванія несравненно опаснѣе втораго. Если же сильнымъ сдавливаніемъ рукоятокъ и избѣгаютъ иногда соскальзыванія, то сжатіе головки весьма пагубно отзывается на плодѣ.

Поэтому не можемъ не высказаться *противъ наложенія щипцовъ* на подвижно стоящую надъ входомъ головку, и именно въ *полъзу поворота* на ножку или ножки, о чемъ было уже сказано въ предъидущей главѣ. Положимъ, что въ такомъ случаѣ, вслѣдствіе кровотечения или выпаденія пуповины и т. п. обстоятельствъ, необходимо по возможности скорѣе окончить роды; здѣсь совершенно умѣстенъ будетъ именно поворотъ, а не извлеченіе щипцами, не только потому, что поворотъ безопаснѣе, но и потому, что помощью его мы несравненно вѣрнѣе и скорѣе окончимъ роды, нежели помощью щипцовъ.

Нигдѣ различіе между французской и англійскою школами не бросается такъ рѣзко въ глаза, какъ въ этомъ случаѣ. Французы, дѣйствуя своими длинными щипцами съ очень большою тазовою кривизною, накладываютъ ихъ на головку, еще не установившуюся во входѣ таза. *Solayrès de Renhac, Coutouly, Baudelocque, Lachapelle* и др. не задумывались прибѣгать къ подобному наложенію щипцовъ. Англичане, за весьма небольшими исключеніями, никогда не рѣшаются на подобный приемъ и строго придерживаются одного изъ главныхъ началъ своей школы — накладывать щипцы всегда на головку, стоящую въ полости таза или даже у выхода его (выходные щипцы). *Ramsbotham* утверждалъ даже, что щипцы должно накладывать всегда только въ такомъ случаѣ, *если можно ошутать ухо младенца*. Если нѣкоторые нѣмецкіе акушеры, какъ напр. *Osiander* и *Fischer*, рѣшались слѣдовать въ этомъ случаѣ ученію французской школы, то они дѣлали это съ весьма значительными ограниченіями и то только въ крайнихъ случаяхъ.

**Приготовленія къ наложенію щипцовъ.** Операция эта производится въ большинствѣ случаевъ на поперечной кровати. Роженица помѣщается въ лежачемъ на спинѣ положеніи, а помощники размѣщаются, какъ при всѣхъ большихъ акушерскихъ операцияхъ. Мочевой пузырь и прямая кишка предварительно опорожняются.

Предпочитая при производствѣ этой операции поперечную кровать, я нисколько не отвергаю возможности оперировать на полуоперечной или даже на обыкновенной, продольной кровати. Вообще можно принять за правило, что если предвидится трудное наложеніе щипцовъ, то должно прибѣгнуть къ поперечной кровати, при легкомъ же наложеніи щипцовъ, т. е. когда головка стоитъ у выхода, можно довольствоваться обыкновенною продольною кроватью, но при этомъ считаю необходимымъ положить что либо твердое подъ тазъ роженицы. Что касается до положенія роженицы, то я предпочитаю оперировать при положеніи ея на спинѣ. Англійскіе и нѣкоторые нѣмецкіе акушеры совѣтуютъ боковое положеніе, особенно въ трудныхъ случаяхъ. Для производства операции въ этомъ положеніи требуется однако значительный навыкъ; оно нѣкоторые особенно рекомендуется тамъ, гдѣ, вслѣдствіе извѣстныхъ обстоятельствъ, желаютъ вывести головку какъ можно медленнѣе, во избѣжаніе разрыва промежности напр. у первородящихъ не первой молодости.

Если роженица помѣщается на поперечной кровати, то врачъ производитъ операцию стоя или сидя между бедрами оперируемой. Если же щипцы накладываются на обыкновенной (продольной) кровати, то ложки вводятъ стоя съ боку роженицы, тракции же производятъ стоя на колѣняхъ на кровати. Если операция производится на боку, то операторъ становится или садится сзади роженицы.

Въ настоящее время едвали кто, безъ особенныхъ уважительныхъ причинъ, откажется отъ *употребленія хлороформа* при извлеченіи младенца щипцами. Всего лучше хлороформировать роженицу прежде, чѣмъ она будетъ помѣщена на поперечную кровать.

**Необходимые инструменты.** 1) *Акушерскіе щипцы.* Они кладутся въ сосудъ съ теплымъ растворомъ сулемы или карболовой кислоты; сосудъ покрывается чистою пленкою и помѣщается гдѣ либо по близости; 2) пуговчатый бистурей или *ножницы Richter'a* для надрѣзовъ (въ случаѣ надобности) промежности. Кромѣ того необходимо имѣть карболозованный вазелинъ и все то, что требуется для оживленія младенца.

Операция извлеченія младенца щипцами состоитъ изъ 4-хъ моментовъ: 1) введенія и размѣщенія ложекъ, 2) замыканія щипцовъ, 3) собственно извлеченія головки и 4) снятія щипцовъ.

Наложеніе щипцовъ бываетъ прямое и косое; оно называется *прямымъ*, если поперечные размѣры головной кривизны щипцовъ совпадаютъ съ поперечными размѣрами таза; *косымъ* — если сказанные размѣры щипцовъ совпадаютъ съ однимъ изъ косыхъ размѣровъ таза. Непозволительно накладывать щипцы такъ, чтобы поперечные размѣры головной кривизны ихъ совпадали съ прямыми размѣрами таза.

Разсмотримъ прежде: а) *прямое* наложеніе щипцовъ, потомъ б) *косое* и наконецъ перейдемъ къ изложенію с) *затрудненій*, встрѣчающихся иногда при наложеніи щипцовъ.



#### А. ПРЯМОЕ НАЛОЖЕНІЕ ЩИПЦОВЪ.

Оно имѣеть мѣсто при переднихъ видахъ затылочныхъ и лицевыхъ положеній и во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ положеніе головки или лица опредѣлено быть не можетъ, но головка находится въ полости таза.

*1-й моментъ. Введеніе ложки.* Обыкновенно сперва вводится лѣвая ложка, потомъ правая. Это дѣлается потому, что при этомъ удобнѣе совершается замыканіе щипцовъ. Ложки щипцовъ вводятся внѣ потугъ. Если во время введенія ложки наступаетъ потуга, то дальнѣйшее введеніе ея приостанавливается до окончанія потуги. Ложки проводятся въ полость таза по руководству пальцевъ.

Прежде, чѣмъ рука будетъ введена во влагалище, необходимо во 1-хъ просиринцевать рукавъ дезинфицирующимъ растворомъ и во 2-хъ смазать тыльную поверхность руки карболизированнымъ вазелиномъ. Если головка находится у выхода таза, то ограничиваемся введеніемъ двухъ пальцевъ (указательнаго и средняго); если же головка стоитъ въ полости таза довольно высоко, то необходимо ввести четыре пальца (т. е. полъ-руки), оставляя большой палецъ внѣ дѣтородныхъ частей. Введенные пальцы прикладываются къ той части головки младенца, на которую должны лечь ложки щипцовъ, причемъ тщательно наблюдаемъ, чтобы между пальцами введенной руки и головкою не было пуповины или складки слизистой оболочки влагалища и чтобы верхушки пальцевъ помѣщались между внутреннею поверхностью маточнаго зѣва и головкою. При несоблюденіи этого послѣдняго правила могутъ послѣдовать болѣе или менѣе тяжелыя поврежденія свода влагалища и нижняго отрѣзка матки даже съ нарушеніемъ цѣлости тканей ихъ. Такъ, при несовершеннo раскрытомъ зѣвѣ, верхушка ложки можетъ попасть въ складку свода и при малѣйшемъ насиліи этотъ послѣдній можетъ быть продырявленъ; точно также при лоскутахъ влагалищной части, — будутъ ли они слѣдствіемъ многократныхъ родовъ, гипертрофій одной изъ губъ или отрыва передней губы, происшедшаго во время родовъ (вслѣдствіе ущемленія), — если такой лоскутъ попадетъ между ложкою щипцовъ и головкою, то онъ можетъ быть оторванъ. Словомъ, надлежащее размѣщеніе пальцевъ рукъ на головкѣ я считаю главною основою правильнаго наложенія щипцовъ.

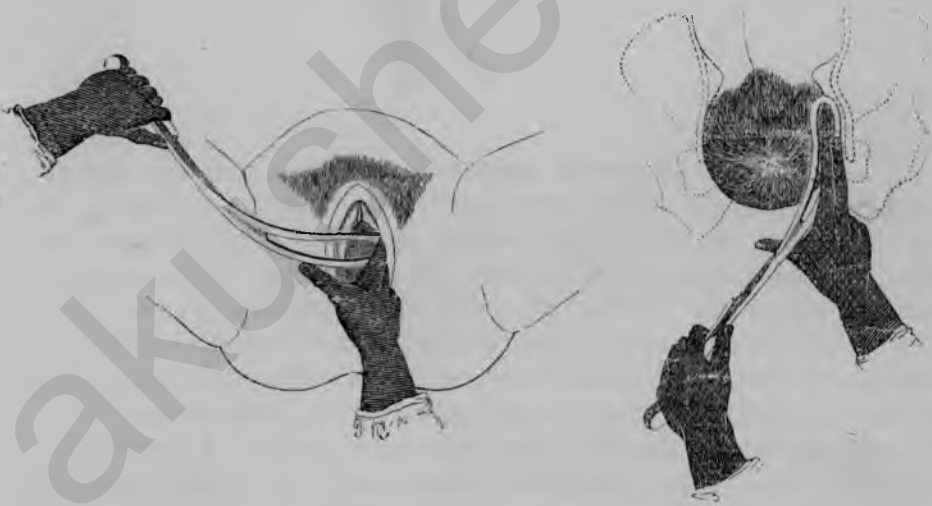
**Производство операціи.** Для примѣра возьмемъ наложеніе щипцовъ на головку, находящуюся у выхода таза въ переднемъ видѣ затылочнаго положенія (т. назыв. выходные щипцы). Помѣстивъ предварительно нахлороформированную роженицу на устроенной соотвѣтственно случаю кровати и притомъ на спишь, размѣстивъ помощниковъ, приготовивъ все нужное для операціи, согрѣвши щипцы и смазавши *лѣвую вѣтвь*, операторъ беретъ ее *лѣвою рукою* и по руководству пальцевъ *правой руки* (введенныхъ во влагалище и размѣщенныхъ на боковой части головки) вводитъ ложку въ *лѣвую* половину таза. Что касается до захватыванія вѣтвей, то рукоятку каждой изъ нихъ берутъ

или полною рукою, или какъ писчее перо. При первомъ способѣ четыре пальца располагаются на деревянной части рукоятки (указательный въ вогнутости отростка), а большой помѣщается на внутренней поверхности рукоятки, какъ это изображено ниже на фиг. 221. При второмъ способѣ два пальца (указательный и средний) помѣщаются у отростка, а большой палецъ — на внутренней поверхности рукоятки, какъ изображено ниже на фиг. 224.

Рукоятку должно держать, не напрягая руки, легко и свободно, съ тою цѣлью, чтобы малѣйшее сопротивленіе, встрѣчаемое верхушкою ложки при ея введеніи, могло отчетливо передаваться рукѣ оператора. Удерживая лѣвую ложку тѣмъ или другимъ способомъ, располагаемъ ее сначала такъ, чтобы рукоятка была почти параллельна правому паху роженицы, вогнутость головной кривизны обращена была бы къ правой половинѣ дѣтородной расщелины, вогнутость верхняго ребра ложки къ лонной дугѣ, а верхушка ложки упиралась въ лучевой край средняго пальца введенной руки. Большой палецъ той же руки прикладываемъ къ нижнему ребру ложки, фиг. 221. Послѣ этого ложку вводимъ во влагалище безъ всякаго насилія: она должна скользить въ полость таза по лучевому краю средняго пальца какъ-бы собственною тяжестью. По мѣрѣ введенія ложки по пальцамъ, рукоятку ея постепенно опускаемъ внизъ и, если головка находится въ полости таза,

Фиг. 221.

Фиг. 222.



то рукоятка ложки опускается нѣсколько ниже горизонтальной плоскости, на которой лежитъ больная. Если же головка стоитъ высоко, то рукоятку опускаемъ еще ниже. Когда головная кривизна введенной ложки ляжетъ къ боковой сторонѣ головки младенца, то пальцы правой руки выводятся изъ половыхъ частей и рукоятка введенной вѣтви, помощью лѣвой руки, нѣсколько оттягивается внизъ (частная пробная тракція) для того, чтобы ложка своею верхушкою не производила давленія на

шейбу младенца и всюю вогнутою поверхностью головной кривизны равномерно легла на головку его.

Рукоятка введенной такимъ образомъ ложки поручается помощнику, который изъ-подъ праваго бедра роженицы удерживаетъ ее неподвижно, захвативши ее, какъ это представлено на фиг. 223. Операторъ вытираетъ полотенцемъ, смоченнымъ въ дезинфицирующемъ растворѣ, правую руку и затѣмъ смазываетъ, какъ сказано выше, тыльную поверхность лѣвой руки.

Для введенія второй, *правой* ложки, беремъ ее *правую* рукою и, смазавъ ее, вводимъ *поверхъ* рукоятки лѣвой ложки во влагалище, въ *правую* половину ваза, по руководству пальцевъ *твоей* руки, фиг. 224. При этомъ соблюдается все то, что сказано было выше относительно введенія лѣвой ложки.

Фиг. 223.



Фиг. 224.



*2-й моментъ. Замыканіе щипцовъ и пробная тракція.* Передъ замыканіемъ щипцовъ необходимо изслѣдовать положеніе ложекъ, послѣ чего обводятъ пальцами также замокъ щипцовъ, и убѣдившись, что въ него не попали ни слизистая оболочка влагалища, ни волосы наружныхъ дѣтородныхъ частей, приступаютъ къ замыканію щипцовъ. Съ этою цѣлью захватываютъ рукоятки ихъ такъ, чтобы большіе пальцы помѣщались *поверхъ* отростковъ рукоятокъ, а остальные пальцы обхватывали ихъ *снаружи* и *снизу*; потомъ рукоятки слегка поднимаютъ (во избѣжаніе ущемленія тканей, лежащихъ *снизу* замка) и, снова опуская ихъ нѣсколько внизъ, замыкаютъ щипцы, фиг. 225. Замкнувши щипцы, рукоятку берутъ *обѣими* руками: *одной* рукою (обыкновенно *правой*) — *сверху*, а *другой* (обыкновенно *лѣвой*) — *снизу*, какъ это изображено на фиг. 226. Пальцы руки, находящейся *сверху*, располагаютъ такъ, чтобы въ выемкахъ отростковъ рукоятки помѣстились крочкообразно согнутые указательный и средній пальцы <sup>1)</sup>. Послѣ замыканія щипцовъ производится пробная тракція, состоящая въ томъ, что щипцы осторожно

<sup>1)</sup> Рукоятка щипцовъ захватывается и другими способами, смотря по удобству, по устройству инструмента и по привычкѣ.

потягиваютъ къ себѣ въ горизонтальномъ направленіи. Во время пробной тракціи мы удостовѣряемся введенными двумя пальцами въ надлежащемъ размѣщеніи ложекъ и наложеніи инструмента.

Когда шипцы наложены, то рукоятки вѣтвей образуютъ уголь, ве-

Фиг. 225.



личина котораго указываетъ до нѣкоторой степени на то, въ какихъ размѣрахъ захвачена головка (что особенно важно при неизвѣстности положенія). При дальнѣйшемъ дѣйствіи щипцами уменьшеніе этого угла (или, что все равно, сближеніе рукоятокъ) имѣетъ важное значеніе, а именно оно указываетъ: или а) на уменьшеніе головки въ захваченныхъ

Фиг. 226.



размѣрахъ вслѣдствіе сжатія ея щипцами, или б) на опущеніе головки глубже въ полость таза при совмѣстномъ сгибаніи и поворотѣ ея, или, наконецъ, с) на соскальзываніе щипцовъ (какъ это увидимъ ниже). Здѣсь замѣтимъ только, что въ первыхъ двухъ случаяхъ бываетъ постепенное сближеніе рукоятокъ; въ послѣднемъ же случаѣ — быстрое, вѣрнѣе сказать, внезапное. Для избѣжанія сильнаго сближенія рукоятокъ, или, что все равно, для избѣжанія сжатія головки, лишнимъ будетъ помѣстить между рукоятками щипцовъ полотенецъ.

**3-й моментъ. Извлеченіе головки.** Извлеченіе головки щипцами совершается помощію ряда влеченій (тракцій). Для выполненія этихъ влеченій сила прилагается къ рукояткѣ инструмента. Обыкновенно

употребляется мышечная сила рук оператора <sup>1)</sup>. Захвативши рукоятки вышеописаннымъ образомъ, рукою, помѣщенною снизу, удерживаютъ ихъ, дабы онѣ не разошлись; влеченіе же производить преимущественно рукою, находящеюся сверху на замкѣ; такимъ образомъ извлеченіе головки совершается при совмѣстномъ дѣйствіи обѣихъ рукъ.

До сихъ поръ не найдено еще способа наглядно и точно опредѣлить количество потребной при дѣйствіи щипцами силы. Стремленіи *Kristeller'a* <sup>2)</sup>, *Chassagny (de Lyon)* <sup>3)</sup>, *Joulin'a* <sup>4)</sup> и др. приспособить къ щипцамъ динамометръ для точнаго опредѣленія сжимающей и влекущей силы не принесли желаемой пользы. Относительно этого важнаго вопроса можно сказать только то, что при *легкомъ* наложеніи щипцовъ головка должна быть сжимаема настолько, чтобы инструментъ не соскользнулъ; влеченія же должны служить помощью ослабѣвшимъ потугамъ или же замѣнять ихъ въ случаѣ совершеннаго прекращенія дѣятельности матки. При *трудномъ* наложеніи щипцовъ, какъ для влеченія, такъ и для невольнаго сжатія головки, прилагается сила болѣе энергическая, такъ какъ при этомъ имѣется въ виду преодолѣть иногда довольно значительное препятствіе.

Силу рукъ врача пытались замѣнить машиною. Такъ *Chassagny (de Lyon)* и проф. *Joulin* предложили инструменты, замѣняющіе при извлеченіи младенца ручную силу и описанные подъ именемъ *aide-forceps*. *Joulin* доказываетъ путемъ опытовъ, произведенныхъ имъ на фантомѣ (съ особенпо-устроеннымъ тазомъ, въ которомъ *conjugata* можетъ быть уменьшена до 5 см.) и на трупахъ поворожденныхъ, что при дѣйствіи *aide-forceps* препятствіе преодолевается скорѣе и легче, чѣмъ при дѣйствіи руками. При томъ діаметры головки, напр. лобно-затылочный, захваченные помощью *aide-forceps*, могутъ быть уменьшены до 55 мм. безъ перелома костей. Тракціи, производимыя этимъ инструментомъ, бывають равномѣрныя и постоянныя, чего нельзя достигнуть при ручныхъ тракціяхъ. Наконецъ *Joulin* утверждаетъ, что при влеченіяхъ, производимыхъ его инструментомъ, части матери никогда не подвергаются такому давленію, какъ это бываетъ при ручныхъ тракціяхъ. *Aide-forceps* рекомендуется изобрѣтателемъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ручная сила оператора оказывается недостаточной для извлеченія головки; однако же, если размѣры служебнаго таза не превышаютъ 65 мм., то *Joulin* не совѣтуетъ дѣйствовать его инструментомъ; въ подобномъ случаѣ, по его мнѣнію, нужно прямо прибѣгать къ кефалотрибу. Я счелъ нужнымъ здѣсь только вкратцѣ упомянуть объ этомъ, какъ о неудавшейся попыткѣ.

При извлеченіи головки должно соблюдать слѣдующее: 1) Тракціи производить во время потугъ, если онѣ еще не прекратились. 2) Дѣйствовать только руками <sup>5)</sup>, а не всѣмъ тѣломъ (отбидываясь назадъ). 3) Влеченіе должно производить по направленію оси таза; такъ, если

<sup>1)</sup> Не можемъ не упомянуть, какъ о курьезѣ, о предложеніи *Bernhardi* (см. его *Zeitschrift*, 1851, Bd. IV, p. 1), совѣтовавшаго прикрѣплять къ рукояткѣ щипцовъ поясъ и, перекинувши его черезъ плечо, на подобіе лямки, дѣйствовать всѣмъ туловищемъ.

<sup>2)</sup> *Dynamometrische Vorrichtung an der Geburtszange*. Verhandl. d. Gesellsch. f. Geburtshülfe in Berlin. 1862. Hft. 14, p. 6.

<sup>3)</sup> *Du forceps à traction soutenue*. Paris 1861. Кроме того его же статьи въ *Moniteur des sciences* 1861, *Gaz. hebdomad.* 1861, *Gaz. méd. de Paris* 1863, *Gaz. méd. de Lyon*.

<sup>4)</sup> *Mémoire sur l'emploi de la force en obstétrique*. Paris 1867.

<sup>5)</sup> Влеченія бывають троякаго рода: а) только руками, причемъ туловище остается почти неподвижнымъ, б) руками при болѣе или менѣе сильномъ отклоненіи туловища назадъ, съ сильнымъ упоромъ ногами въ землю, и, наконецъ, в) съ упоромъ ногою въ самую кровать (т. е. на одномъ уровнѣ съ инструментомъ). При влеченіяхъ перваго рода влекущая сила бываетъ умѣренна и ея достаточно для извлеченія головки въ легкихъ случаяхъ; при влеченіяхъ втораго рода сила бываетъ гораздо значительнѣе и требуется въ болѣе трудныхъ случаяхъ; наконецъ, при влеченіяхъ третьяго рода, почти неупотребительныхъ, сила бываетъ самая большая.

головака стоить высоко во входѣ, то тракціи дѣлають, опуская рукоятки ложекъ какъ можно ниже (*первая позиція*), почти перпендикулярно къ горизонту. По мѣрѣ вѣдренія головки въ полость таза, рукоятки мало-по-малу приподымають вверхъ, пока онѣ не станутъ почти параллельно къ горизонту (*вторая позиція*). Въ этомъ направленіи дѣйствуютъ, пока затылокъ не покажется изъ-подъ лонной дуги. Коль скоро затылокъ освободился, то рукоятку щипцовъ снова и тоже постепенно приподымають вверхъ (*третья позиція*) до тѣхъ поръ, пока головака прорѣжется, фиг. 227. 4) Внѣ тракціи нужно ослаблять щипцы въ замкѣ.

Если вспомнимъ механизмъ родовъ, то станетъ понятнымъ, почему при искусственномъ выведеніи головки должно придерживаться оси таза. съ чѣмъ согласны почти всѣ акушеры. *Dietrich* въ статьѣ своей о механизмѣ щипцовъ старается опровергнуть это общепринятое мнѣніе, ссылаясь на извѣстный законъ механики, по которому направленіе всякой движущей силы всегда выражается прямой, а не кривой линіей. Безъ сомнѣнія, направленіе каждой отдѣльной тракціи выражается прямой линіей, но очень короткой; а такъ какъ слѣдующая тракція измѣняетъ свое направленіе, то совокупность всѣхъ тракціи выразится ломанной линіей, состоящей изъ безчисленнаго множества короткихъ прямыхъ линій, или, что все равно, кривой линіей.

Такъ какъ проводная линія дѣтородныхъ путей состоитъ изъ трехъ главныхъ частей, изъ которыхъ верхняя (ось входа таза) направляется сверху внизъ, средняя (ось полости таза) идетъ почти горизонтально, а нижняя (ось выхода таза) — вверхъ, то понятно, почему при извлеченіи головки щипцами должно придерживаться этихъ трехъ направленій.

Смотря по роду движенія щипцами, тракціи бываютъ: 1) *Качательныя* изъ стороны въ сторону (маятникообразныя), когда рукояткамъ щипцовъ сообщаютъ движеніе то влѣво, то вправо. 2) *Круговныя* (ротаторныя), если рукоятками описываютъ круговидныя движенія; онѣ производятся *влѣво*, если первое вращеніе рукоятокъ направляется отъ правой половины таза роженицы къ лѣвой; *вправо* — если движенія совершаются въ обратномъ направленіи. 3) *Качательныя* въ вертикальной плоскости, когда рукояткамъ сообщаютъ движеніе то вверхъ, то внизъ. 4) Наконецъ, такъ-называемыя *неподвижныя* (стоячія) тракціи (*stehende Traktionen*), при которыхъ щипцами влекуть головаку по направленію проводной линіи таза, *безъ всякихъ движеній рукоятокъ* въ стороны. *Неподвижныя* тракціи, рекомендуемыя *Braun*'омъ, предпочитаютъ мною во всѣхъ случаяхъ легкихъ щипцовъ, въ трудныхъ же случаяхъ я предпочитаю вращательныя тракціи. Качательныя тракціи спереди назадъ теперь совершенно изгнаны изъ акушерства, потому что ложки щипцовъ во время этихъ тракціи, находясь въ нижнемъ сегментѣ матки, неизбежно трутъ съ одной стороны головаку младенца, а съ другой причиняють ушибы нижняго отрѣзка матки и входа влагалища.

По поводу того, какія изъ упомянутыхъ нами тракціи заслуживаютъ предпочтенія, было очень много споровъ. Противъ ротаторныхъ и маятникообразныхъ тракціи вооружались главнымъ образомъ потому, что при нихъ будто бы трудно избѣжать сильнаго

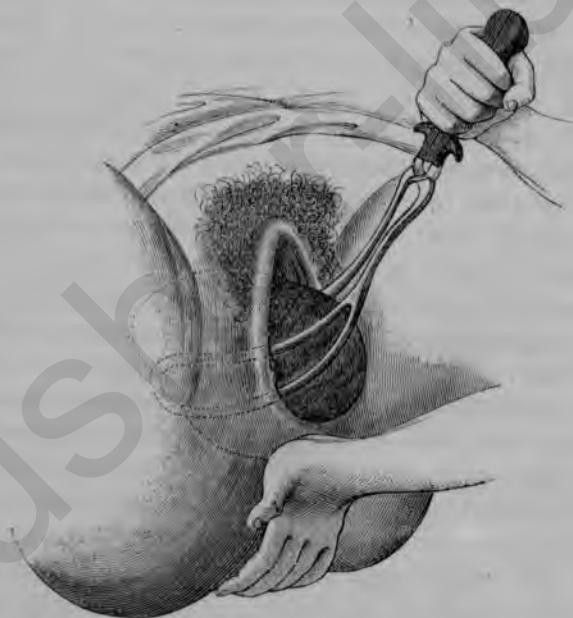
давления на мягкія части роженицы. *Arneth, C. Braun, Martin, Kristeller, Schroeder* и многіе другіе совѣтуютъ совершенно оставить ихъ и употреблять только неподвижныя тракціи, т. е. имѣющія *одно постоянное направленіе* (*gerader stätiger Zug*). Безъ сомнѣнія, ротаторныя и маятникообразныя тракціи могутъ причинить значительныя поврежденія мягкихъ частей роженицы, но только въ такомъ случаѣ, если рукоятками щипцовъ описываютъ слишкомъ большой кругъ, или же, если при маятникообразныхъ тракціяхъ дѣлають рукояткою слишкомъ сильныя движенія въ стороны.

Число тракцій, необходимыхъ для извлеченія головки младенца, бываетъ различно: въ легкихъ случаяхъ достаточно 7—8 тракцій, въ трудныхъ же ихъ приходится дѣлать иногда до 50.

Когда головка начинаетъ прорѣзываться, то, сообразуясь съ силою потугъ, замедляемъ или прекращаемъ тракціи, имѣя въ виду, что быстрое освобожденіе головки можетъ причинить разрывъ промежности.

Во время прорѣзыванія головки должно поддерживать промежность. *P. Dubois* совѣтуетъ самому оператору поддерживать ее лѣвою рукою, правую же дѣйствовать щипцами (ф. 227). Нѣмецкая школа предлагаетъ

Фиг. 227.



поддерживать промежность правую рукою, лѣвую же оставлять на щипцахъ. Обстоятельство это не имѣетъ особенной важности, такъ какъ можно очень хорошо поддерживать какъ тою, такъ и другою рукою. Кромѣ того поддерживаніе промежности въ большинствѣ случаевъ поручается помощнику или акушеркѣ. Нѣкоторые (*Deleurye, Voër, Ritgen, Joerg, Osiander, Lachapelle* и др.) совѣтовали во время прорѣзыванія головки, для уменьшенія давления на промежность, снимать щипцы. Если потуги, по снятіи щипцовъ, внезапно прекратятся, то весьма полезно вывести головку по способу *Ritgen-Olshausen'a*; при этомъ однако необходимо, вводя пальцы въ *rectum*, оттянуть *анус* нѣсколько кзади; въ про-



тивномъ случаѣ весьма легко можетъ случиться, что головка въ моментъ введенія пальцевъ отойдетъ назадъ. Правильно лежащіе на головкѣ щипцы не могутъ во время прохожденія ея чрезъ дѣтородную щель увеличить давленіе на промежность и способствовать разрыву ея.

Теперь возвратимся къ извлеченію головки младенца щипцами при *затылочномъ положеніи*, взятомъ нами для примѣра. Послѣ пробной тракціи производятся настоящія влеченія, преимущественно во время потугъ, и такъ какъ во взятомъ примѣрѣ головка находится у выхода газа, то тракціи дѣлаются горизонтальныя; коль скоро затылокъ появился изъ-подъ лонной дуги, то, при надлежащемъ поддерживаніи промежности, рукоятки щипцовъ равномѣрно и постепенно приподымаются вверхъ. Такимъ измѣненіемъ направленія тракцій способствуютъ разгибанію головки (*extensio capitis*) и выкатыванію лба и личика по промежности.

*4-й моментъ. Снятіе щипцовъ.* Послѣ полного прорѣзыванія головки щипцы снимаютъ очень просто, смотря какъ удобнѣе, или обѣ ложки вмѣстѣ, или сперва одну, а потомъ другую. Въ случаѣ же, если щипцы нужно снять съ головки, находящейся еще въ тазу, то, разомкнувши ихъ, сперва выводятъ правую ложку, а потомъ лѣвую. При выведеніи каждой ложки рукоятку направляютъ въ паху противоположной стороны, — словомъ, здѣсь нужно придерживаться тѣхъ же правилъ, какъ и при введеніи ложекъ, только въ обратномъ направленіи.

#### **Наложеніе щипцовъ при затылочно-крестцовомъ положеніи.**

При этомъ положеніи всѣ моменты операціи производятся по тѣмъ же правиламъ, какъ и при затылочно-лонномъ положеніи; вся разница заключается лишь въ томъ, что въ третьемъ моментѣ, при тракціяхъ внизъ, подводимъ подъ лонную дугу лобъ, а не затылокъ, при тракціяхъ же вверхъ выводимъ со стороны промежности затылокъ, а не лобъ, фиг. 228. При извлеченіи головки въ этомъ положеніи, нужно обращать особенное вниманіе на промежность, такъ какъ затылокъ, благодаря большому своему объему, сильнѣе растягиваетъ ее чѣмъ лобъ.

Фиг. 228.



#### **Наложеніе щипцовъ при положеніи роженицы на боку.**

Англійская школа при извлеченіи младенца щипцами предпочитаетъ положеніе роженицы на боку, потому что при этомъ положеніи требуется меньше помощниковъ и менѣе приходится обнажать роженицу. Однако сами англичане (*Playfair* и *Barnes*) признаютъ, что въ особенно трудныхъ случаяхъ неоспоримо полезнѣе бываетъ производить операцію при положеніи роженицы на спинѣ, но начинать операцію они все-таки предпочитаютъ на боку.

Роженицу кладутъ поперекъ кровати на лѣвый бокъ съ пригнутыми къ животу бедрами и съ согнутыми подъ прямымъ угломъ колѣнами; тазъ роженицы долженъ быть придвинутъ къ краю кровати и

даже выступать надъ нимъ. Акушеръ садится сбоку кровати, съ обращеннымъ къ ягодицамъ лицомъ. Согрѣвши и намазавши щипцы, операторъ кладетъ ихъ передъ собой и затѣмъ беретъ правой рукой сначала ту ложку, которая должна помѣститься въ лѣвой (обращенной внизъ) половинѣ таза. Сперва онъ проводитъ ложку почти прямо въ крестцовую впадину, направляя верхушку ея по ладонной поверхности двухъ пальцевъ лѣвой руки, введенныхъ раньше во влагалище со стороны промежности; затѣмъ, приподымая немного рукоятку и слегка поворачивая ее около оси, продвигаетъ ложку въ лѣвую половину таза; при этомъ верхушка ложки описываетъ по головкѣ спиральную линію. Чтобы ложка щипцовъ окончательно легла сбоку головки, рукоятку отводятъ назадъ, къ промежности, и опускаютъ книзу. Удерживая тыломъ лѣвой руки введенную вѣтвь щипцовъ, пальцы той же руки передвигаютъ въ правую половину таза; затѣмъ акушеръ беретъ правою же рукой правую ложку щипцовъ (удерживая ее почти параллельно лѣвому бедру роженицы) и вводитъ ее по пальцамъ лѣвой руки сперва соотвѣтственно вогнутости крестца, причемъ обѣ ложки щипцовъ перекрещиваются. Опуская рукоятку, направляя ее къзади и слегка поворачивая вокругъ оси, продвигаютъ правую ложку въ правую половину таза.

Коль скоро обѣ ложки щипцовъ введены на одинаковую глубину, щипцы замыкаются. Если замыканіе невозможно, вслѣдствіе неправильнаго положенія ложекъ въ тазу, то *Barnes* совѣтуетъ, снявъ щипцы, наложить ихъ снова.

Передъ началомъ тракцій рукоятки захватываются обѣими руками слѣдующимъ образомъ: Правую обхватываютъ нижнюю часть рукоятокъ такъ, чтобы большой палецъ лежалъ на передней, остальные же пальцы на задней поверхности рукоятокъ. Указательный палецъ лѣвой руки помѣщается надъ замкомъ между вѣтвями щипцовъ, ладонь же лѣвой руки обхватываетъ съзади верхнюю часть рукоятокъ. Влеченія производятся во время потугъ, сначала въ прямомъ направленіи къ себѣ, причемъ слегка покачиваютъ ложки изъ стороны въ сторону. Когда затылокъ начнетъ напирать на промежность, то рукоятки щипцовъ направляютъ впередъ, удерживая ихъ снизу одной правой рукой. Весьма полезно въ это время приподнять правое бедро роженицы, чтобы дать больше простора для дѣйствія щипцами, особенно когда предстанетъ надобность наклонять рукоятки къ животу роженицы. Дѣйствуя щипцами правой рукой, акушеръ лѣвою рукою поддерживаетъ промежность. Въ послѣдній моментъ извлеченія полезно положить роженицу на спину и заставить помощника нажимать на дно матки (*Barnes*).

### **В. Косое наложеніе щипцовъ.**

Косое наложеніе щипцовъ имѣетъ мѣсто при переднихъ, поперечныхъ и заднихъ видахъ затылочнаго и лицеваго положеній. *Главная цѣль косаго наложенія щипцовъ состоитъ въ томъ, чтобы затылокъ, лобъ или подбородокъ подвести къ лонному сочлененію, т. е. искусственно довершить внутренній поворотъ головки.* Такъ какъ передніе

виды затылочнаго положенія встрѣчаются гораздо чаще заднихъ, то въ громадномъ большинствѣ случаевъ требуется подводить къ лонному сочлененію *затылокъ* и лишь очень рѣдко лобъ.

Для производства искусственнаго внутренняго поворота головки необходимо, чтобы она была захвачена щипцами въ *поперечныхъ размѣрахъ* и чтобы вогнутость тазовой кривизны щипцовъ была обращена къ той части головки, которую нужно подвести подъ лонное сочлененіе. Размѣстивъ на головкѣ ложки щипцовъ только-что сказаннымъ образомъ, постепенно и равномерно поворачиваемъ инструментъ около продольной оси его, смотря по надобности, слѣва направо, или же справа налево. Такіе приемы, совершаемые во время потугъ, повторяемъ до тѣхъ поръ, пока не достигнемъ желаемой цѣли. Головка младенца такими приемами можетъ быть искусственно повернута на  $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$  окружности, причемъ иногда она совершаетъ поворотъ въ щипцахъ. Поворачиваніе щипцовъ въ тазу около продольной ихъ оси допускается только до тѣхъ поръ, пока поперечные размѣры головной кривизны щипцовъ не совпадутъ съ поперечными или косыми размѣрами таза. Коль скоро сказанные размѣры инструмента начинаютъ совпадать съ прямыми размѣрами таза, а головка не повернулась въ щипцахъ, то требуется или снять щипцы и снова ихъ наложить, или же перемѣстить ложки по способу *à la Lachapelle* (mouvement de spiral). Подъ именемъ спиральнаго движенія нужно понимать перемѣщеніе ложки щипцовъ (безъ выниманія ея) въ одной и той же половинѣ таза (правой или лѣвой) сверху внизъ, или снизу вверхъ, съ одной части головки на другую. Положимъ, что правая ложка находится въ соответственной половинѣ таза вблизи крестцовой виадины и должна быть перемѣщена вверхъ (въ той же половинѣ). Для выполненія этого вводимъ указательный и средній пальцы лѣвой руки во влагалище и прикладываемъ ихъ къ нижнему краю реберъ ложекъ, большой же палецъ оставляемъ снаружи и помѣщаемъ снизу у замка; затѣмъ правою рукою беремъ рукоятку, какъ для введенія ложки. При такомъ размѣщеніи пальцевъ вѣтвь щипцовъ имѣетъ точку опоры на большомъ пальцѣ. Самое перемѣщеніе ложки совершается слѣдующимъ образомъ: Пальцами, находящимися во влагалищѣ, приподымаемъ ложку вверхъ, заставляя ее скользить по головкѣ, другою же рукою, частью опуская рукоятку, частью поворачивая ее около продольной оси справа налево, содѣйствуемъ требуемому перемѣщенію ложки. При только-что описанномъ перемѣщеніи ложки, верхнее ребро ея подается вверхъ и внутрь, вогнутая же поверхность головной кривизны скользить по головкѣ; вмѣстѣ съ тѣмъ отростокъ рукоятки, который былъ обращенъ вверхъ и немного влѣво, поворачивается совершенно влѣво; словомъ, вся ложка принимаетъ такое положеніе, какъ при прямомъ наложеніи щипцовъ.

Подобнымъ же приемомъ ложка щипцовъ перемѣщается сверху внизъ. Положимъ, что нужно перемѣстить лѣвую ложку. Вблизи замка прикладываемъ правый большой палецъ, на ребра ложки дѣйствуемъ правыми указательнымъ и среднимъ пальцами, на рукоятку же лѣвою

рукою; пальцами, приложенными къ ребрамъ ложекъ, стараемся смѣстить ложку внизъ и въ то же время содѣйствуемъ этому смѣщенію приподманіемъ рукоятки. Это весьма полезное въ практикѣ перемѣщеніе ложекъ, производимое безъ выниманія ихъ изъ полости таза и вполне замѣняющее повторное наложеніе щипцовъ, гораздо легче объясняется демонстративно на фантомѣ, чѣмъ письменнымъ изложеніемъ. Перемѣщеніе ложекъ требуется обыкновенно при поперечныхъ видахъ затылочнаго положенія.

Косое наложеніе щипцовъ имѣетъ мѣсто при слѣдующихъ условіяхъ: а) когда видъ положенія можетъ быть точно опредѣленъ, б) когда головка прошла чрезъ маточный зѣвъ и находится въ полости малаго таза или у выхода его, с) когда нѣтъ несоразмѣрности между головкою и полостью таза. Нелишнимъ считаю еще замѣтить, что при производствѣ искусственнаго внутренняго поворота головки нужно удостовѣряться изслѣдованіемъ, совершается-ли поворотъ; если же онъ не совершается и замѣчается значительная конфигурація головки, то не слѣдуетъ слишкомъ настаивать на довершеніи поворота. Въ такихъ случаяхъ неудачи нужно перемѣстить ложки, т. е. прибѣгнуть къ прямому наложенію щипцовъ и прямо производить тракціи.

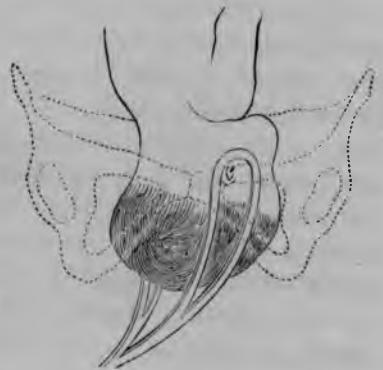
При различныхъ видахъ затылочнаго положенія косое наложеніе щипцовъ производится слѣдующимъ образомъ:

1) При *переднемъ видѣ 1-го положенія*, фиг. 229, затылокъ обра-

Фиг. 229.



Фиг. 230.



щенъ влѣво и впередъ, поэтому вогнутый край тазовой кривизны инструмента направляемъ влѣво и впередъ. Для этого вводимъ сперва правую вѣтвь въ правую половину таза и впереди, лѣвую же вѣтвь—влѣво и къзади; затѣмъ исправляемъ ненадлежащее перекрещиваніе ложекъ. Замѣнивши щипцы, поворачиваемъ рукоятки ихъ слѣва направо, приблизительно на четверть круга. Вслѣдствіе этого, передній видъ 1-го положенія превращается въ затылочно-лонное положеніе. Дальнѣйшее извлеченіе головки производится по вышеизложеннымъ правиламъ.

2) При *переднемъ видѣ 2-го положенія*, фиг. 230, вводимъ сперва лѣвую ложку въ лѣвую половину таза и впереди, а правую — въ правую

половину и кзади. Поворачиваемъ щипцы справа налѣво, пока затылокъ не приблизится къ лонному сочлененію, и затѣмъ приступаемъ къ освобожденію головки въ затылочно-лонной позиціи.

3) При *заднемъ видѣ 1-го положенія*, фиг. 231, требуется лобъ подвести подъ лонное сочлененіе. Размѣщеніе ложекъ и дѣйствіе щипцами—какъ при переднемъ видѣ 2-го положенія. Освобожденіе головки—какъ при положеніи затылочно-крестцовомъ (стр. 501).

4) При *заднемъ видѣ 2-го положенія*, фиг. 232, лобъ подводится къ лонному сочлененію такими же дѣйствіями щипцовъ, какія имѣютъ мѣсто при переднемъ видѣ 1-го положенія. Освобожденіе головки—какъ при затылочно-крестцовомъ положеніи.

Фиг. 231.



Фиг. 232.



5) При *поперечныхъ видахъ затылочныхъ положеній* совѣтуютъ захватывать щипцами головку въ поперечныхъ ея размѣрахъ, слѣдовательно допускаютъ такое размѣщеніе ложекъ щипцовъ, при которомъ поперечные размѣры головной ихъ кривизны совпадаютъ съ прямыми размѣрами таза. При этомъ искусственный поворотъ головки (затылкомъ — къ лонному сочлененію) совѣтуютъ производить съ особенною осторожностью и весьма медленно. При *поперечномъ видѣ 1-го положенія* сперва вводятъ лѣвую вѣтвь въ лѣвую половину таза и тотчасъ перемѣщаютъ ложку въ крестцовую впадину, потомъ вводятъ правую вѣтвь въ правую половину таза и ложку перемѣщаютъ къ лонному сочлененію, фиг. 233. При *поперечномъ видѣ 2-го положенія* сперва вводятъ правую вѣтвь, потомъ лѣвую и перемѣщаютъ ложки такъ, чтобы онѣ были расположены, какъ это представлено на фиг. 234. Что касается до меня, то совершеніе поворота при только-что описанномъ неудобномъ, относительно размѣровъ таза, размѣщеніи ложекъ, я считаю крайне опаснымъ для матери и потому стараюсь захватить головку такъ, чтобы одна ложка щипцовъ легла на теменную кость (приблизительно на бугоръ ея), а другая—на противоположную половину лобной кости. Если же мнѣ это не удастся, то прибѣгаю къ прямому наложенію щипцовъ, т. е. одну ложку помѣщаю на затылкъ, другую на лбу плода. Ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ прибѣгать къ косому наложенію щипцовъ

при высоко-стоящей головкѣ. Не думаю, чтобы рекомендуемые *Cazeaux* щипцы *Baumers'a* (de Lyon)<sup>1)</sup>, а равно и щипцы *Uytterhoben'a*, улучшенные *Van-Huevel'омъ*, могли устранить опасности для матери, могущія случиться при размѣщеніи ложекъ въ прямыхъ размѣрахъ таза.

Фиг. 233.



Фиг. 234.



Употребленіе щипцовъ, съ цѣлью исправленія различныхъ неправильныхъ положеній головки (а также и лицевыхъ), стало извѣстнымъ уже вскорѣ послѣ того, какъ этотъ инструментъ получилъ право гражданства въ наукѣ. Несмотря однако на это, мнѣнія насчетъ примѣнимости щипцовъ въ подобныхъ случаяхъ расходятся весьма рѣзко. Такъ, изъ англійскихъ акушеровъ защищали рациональность описанныхъ выше приемовъ *Smellie*, изъ французскихъ *Baudelocque*, *Lachapelle*, *Dubois*, *Danyau* и др., изъ нѣмецкихъ *Fried*, *Osiander*, *Bitgen* и изъ новѣйшихъ *Kiwisch*, *Scanzoni*, *Lange* и др. Между противниками этихъ приемовъ нужно упомянуть о *Saxtorph'ѣ*, учинившемъ, что щипцы, при всевозможныхъ затылочныхъ, а равно и при лицевыхъ положеніяхъ, должны быть накладываемы всегда въ поперечныхъ размѣрахъ таза. Мнѣніе *Saxtorph'a* раздѣляли *Stein* старш., *Weidmann*, *Kilian*, *Hohl* и въ особенности *Huser*. Причина этихъ разногласій заключается главнымъ образомъ въ томъ, что исправленіе неправильныхъ позицій головки щипцами довольно затруднительно, требуетъ большой опытности и технического навыка п — главное — не всегда безопасно какъ для роженицы, такъ и для плода. Кромѣ того, по справедливому замѣчанію нѣкоторыхъ акушеровъ, неправильныя позиціи нерѣдко обуславливаются извѣстными неправильностями въ конфигураціи головки или же таза, и именно неправильности эти, можетъ быть, всего лучше соответствуютъ данной неправильности таза. Исправлять въ подобныхъ случаяхъ позиціи — значитъ насловать то, что обуславливается сущностью данного неправильнаго таза и такимъ образомъ испортить то, что, можетъ быть, природа сама собою сдѣлала бы лучше насъ.

*Smellie* и *Danyau* совѣтовали даже при заднихъ видахъ затылочныхъ положеній подводить затылокъ щипцами къ лонному сочлененію. Съ этою цѣлью они употребляли щипцы съ малою тазовою кривизною, почти прямые. Считаая этотъ способъ опаснымъ, я никогда не рѣшался его испытать, тѣмъ болѣе, что гораздо безопаснѣе и вѣрнѣе, по моему мнѣнію, извлечь головку въ заднемъ видѣ затылочнаго положенія.

<sup>1)</sup> Gaz. médic. de Paris 1849, Juillet.

### Затрудненія и осложненія при наложеніи щипцовъ.

Наложеніе щипцовъ, сопровождающееся нижепоименованными затрудненіями и осложненіями, называется въ практикѣ *труднымъ*.

Мы рассмотримъ ихъ по отдѣльнымъ моментамъ операціи.

I. *Затрудненія 1-го момента*: 1) Положеніе головки неизвѣстно. Затрудненіе это — одно изъ самыхъ важныхъ, такъ какъ оно нерѣдко встрѣчается въ практикѣ и въ большинствѣ случаевъ одновременно съ высокимъ стояніемъ головки, почему оно измѣняетъ многія вышеизложенныя правила. Я считаю положеніе головки вовсе неизвѣстнымъ, если родовая опухоль, развившаяся вслѣдствіе долгаго стоянія головки въ тазу, дѣлаетъ недоступнымъ точное опредѣленіе мѣстонахожденія швовъ и родничковъ. Сердцебиеніе плода, хотя бы оно и существовало, не всегда можетъ служить вѣрнымъ признакомъ того или другого вида затылочныхъ, а также лицевыхъ положеній. Такъ, невозможно отличить по сердцебиенію положеніе затылочно-подвздошное правое переднее отъ такого же задняго, или затылочно-подвздошное переднее лѣвое отъ такого же задняго и т. п. Однако же, если сердцебиеніе плода всего яснѣе слышится надъ лоннымъ сочлененіемъ и, если послѣ замыканія щипцовъ разстояніе рукоятокъ указываетъ, что головка захвачена въ поперечныхъ размѣрахъ, то съ болѣею вѣроятностью можно предположить, что вблизи лоннаго сочлененія находится затылокъ или лобъ (затылочно-лонное или затылочно-крестцовое положеніе).

При неизвѣстномъ положеніи головки должно прибѣгнуть къ прямому наложенію щипцовъ, хотя оно затрудняется тѣмъ, что головка въ такихъ случаяхъ иногда бываетъ подвижна, почему необходимо поручить помощнику фиксировать ее черезъ брюшныя стѣнки. Накладываютъ сперва ту ложку, которая соотвѣтствуетъ мѣсту наибольшаго ущемленія головки, т. е. той сторонѣ, въ которой всего труднѣе пройти пальцемъ между головкою и стѣнкою рукава. Ложки вводятъ по руководству полу-руки и весьма рѣдко всей ручной кисти; при этомъ рукоятки опускаютъ весьма низко, дабы онѣ надлежащимъ образомъ обхватили головку и не соскользнули при тракціяхъ. Накладывая щипцы, нужно остерегаться захватить ими край зѣва. Замкнувши щипцы, обращаемъ вниманіе на расхожденіе рукоятокъ, указывающее, въ какомъ размѣрѣ захвачена головка, и на положеніе замка щипцовъ; если замокъ ихъ находится весьма близко къ задней спайкѣ или даже въ дѣтородныхъ частяхъ, то это указываетъ на весьма высокое стояніе головки, маскируемое подчасъ большою родою опухолью. Весьма важную роль при высокомъ наложеніи щипцовъ играетъ пробная тракція. Тракціи производятся болѣе или менѣе перпендикулярно къ горизонту, сообразно съ высотой стоянія головки.

Во время производства тракцій необходимо обращать вниманіе на направленіе рукоятокъ; искусство должно только *содействовать* ихъ произвольному повышенію или пониженію, а равно поворачиванію ихъ около продольной оси. Такъ напр., если во время тракцій рукоятки



переднею своею поверхностью поворачиваются къ тому или другому бедру роженицы, то этому повороту нужно помогать приемами, описанными нами при косомъ наложеніи щипцовъ. Весьма полезно послѣ двухъ, трехъ тракцій размыкать щипцы, причемъ головка можетъ совершить свой внутренній поворотъ въ ложкахъ щипцовъ, особенно, если размыканіе сдѣлать во время потуги.

2) Невозможность ввести вторую ложку щипцовъ. Обыкновенное правило, рекомендуемое въ этомъ случаѣ, состоитъ въ томъ, чтобы вынуть введенную ложку щипцовъ и наложить ту ложку, которая не могла быть помѣщена надлежащимъ образомъ. Безспорно, правило это на первый взглядъ кажется очень простымъ, но повторное введеніе ложекъ, во избѣжаніе травмъ, нежелательно. Въ виду этого неудобства, я совѣтую при косомъ наложеніи щипцовъ вводить сперва ту ложку, которая должна быть введена въ передній отдѣлъ таза; если же и при этомъ встрѣчаются затрудненія, то должно ввести ту ложку, которая соотвѣтствуетъ тому мѣсту, гдѣ между головкою и стѣнками таза всего меньше свободнаго пространства. Однимъ словомъ, за основное правило нужно принять: *вводить прежде ту ложку, при введеніи которой предвидится больше препятствій*. Хотя при соблюденіи этого правила чаще встрѣчается ненадлежащее перекрещиваніе ложекъ, однако обстоятельство это, какъ увидимъ ниже, весьма маловажно.

3) Верхушка ложки при введеніи встрѣчаетъ препятствіе. Для избѣжанія подобнаго затрудненія совѣтуемъ вводить ложку всегда по лучевому краю средняго пальца. Если два пальца или поль-руки лежатъ на головкѣ и при введеніи не встрѣтили препятствія, то едва-ли ложка можетъ встрѣтить его, даже при неправильностяхъ таза. Если, несмотря и на это, ложка все-таки встрѣчаетъ препятствіе при введеніи, то это препятствіе ни въ какомъ случаѣ не должно быть преодоляемо силою, а напротивъ, узнавши причину препятствія, необходимо стараться по возможности или устранить или обойти его, вводя щипцы въ другомъ направленіи.

II. *Затрудненія 2-го момента.* Щипцы не могутъ быть замкнуты. Это случается при слѣдующихъ обстоятельствахъ:

а) *Вѣтви щипцовъ перекрещены ненадлежащимъ образомъ.* Когда мужская вѣтвь лежитъ поверхъ женской. Препятствіе это весьма маловажно, необременительно для роженицы и удаляется легко. Для этого стоитъ только одну изъ вѣтвей (обыкновенно менѣе подвижную) фиксировать и вокругъ рукоятки ея обвести рукоятку другой вѣтви: сверху внизъ, — если она лежитъ поверхъ, и снизу вверхъ, если перемѣщаемая рукоятка лежитъ снизу; послѣ этого щипцы легко замыкаются.

б) *Ложки щипцовъ размѣщены на головкѣ ненадлежащимъ образомъ, а именно или одна изъ вѣтвей слишкомъ повернута около своего длинника, или одна изъ нихъ введена въ полость таза глубже, чѣмъ другая.*

Въ первомъ случаѣ части замка, хотя находятся на одной высотѣ, но

не совпадаютъ между собою. При незначительномъ несопадѣніи щипцы можно замкнуть, дѣйствуя на отростокъ рукоятки такъ, чтобы ложка немного перемѣстилась, смотря по надобности, вверхъ или внизъ, подобно тому, какъ это бываетъ при перемѣщеніи ложекъ по способу m-me Lachapelle. Еслибъ этимъ способомъ не удалось замкнуть щипцы, то одну вѣтвь поручаемъ держать помощнику, а другую перемѣщаемъ въ требуемомъ направленіи по способу m-me Lachapelle (см. стр. 503). Наконецъ, еслибы и это оказалось безуспѣшнымъ, то остается снять неправильно-лежащую вѣтвь и снова ее положить, но въ другомъ направленіи.

Во второмъ случаѣ, когда части замка находятся не на одинаковой высотѣ, то рукоятка вѣтви, глубже введенной въ дѣтородныя части, оттягивается внизъ, насколько это необходимо для замыканія инструмента.

с) *Сильное расхожденіе рукоятокъ* Обстоятельство это указываетъ или на то, что головка захвачена въ наибольшихъ размѣрахъ, или же на то, что она захвачена только верхушками ложекъ. Въ подобныхъ случаяхъ нужно снять щипцы и снова ихъ наложить, стараясь захватить головку въ другихъ размѣрахъ и вводить ложки какъ можно выше.

III. *Затрудненія 3-го момента.* При извлеченіи младенца могутъ встрѣтиться слѣдующія затрудненія:

а) *Когда при отсутствіи потуговъ мы не знаемъ, какое направленіе даютъ тракціямъ.* При подобныхъ обстоятельствахъ, еще до наложенія щипцовъ, а равно и во время тракцій, должно употреблять средства, возбуждающія потужную дѣятельность матки; еслибы это оказалось безуспѣшнымъ, то, кромѣ соблюденія вышеизложенныхъ правилъ, относящихся къ высокому или низкому стоянію головки, остается еще слѣдить за движеніями рукоятокъ во время первыхъ тракцій и, соотвѣтственно этимъ движеніямъ, направлять дальнѣйшія влеченія.

Нелишнимъ считаю обратить вниманіе на то, что во всѣхъ случаяхъ, гдѣ положеніе головки неизвѣстно или опредѣлено съ нѣкоторою только вѣроятностью, во время проведенія головки щипцами черезъ полость таза и особенно при начинающемся прорѣзываніи ея, необходимо тщательно изслѣдовать головку съ цѣлью точно опредѣлить, гдѣ находится затылокъ (т. е. у лоннаго сочлененія или у крестца). Это необходимо для того, чтобы дать надлежащее направленіе влеченіямъ, ибо во время прорѣзыванія головки при затылочно-крестцовомъ положеніи ненадлежащее направленіе тракцій (т. е. употребленіе такихъ, какія нужны при извлеченіи головки, находящейся въ затылочно-лонномъ положеніи) имѣетъ неизбѣжнымъ своимъ послѣдствіемъ разрывъ промежности, и притомъ, сколько я видалъ, съ поврежденіемъ сжимательныхъ мышцъ задняго прохода.

б) *Когда головка послѣ нѣсколькихъ (7—8) тракцій не опускается въ полость таза.* Если головка послѣ нѣсколькихъ, надлежащимъ образомъ произведенныхъ, тракцій не внѣдряется въ полость таза, то никоимъ образомъ не слѣдуетъ настаивать на извлеченіи ея щипцами, такъ

какъ въ такомъ случаѣ нѣтъ болѣе показанія къ щипцамъ, почему слѣдуетъ прибѣгнуть къ другой операціи.

Отъ неумѣренной или чрезмѣрной силы до пасивія не далеко. Это необходимо помнить при всѣхъ хирургическихъ операціяхъ вообще, а при акушерскихъ — тѣмъ болѣе. Поэтому считаемъ долгомъ предостеречь начинающаго отъ приложенія неумѣренной силы къ тракціямъ при извлеченіи щипцами. О томъ вредѣ какъ для роженицы, такъ и въ особенности для плода, который бываетъ послѣдствіемъ неумѣренно примѣненной силы, мы еще скажемъ подробно ниже. Здѣсь же касаемся этого обстоятельства, главнымъ образомъ, только потому, что, если по наложеніи щипцовъ, головка не подается внизъ, несмотря на энергическія тракціи, то начинающій можетъ быть введенъ въ искушеніе—развить силу въ такой же мѣрѣ, въ какой представляется ему встрѣчаемое препятствіе. Это будетъ уже не операція, при которой должна быть соблюдаема величайшая осторожность, а кака-то борьба, которая ни въ какомъ случаѣ не пройдетъ безнаказанно ни для младенца, ни для роженицы. Если головка не подается, то это существенно зависитъ или отъ аномаліи таза, или же отъ того, что головка не успѣла еще конфигурироваться надлежащимъ образомъ. Что касается до повторнаго наложенія щипцовъ, то и въ этомъ отношеніи должно соблюдать надлежащую осторожность. Конечно, здѣсь трудно установить какое нибудь общее коренное правило, такъ какъ въ этомъ случаѣ главнымъ образомъ пособляеть практичность акушера, вырабатывающаяся долготѣннымъ опытомъ.

3) *Соскальзываніе щипцовъ.* Соскальзываніемъ щипцовъ называется такое движеніе ихъ, при которомъ они, во время влеченій, внезапно и вопреки желанію акушера выскальзываютъ изъ дѣтородныхъ частей. Оно можетъ случиться при ненадлежащемъ ихъ наложеніи, при неправильномъ положеніи головки и въ особенности при высокомъ стояніи ея. Предвѣстниками соскальзыванія щипцовъ служатъ: удаленіе замка отъ дѣтородныхъ частей при неподвижности головки, расхожденіе рукоятокъ и чувствуемый рукою оператора какъ бы трескъ пергамента, зависящій отъ сжатія головки верхушками ложекъ во время соскальзыванія. Если при этихъ явленіяхъ неосмотрительный операторъ продолжаетъ дѣйствовать щипцами, производя тракціи съ болѣе или менѣе значительною силою, то щипцы могутъ вдругъ окончательно соскользнуть, причинить ушибы половыхъ частей и даже разрывы матки, влагалища и промежности; операторъ же, если онъ производилъ тракціи, откидываясь назадъ всѣмъ корпусомъ, можетъ растянуться на полу. Поэтому, какъ только во время тракціи замѣчаемъ упомянутыя явленія, то, приостановивъ дѣйствіе щипцами, снимаемъ ихъ и накладываемъ вторично. Иногда удается предотвратить соскальзываніе щипцовъ однимъ только перемѣщеніемъ (соотвѣтственно данному случаю) ложекъ.

Со временъ *т-те Lachapelle* всѣ акушеры принимаютъ двоякаго рода соскальзываніе: *вертикальное* и *горизонтальное*. Первое можетъ случиться при наложеніи щипцовъ на высоко-стоящую головку или же при недостаточно высокомъ размѣщеніи ложекъ на головкѣ, даже не очень высоко стоящей. Наконецъ, этого рода соскальзываніе можетъ имѣть мѣсто при наложеніи щипцовъ на головку мацерированнаго плода (*Naegеле*). Горизонтальное соскальзываніе наблюдается преимущественно при суженіяхъ таза, когда ложки ненадлежащимъ образомъ обхватываютъ головку.

Оба вида соскальзыванія щипцовъ, какъ уже сказано выше, составляютъ весьма неблагоприятное обстоятельство; вертикальное соскальзываніе гораздо опаснѣе горизонтальнаго, ибо сопровождается болѣе тяжкими поврежденіями. Упомянутый нами выше

трескъ, составляющій одинъ изъ характеристическихъ признаковъ соскальзыванія щипцовъ, *Wigand* сравниваетъ съ хрустѣнiемъ (*Knacken*).

### Наложенiе щипцовъ при предлежанiяхъ лицомъ.

Основныя правила наложенiя щипцовъ при предлежанiяхъ лицомъ тѣ же, что и при затылочныхъ предлежанiяхъ. Изъ механизма родовъ извѣстно, что роды при лицевыхъ положенiяхъ совершаются всего легче, когда подбородокъ поворачивается къ лонному сочлененiю. Подбородокъ, слѣдовательно, въ этомъ случаѣ играетъ такую же роль, какъ затылокъ при затылочныхъ положенiяхъ.

Для краткости и во избѣжанiе повторенiй, мы считаемъ нужнымъ привести общiя правила, которыя должны быть соблюдаемы при наложенiи щипцовъ при лицевыхъ положенiяхъ.

1) Необходимо стараться захватить головку въ поперечныхъ размѣрахъ ея. Если приходится иногда отступать отъ этого правила, то это дѣлается въ крайнемъ случаѣ и съ величайшею осторожностью.

2) Вогнутость тазовой кривизны щипцовъ должна быть обращена въ ту сторону, въ которой находится подбородокъ, для того, чтобы имѣть возможность подвести его подъ лонную дугу.

3) Тракции должны быть дѣлаемы въ горизонтальномъ направленiи. Если тракции будутъ преждевременно совершаться вверхъ, то мы можемъ воспрепятствовать повороту подбородка подъ лонную дугу и такимъ образомъ помѣшать прорѣзыванiю лица.

4) При введенiи ложекъ нужно соблюдать особенную осторожность, чтобы не повредить частей лица.

При *подбородочно-лонной* позицiи наложенiе щипцовъ бываетъ прямое. Первый и второй моменты операцiи совершаются по тѣмъ же правиламъ, которыя изложены нами для наложенiя щипцовъ при затылочно-лонной позицiи. Во время 3-го момента тракции совершаются сначала въ горизонтальномъ направленiи, и немного понижая рукоятки, до появленiя подбородка изъ подъ лонной дуги. Коль скоро подбородокъ прорѣзался, рукоятки приподымаются вверхъ (фиг. 235). Однимъ словомъ, для освобожденiя подбородка усиливаемъ отклоненiе головки, а для освобожденiя лба, темени и затылка содѣйствуемъ сгибанiю ея.

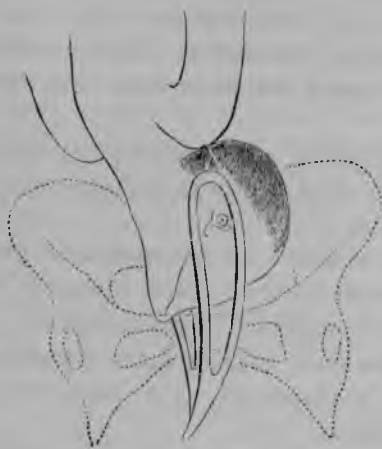


При *переднихъ видахъ 1-го и 2-го лицевыхъ положенiй* стараемся косымъ наложенiемъ щипцовъ довершить или ускорить внутреннiй поворотъ лица, подводя подбородокъ подъ лонное сочлененiе. Наложенiе щипцовъ и дѣйствiе ими ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ при переднихъ видахъ затылочныхъ положенiй.

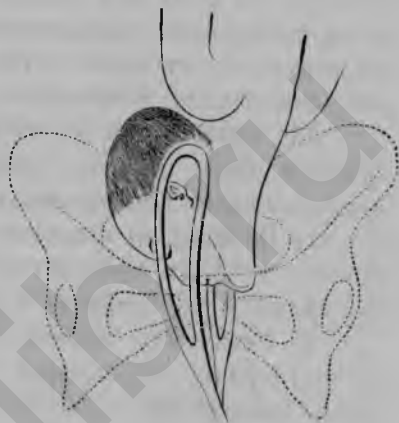
При *поперечныхъ видахъ лицевыхъ положенiй* совѣтуютъ двоякiй образъ дѣйствiя: 1) *Прямое наложенiе* щипцовъ, при которомъ одна

ложка ложится на подбородокъ, касаясь верхушкою своей передней части шеи младенца, другая же — на лобъ, касаясь темени его. 2) Захватить щипцами головку въ *поперечныхъ* размѣрахъ (фиг. 236 и 237) для того, чтобы совершить внутренній поворотъ лица; при этомъ

Фиг. 236.



Фиг. 237.



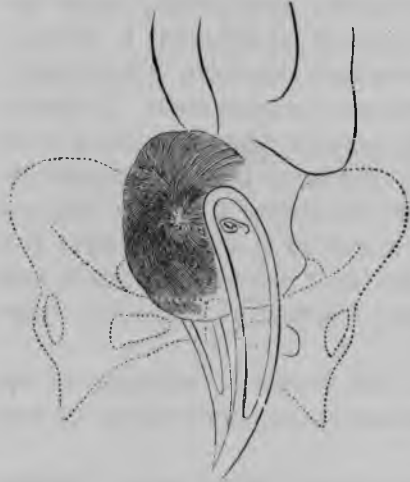
поперечный размѣръ головной кривизны ложекъ совпадаетъ съ прямыми размѣрами таза (наложеніе щипцовъ, несогласное съ принятымъ нами основнымъ правиломъ). Что касается до оцѣнки этихъ двухъ способовъ, то, за неимѣніемъ достаточныхъ данныхъ, я не могу высказать на этотъ счетъ положительнаго мнѣнія, хотя мнѣ кажется, что они оба неудобны. Невыгоды перваго способа состоятъ въ томъ, что ложками щипцовъ можно сдѣлать переломъ нижней челюсти, прижать дыхательное горло, сосуды и другія части, лежація на передней поверхности шеи; невыгода же втораго заключается въ томъ, что приходится прибѣгать къ такому наложенію щипцовъ, которое идетъ въ разрѣзъ съ основными правилами этой операціи. Поэтому первый способъ всегда имѣетъ мѣсто, если младенецъ уже мертвъ или когда дѣятельность сердца его такъ слаба и неправильна, что иотеряна всякая надежда на сохраненіе жизни плода <sup>1)</sup>; даже при благопріятномъ состояніи здоровья плода первый способъ всетаки выйднѣе, потому что сказанныхъ поврежденій плода, а тѣмъ болѣе матери, можно избѣгнуть, дѣйствуя щипцами осторожно. Умѣстнымъ считаю сказать, что къ наложенію щипцовъ при поперечныхъ видахъ лицеваго положенія могутъ заставить прибѣгнуть только тѣ обстоятельства, которыя требуютъ безотлагательнаго окончанія родовъ; въ противномъ случаѣ, благоразумнѣе выждать хотя бы самаго незначительнаго поворота подбородка къ лонному сочлененію.

Для извлеченія головки щипцами при *заднихъ видахъ лицеваго положенія*, когда лицо уже низко опустилось, существуютъ также два

<sup>1)</sup> При подобныхъ обстоятельствахъ нужно имѣть въ виду перфорацию и кранио-клазію.

способа. Одни совѣтуютъ прибѣгать къ косому наложенію щипцовъ и вращательными движеніями поворачивать подбородокъ къ промежности, фиг. 238, чрезъ усиленное же отклоненіе головки освобождать сначала подбородокъ, а потомъ уже изъ-подъ лонной дуги, — лобъ, темя и затылокъ, фиг. 239. Поэтому-то, до появленія подбородка со стороны

Фиг. 238.

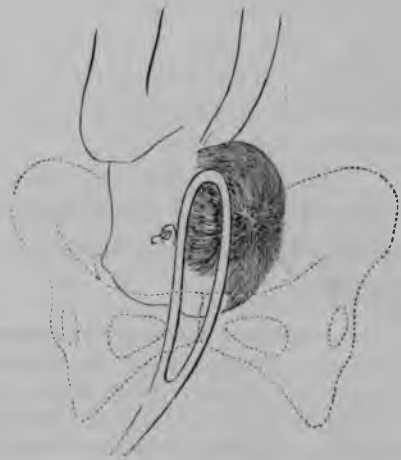


Фиг. 239.



промежности, рукоятки щипцовъ приподымаютъ вверхъ; коль скоро подбородокъ уже появился у края промежности, рукоятки щипцовъ опускаютъ внизъ. Другіе въ этомъ случаѣ совѣтуютъ, сдѣлавши косое наложеніе щипцовъ, при посредствѣ повторнаго перемѣщенія ложекъ, повернуть подбородокъ къ лонному сочлененію, т. е. сначала превратить задній видъ лицеваго положенія въ подбородочно-лонное положеніе и затѣмъ уже поступать по извѣстнымъ правиламъ; такъ напр., при заднемъ видѣ 1-го лицеваго положенія, фиг. 240 сперва накладываютъ лѣвую ложку и перемѣщаютъ ее подъ лонное сочлененіе, а потомъ — правую, со стороны крестцовой впадины, и стараются подвести подбородокъ къ лонному сочлененію.

Фиг. 240.



При первомъ изъ этихъ двухъ способовъ лицо устанавливается въ выходѣ таза подбородочно-затылочнымъ размѣромъ, который равняется 13 см. (5"). Поэтому, чтобы головка своими большими размѣрами могла проскользнуть чрезъ значительно меньшее отверстіе, необходимо сильное отклоненіе ея назадъ, что достигается сильными тракціями щипцовъ въ направленіи вверхъ. Вслѣдствіе этого подбородокъ подается впередъ, причемъ онъ сильно напираетъ на промежность, ко-

торая, не выдерживая чрезмѣрнаго растяженія, *разрывается*; шея же младенца сильно вытягивается.

Изъ этого видно, что при такомъ образѣ дѣйствія щипцами дѣтородныя части матери подвергаются тяжелымъ поврежденіямъ, а младенецъ почти неизбѣжной опасности умереть.

При второмъ способѣ, при которомъ стараются замѣнить одинъ видъ лицеваго положенія другимъ, необходимо, во-первыхъ, косое положеніе щипцовъ, которое требуетъ большой опытности и многихъ предосторожностей. Кромѣ того, чтобы совершить щипцами искусственно внутренній поворотъ лица, подбородокъ долженъ описать почти  $\frac{1}{2}$  окружности, что не можетъ не причинить скручиванія шеи младенца, если туловище его не будетъ слѣдовать этому повороту головки; наконецъ, нельзя однимъ приемомъ совершить этотъ поворотъ, а нужно два или три раза перемѣщать ложки щипцовъ, а иногда и снимать ихъ. Изъ этого видно, что и этотъ способъ имѣетъ свои неудобства, хотя онъ, какъ мнѣ кажется, менѣе опасенъ для матери и младенца, чѣмъ первый.

Въ подобныхъ трудныхъ случаяхъ, мнѣ кажется, акушеръ не погрѣшитъ, если въ виду сомнительности жизни плода приступитъ къ перфорации.

При высокомъ стояніи лица, еще во входѣ таза, когда головка подвижна, нужно стараться замѣнить лицевое положеніе затылочнымъ. Это одинъ разъ удалось мнѣ выполнить лично самому, во второй же разъ въ присутствіи моемъ, въ клиникѣ, ассистенту моему, д-ру *Точилоскому*. Въ обоихъ случаяхъ воды прошли и зѣвъ былъ вполне раскрытъ. Для выполнения этого приема вводится въ полость таза вся рука, и именно та, которою удобнѣе захватить затылокъ. Захвативъ его почти всею ладонною поверхностью и упирая большимъ пальцемъ въ подбородокъ или въ одну изъ скуловыхъ костей, производимъ сгибаніе головки до тѣхъ поръ, пока темя не помѣстится во входѣ таза; когда же головка установится въ надлежащихъ его размѣрахъ, то ее удерживаютъ въ такомъ положеніи до тѣхъ поръ, пока она, послѣ нѣсколькихъ потугъ, не установится прочно въ тазу.

Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ лицевыхъ предлежаній, гдѣ показанія требуютъ скораго окончанія родовъ и гдѣ есть еще возможность провести руку въ полость матки, предпочитаютъ поворотъ на ножки наложенію щипцовъ.

Наложеніе щипцовъ при лицевыхъ положеніяхъ составляетъ вообще не легкую задачу для акушера. Оно не представляетъ особенныхъ трудностей, когда природа сама выполняетъ большую часть задачи, именно если подбородокъ поворачивается подъ лонное сочлененіе; трудности же этой задачи возрастаютъ тѣмъ значительнѣе, чѣмъ болѣе подбородокъ обращенъ взадъ. Природѣ почти никогда не удастся окончить роды, когда подбородокъ поворачивается къ крестцу.

При поперечныхъ видахъ лицевыхъ положеній обыкновенно бываетъ такъ, что по истеченіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени подбородокъ поворачивается впередъ самъ собою. *Сдѣлать этотъ поворотъ искусственно, т. е. щипцами, весьма трудно*; кромѣ того, этотъ приемъ сопряженъ съ большими опасностями для матерн и



младенца, а иногда, несмотря на все усилия, поворотъ подбородка вовсе не удастся. То, что дѣлается на фантомѣ, и повидимому легко, далеко неисполнимо на роженницѣ. Поэтому, хотя нѣкоторые акушеры, какъ *Scanzoni*, *Martin*, *Lange* и пр., совѣтуютъ прибѣгать при заднихъ видахъ лицеваго положенія къ вышеописаннымъ приемамъ, однако большинство другихъ авторовъ ихъ отвергаетъ. Въ подобномъ случаѣ ничего не остается, какъ выжидать до послѣдней крайности, т. е. пока не совершится поворотъ лица впередъ и роды можно будетъ окончить при жизни плода щипцами, а въ случаѣ смерти его — перфорациею. Нѣкоторые акушеры (*Hellyin*, *Schröder*) по всей справедливости такъ мало надѣются на пользу щипцовъ при подобныхъ условіяхъ, что, если есть настоятельное показаніе къ быстрому окончанію родовъ, то они предпринимаютъ прободеніе головки даже живаго плода.

### Извлеченіе щипцами послѣдующей головки.

Говоря объ извлеченіи головки младенца, застрявшей въ полости таза, по рожденіи туловища, я уже имѣлъ случай указать на положенія, въ которыхъ она тамъ помѣщается. *Опытъ и наблюденія научили меня раздѣлять мнѣніе тѣхъ акушеровъ, которые утверждаютъ, что ручными приемами головка младенца въ большинство случаевъ извлекается гораздо удобнѣе, чѣмъ инструментами, и притомъ съ болѣе благоприятнымъ исходомъ какъ для младенца, такъ и для матери.* Само собою разумѣется, что все это имѣетъ мѣсто лишь въ такомъ случаѣ, если эти приемы будутъ исполнены съ надлежащею ловкостью, согласно показаніямъ и правиламъ искусства. Однако же бывають случаи, гдѣ встречаемыя препятствія столь значительны, что ручными приемами съ надлежащею скоростью освободить головку (что необходимо, если младенецъ живъ) бываетъ невозможно. Это преимущественно относится къ тѣмъ случаямъ, гдѣ имѣется несоразмѣрность между головкою и тазомъ.

Главная задача практическаго врача состоитъ въ томъ, чтобы заблаговременно предвидѣть (насколько это возможно), какимъ способомъ въ данномъ случаѣ выгоднѣе достигъ цѣли. При подобныхъ обстоятельствахъ нѣкоторые акушеры совѣтуютъ сперва попробовать освободить головку руками, и если это не удалось, то наложить щипцы. Подобный совѣтъ можно предложить, если младенецъ мертвъ, но если онъ живъ и жизнь его находится въ прямой зависимости отъ удачнаго извлеченія головки, то акушеръ нисколько не погрѣшитъ, если онъ, по невозможности опредѣлить несоразмѣрность головки съ полостью таза, или потому, что онъ владѣетъ лучше щипцами, нежели руками, прямо приступить къ наложенію щипцовъ.

Этотъ видъ наложенія щипцовъ мало отличается отъ таковаго же на предлежащую головку. Основныя правила тѣ же. Туловище съ ручками завертывается въ согрѣтую пеленку и поручается помощнику, который приподымаетъ его вверхъ и при наложеніи лѣвой ложки щипцовъ отклоняетъ вправо, а при наложеніи правой ложки — влѣво. Щипцы я всегда накладываю подъ туловищемъ младенца. При положеніяхъ: *затылочно-лонномъ* и *затылочно-крестцовомъ* имѣетъ мѣсто прямое наложеніе щипцовъ. При обоихъ этихъ положеніяхъ выполненіе 1-го и 2-го моментовъ операціи ничѣмъ не отличается отъ таковаго при предлежа-

щей головкѣ. Въ 3-мъ моментѣ при *затылочно-лонной* позиціи, фиг. 241, извлекаемъ головку, направляя рукоятки внизъ до тѣхъ поръ, пока затылокъ не покажется изъ-подъ лоннаго сочлененія. Коль скоро онъ показался, то рукоятки приподымаемъ вверхъ въ направленіи отъ *C*

Фиг. 241.



къ *B*. При влеченіяхъ помощникъ даетъ туловищу младенца направленіе, соответствующее рукояткѣ инструмента. При *затылочно-крестцовой* позиціи, въ случаѣ сгибанія (*flexio*) головки, фиг. 242, дѣйствуемъ щипцами въ горизонтальномъ направленіи и опускаемъ рукоятки внизъ отъ *B* къ *C*, пока лобъ не освободится изъ-подъ лонной дуги, послѣ чего онъ слегка приподымаются. Въ случаѣ отклоненія (*extensio*) головки, фиг. 243, щипцы накладываются почти вертикально и уже при первой

Фиг. 242.



Фиг. 243.



тракціи рукоятки приподымаются вверхъ въ направленіи отъ *C* къ *B*, и освобождается сперва затылокъ, а потомъ лобъ.

Нѣкоторые акушеры совѣтуютъ накладывать на послѣдующую головку щипцы со стороны передней поверхности тѣла младенца. На фиг. 244 представлено такое нало-

женіе щипцовъ, когда головка находится въ состояніи сгибанія, и на фиг. 245, когда она находится въ состояніи разгибанія. Такое наложеніе щипцовъ весьма неудобно.

Прямое наложеніе щипцовъ, по совѣту *Scanzoni*, имѣеть мѣсто и при поперечныхъ видахъ затылочныхъ положеній. Въ послѣднемъ случаѣ онъ весьма основательно совѣтуетъ вводить сперва ту ложку, которая должна лечь на лицо.

Фиг. 244.



При переднихъ и заднихъ видахъ затылочныхъ положеній (послѣдующей головки) допускается косое наложеніе щипцовъ съ цѣлью исправить одну изъ этихъ позицій въ затылочно-лонную или затылочно-крестцовую и затѣмъ уже извлечь головку. При этомъ наложеніи щипцовъ дѣйствуютъ ими такъ, чтобы совершить искусственно впутренній поворотъ головки, руководствуясь тѣми же правилами, которыя были изложены при предлежащей головкѣ.

фиг. 245.



*Smellie* первый ввелъ въ акушерскую практику наложеніе щипцовъ на послѣдующую головку, и съ тѣхъ поръ способъ этотъ вошелъ во всеобщее употребленіе. *M-me Lachapelle* сильно вооружалась противъ него и утверждала, что способъ этотъ не только бесполезенъ, но даже вреденъ, потому что при этомъ плодъ почти навѣрно погибаетъ.

Изъ новѣйшихъ акушеровъ въ такомъ же смыслѣ высказывается *Schröder*. Несмотря на все это, нужно сказать, что опасенія *m-me Lachapelle* преувеличены. Если умирало много плодовъ при извлеченіи щипцами послѣдующей головки, то главнымъ образомъ для освобожденія головки ручными приемами, во время которыхъ плодъ успѣвалъ уже умереть. Множество наблюденій доказываетъ самымъ положительнымъ образомъ, что при своевременномъ положеніи щипцовъ и быстромъ освобожденіи головки младенецъ извлекается живымъ, безъ большаго вреда для матери. Никто такъ много и съ такимъ успѣхомъ не накладывалъ щипцовъ на послѣдующую головку, какъ бывшій проф. акушерства въ Дерптѣ *P. U. Walter*.

**Предсказанія.** Говоря вообще, наложеніе щипцовъ, предпринимаемое и исполненное съ соблюденіемъ надлежащихъ предосторожностей, не оказываетъ вреднаго вліянія на здоровье матери и плода. Это положеніе издавна было принято всѣми, такъ что уже вскорѣ послѣ введенія щипцовъ въ акушерскую практику ихъ назвали *безвредными*. Дѣйствительно, этого названія совершенно заслуживаетъ легкое наложеніе щипцовъ, т. е. если нѣтъ несоразмѣрности между тазомъ и головкою, и когда послѣдняя стоитъ у выхода таза, а равно если нѣтъ другихъ важныхъ осложненій родоваго акта. Но если, съ одной стороны, только что приведенное нами мнѣніе подтверждается многочисленными наблюденіями, то, съ другой, не подлежитъ также сомнѣнію, что при трудномъ наложеніи щипцовъ, а тѣмъ болѣе при несоблюденіи вышеизложенныхъ основныхъ правилъ, операція эта можетъ повлечь за собою весьма тяжкія послѣдствія какъ для плода, такъ и для роженицы, или же для обоихъ вмѣстѣ. Такъ какъ тщательное знакомство съ поврежденіями, могущими быть послѣдствіями щипцовъ, имѣетъ важное значеніе въ практическомъ отношеніи, то мы считаемъ нужнымъ ближе коснуться этого вопроса.

а) Неблагопріятныя послѣдствія для роженицы.

1) *Разрывы промежности* въ различной степени составляютъ вообще серьезное и подчасъ весьма тяжкое страданіе, какъ напр. полные разрывы промежности съ нарушеніемъ цѣлости сжимательныхъ мышцъ.

2) *Поврежденія рукава и матки*. Въ рукавѣ кромѣ ссадинъ, подтековъ и поверхностныхъ надрывовъ слизистой оболочки, составляющихъ довольно частое явленіе послѣ щипцовъ, могутъ встрѣчаться глубокія поврежденія тканей, вслѣдствіе тренія или болѣе или менѣе сильнаго прижатія ихъ щипцами съ послѣдующимъ воспаленіемъ и омертвѣніемъ ихъ, а равно болѣе или менѣе обширныя свищи (*fistulae recto-vaginales, vesico-vaginales, utero-vaginales* и т. п.). Къ этой категоріи тяжелыхъ поврежденій должно отнести разрывы свода рукава, далеко нерѣдко влекущіе за собою смерть роженицы. Что касается травматическихъ поврежденій самой матки, наблюдающихся вслѣдствіе наложенія щипцовъ, то чаще всего встрѣчаются такъ называемыя *usurae uteri*, благопріятствующія всасыванію инфекціонныхъ веществъ съ послѣдовательнымъ развитіемъ воспаления матки и сосѣднихъ органовъ. Еще болѣе серьезное значеніе имѣетъ глубокое нарушеніе цѣлости передней и задней стѣнокъ нижняго отрѣзка матки (полныя и неполныя

разрывы матки). Последнее встрѣчается почти исключительно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ къ наложенію щипцовъ приступаютъ при не-  
вполнѣ открытомъ зѣвѣ, и преимущественно при рахитическихъ тазахъ, какъ обще-сѣуженныхъ, такъ и частично-сѣуженныхъ съ сильно выдающимся въ полость таза мысомъ, причемъ задняя стѣнка нижняго от-  
рѣзка матки бываетъ сильно сжата между головкою и мысомъ. Всѣ эти поврежденія располагаютъ къ септикеміи.

3) *Паретическое состояніе, а равно воспалительное набуханіе шейки мочевого пузыря*, вслѣдствіе сильнаго ея прижатія, — обстоятельства, веду-  
щія или къ недержанію, или къ задержкѣ мочи.

4) *Растяженіе и разрывы тазовыхъ связокъ и переломы костей*.  
Примѣры подобныхъ весьма тяжелыхъ поврежденій, обусловливающихъ щипцами, приводятся *Baudelocque*'омъ, *m-me Lachapelle*, *Trefurt*'омъ, *Otto*, *Scanzoni* и др. (см. стр. 237 и фиг. 115).

5) *Весьма упорныя нервныя боли нижнихъ конечностей* вслѣдствіе ушиба или продолжительнаго прижатія нервныхъ стволовъ.

б) Поврежденія младенца:

1) *Поврежденія покрововъ головки*, производимыя ребрами ложекъ; сюда относятся: подтеки, ссадины и т. п.

2) Гораздо серьезнѣе *послѣдствія отъ сильнаго сжатія головки плода*, производимаго щипцами. Сюда относятся *вдавленія и переломы черепныхъ костей, разрывы кровеносныхъ сосудовъ мозговыхъ оболочекъ, кровоизліянія въ существо мозга* и пр.

3. По мнѣнію *Hecker'a* <sup>1)</sup>, дѣти нерѣдко умираютъ вслѣдствіе прижатія верхушками ложекъ шейныхъ сосудовъ или же пуповины, обвитой вокругъ шеи.

4. *Параличъ отдельныхъ мускуловъ лица*, тоже вслѣдствіе прижатія ложками щипцовъ личнаго нерва. Параличи эти, правда, проходятъ въ большинствѣ случаевъ сами собою или же при помощи рациональной терапіи; но если параличъ поражаетъ значительную группу мышцъ, то дѣти при этомъ не въ состояніи сосать и глотаніе бываетъ затруднено.

5. *Поврежденіе различныхъ частей лица*, какъ то: глазъ, носа, губъ и даже отрывъ ушныхъ раковинъ (*Kilian*).

Хотя только что перечисленныя неблагоприятныя послѣдствія отъ употребленія щипцовъ и не даютъ намъ права считать этотъ инструментъ вполнѣ безвреднымъ, однако польза, приносимая имъ такъ велика, что причиняемый ими вредъ можно считать относительно ничтожнымъ. Нѣкоторыя изъ приведенныхъ нами вредныхъ послѣдствій щипцовъ (какъто: разрывы промежности, надрывы рукава, паретическое состояніе пузыря, воспаленія матки съ ихъ послѣдствіями, легкія поврежденія покрововъ головки) иногда неизбѣжны даже въ рукахъ самаго искуснаго и опытнаго оператора; другія изъ нихъ нерѣдко бываютъ результатомъ нераціональнаго употребленія щипцовъ, излишней торопливости въ приложеніи ихъ къ дѣлу и грубаго насилія. Повреж-

<sup>1)</sup> Klinik der Geburtsk. Т. II., p. 197.

денія, встрѣчающіяся при осторожномъ употребленіи щипцовъ и составляющія иногда неизбежное зло, не могутъ и не должны бросать тѣни на акушера; тяжелыя же поврежденія, происшедшія вслѣдствіе торопливости, грубаго насилія или при ненадлежащихъ показаніяхъ, даютъ поводъ къ нареканіямъ и падаютъ на совѣсть оператора. Послѣ всего сказаннаго мы считаемъ излишнимъ распространяться о томъ, до какой степени начинающій долженъ быть остороженъ въ употребленіи щипцовъ.

Предсказаніе при наложеніи щипцовъ, говоря вообще, благопріятнѣе для роженицы, чѣмъ для плода. Такъ на 23430 родовъ въ Спб. Родовсп. Заведеніи были наложены щипцы 433 раза, что составляетъ 1,8%. Изъ этого числа умерло матерей 55 = 12,7% и младенцевъ 111 = 25,6%.

Предсказаніе какъ для роженицы, такъ и для младенца въ каждомъ данномъ случаѣ обуславливается главнымъ образомъ показаніемъ, на основаніи котораго приступаютъ къ наложенію щипцовъ. Такъ, предсказаніе несравненно благопріятнѣе, если щипцы накладываются по причинѣ слабости потугъ, чѣмъ если онѣ накладываются при кровотеченіи или при какомъ нибудь другомъ болѣзненномъ припадкѣ со стороны роженицы, напр. при эклампсіи, упадкѣ силъ и т. п. Особенно неблагоприятно предсказаніе при суженіяхъ таза. Положеніе плода и виды его имѣютъ также важное вліяніе на предсказаніе. При предлежаніяхъ затылочныхъ оно многимъ лучше какъ для матери, такъ и для плода, чѣмъ при лицевыхъ. При переднихъ видахъ затылочнаго, а равно и лицеваго положеній извлеченіе головки щипцами совершается гораздо удобнѣе и легче, чѣмъ при заднихъ.

Нелишнимъ считаю замѣтить, что предсказаніе для матери и младенца при щипцахъ лучше, чѣмъ таковое при поворотѣ, особенно съ послѣдующимъ ручнымъ извлеченіемъ плода за ножки.

**Показанія.** Изъ всего вышеизложеннаго о щипцахъ слѣдуетъ, что инструментъ этотъ главнымъ образомъ служитъ посредникомъ для приложенія посторонней внѣшней силы, которая или только содѣйствуетъ потужной дѣятельности матки, или же замѣняетъ ее настолько, насколько это необходимо для окончанія родовъ. Поэтому всѣ показанія къ употребленію щипцовъ могутъ быть вообще раздѣлены на двѣ главныя группы:

I. Наложеніе щипцовъ показуется во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ потужная дѣятельность матки ослабѣла до такой степени, что ея недостаточно для изгнанія плода, а между тѣмъ отъ замедленія хода родовъ можетъ произойти опасность или для матери, или же для матери и плода вмѣстѣ.

II. Щипцы показываются во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ хотя потужная дѣятельность и остается нормальной, но скорѣйшее окончаніе родовъ становится необходимымъ по причинѣ осложненій родоваго акта обстоятельствами, угрожающими опасностью роженицѣ или плоду, или же обоемъ вмѣстѣ.

Теперь перейдемъ къ разсмотрѣнію показаній въ частности.

а) Показанія со стороны роженицы.

1) *Слабость потугъ* бываетъ однимъ изъ самыхъ частыхъ показаній къ употребленію щипцовъ. Если для возстановленія нормальнаго характера потугъ были употреблены соотвѣтственные средства и они не принесли желаемой пользы, а между тѣмъ сердцебіеніе плода становится неправильнымъ, то не остается ничего болѣе, какъ окончить роды щипцами. Иногда приходится ускорить ходъ родовъ извлеченіемъ младенца помощью щипцовъ при ослабленіи родовыхъ вспомогательныхъ силъ, какъ это бываетъ напр. при грудной и брюшной водянкѣ (отъ какихъ бы причинъ она ни происходила), причеиъ роженица не можетъ надлежащимъ образомъ вырабатывать потугъ.

2) *Съуженіе таза*. Съуженія таза 1-й и 2-й степени (по принятому нами дѣленію) подавали поводъ ко множеству разногласій и въ особенности въ послѣднее время, когда при этихъ съуженіяхъ стали прибѣгать къ повороту на основаніи доводовъ, которые приведены выше (см. стр. 424) При съуженіяхъ таза, потужной дѣятельности матки иногда удается преодолѣть механическое препятствіе со стороны таза, и въ такомъ случаѣ роды могутъ окончиться сами собою; но это можетъ имѣть мѣсто лишь при двухъ обстоятельствахъ: а) если головка конфигурируется надлежащимъ образомъ, т. е. если она принаровится своими размѣрами къ размѣрамъ даннаго таза, и б) когда сила потужной дѣятельности достаточна для того, чтобы преодолѣть препятствіе, обусловливающееся съуженіемъ таза. Это-то второе обстоятельство, т. е. недостаточность потугъ, и можетъ подавать здѣсь поводъ къ тому, чтобы прибѣгнуть къ щипцамъ. Въ такомъ случаѣ нерѣдко будемъ имѣть дѣло не только со слабостью потугъ, но и съ препятствіемъ вслѣдствіе неправильности таза. Спрашивается, насколько могутъ быть полезны щипцы въ подобныхъ случаяхъ? При съуженіяхъ таза, гдѣ конъюгата частично-съуженнаго таза (и вообще самый короткій размѣръ) имѣетъ не менѣе 8 см. (3") и притомъ когда мягкая головка плода имѣла достаточно времени для того, чтобы конфигурироваться соотвѣтственно неправильности тазоваго канала, — щипцы могутъ быть употреблены съ пользою. Совсѣмъ другое дѣло при болѣе значительныхъ степеняхъ съуженія, гдѣ конъюгата менѣе 8 см. и гдѣ головка плода не можетъ естественными родовыми силами приспособиться къ размѣрамъ входа таза: здѣсь дѣйствіе щипцовъ можетъ быть губительно не только для плода, но и для матери, примѣненіе же въ подобныхъ случаяхъ большей силы какъ для сжатія головки, такъ и для влеченій, нераціонально.

Разбираемое нами показаніе составляетъ истинный камень преткновенія не только для начинающаго, но иногда и для опытнаго практика, потому что *нѣтъ никакой возможности съ точностью установить предѣлъ съуженія таза, при которомъ во всѣхъ случаяхъ должно или можно прибѣгать къ щипцамъ.*

Изъ сказаннаго видно, что въ трудныхъ случаяхъ родовъ, при неправильномъ тазѣ, для разрѣшенія вопроса о примѣнкости щипцовъ



нужно обращать вниманіе: а) на характеръ и степень суженія таза, б) на способность головки плода конфигурироваться и с) на силу потугъ; притомъ никогда не слѣдуетъ спѣшить съ искусственнымъ пособіемъ, если къ этому не имѣется особенно настоятельныхъ показаній. Относительно большинства случаевъ съ большою вѣроятностью можно допустить, что при частично-суженныхъ тазахъ, гдѣ конъюгата имѣетъ не менѣе 8 см., и при благопріятныхъ условіяхъ со стороны головки и потугъ, роды могутъ быть счастливо окончены щипцами; при общесуженныхъ же тазахъ этого результата можно достигнуть только при конъюгатѣ въ  $8\frac{1}{2}$  см. (около  $3\frac{1}{4}$ " ).

Приведенныя здѣсь соображенія относительно разбираемаго показанія мы не считаемъ правиломъ безъ исключеній; напротивъ, мы убѣждены, что эти послѣднія встрѣчаются и требуютъ возможнаго разъясненія. *Baudelocque* <sup>1)</sup> вышнимъ предѣломъ суженія таза, при которомъ позволительно накладывать щипцы, считалъ укороченіе конъюгаты до 2"6—8", а другіе за предѣлъ этотъ принимаютъ конъюгату въ 3". — Ученіе это въ настоящее время оставлено, потому что одно только суженіе, взятое само по себѣ, не можетъ рѣшить вопроса. Въ самомъ дѣлѣ, въ приведенномъ сочиненіи того же *Baudelocque'a* и у многихъ другихъ авторовъ новѣйшаго времени можно найти немало наблюденій, показывающихъ, что роды оканчивались не только щипцами, но и сами собою при конъюгатѣ въ  $2\frac{1}{2}$ " и даже менѣе. Подобнаго рода случай мы встрѣтили и въ нашей практикѣ. Но это доказываетъ только, что въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ природа, при благопріятныхъ условіяхъ со стороны плода и потугъ, можетъ иногда преодолѣть препятствіе, которое кажется непреодолимымъ, судя только по степени суженія таза. Если положимъ, что въ подобномъ случаѣ разъ или два наложены были щипцы безъ вреда для роженицы и плода, то это еще нисколько не доказываетъ, что щипцы показаны при подобнаго рода суженіяхъ, такъ какъ это опровергается множествомъ наблюденій, въ которыхъ попытки къ наложенію щипцовъ при подобнаго рода суженія влекли за собою самыя печальныя послѣдствія. То, что природѣ иногда удается совершить въ теченіи многихъ часовъ, приравливая неподвольныя размѣры головки къ суженнымъ размѣрамъ таза, едва ли удастся искусству, имѣющему въ своемъ распоряженіи силу, которую трудно распределить по желанію и падобности на извѣстныя части головки. Для того, чтобы уменьшить поперечный размѣръ головки на 8 мм., *Deleurye* приходилось дѣйствовать на нее силою въ 70 килограммовъ въ теченіи 10 минутъ. Изъ этого простаго факта можно легко заключить, какую силу должно употребить для того, чтобы провести чрезъ тазовой каналъ головку, еслибы потребовалось уменьшить ее въ какомъ либо размѣрѣ на 1 или  $1\frac{1}{2}$  сантиметра. При этомъ едва ли можно имѣть надежду извлечь живаго и способнаго къ самостоятельной жизни ребенка. Выводъ этотъ, добытый экспериментальнымъ путемъ, доказывается, какъ нельзя лучше, статистическими данными. Такъ, въ то время какъ на 1263 наложеній щипцовъ вообще *Ploss* <sup>2)</sup> насчитываетъ только 33 умершихъ родильницъ, т. е. нѣсколько болѣе  $2\frac{1}{2}\%$ , по д-ру *Guenbergeru* <sup>3)</sup> щипцы при узкомъ тазѣ даютъ 70% заболѣваній и 30% смертности родильницъ. Цифры эти говорятъ сами за себя и не нуждаются въ дальнѣйшихъ поясненіяхъ. Въ заключеніе мы считаемъ нужнымъ указать еще на одно обстоятельство, которое играетъ чрезвычайно важную роль при оцѣнкѣ разсматриваемаго показанія. Головка при сколько нибудь значительныхъ суженіяхъ (которыя бываютъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ въ передне-заднихъ размѣрахъ) вставляется въ тазъ такимъ образомъ, что продольные размѣры ея совпадаютъ съ поперечными размѣрами таза. При наложеніи щипцовъ одна ложка ляжетъ на затылокъ, а другая на лобъ; сжатіе головки, слѣдовательно, будетъ происходить главнымъ образомъ въ продоль-

<sup>1)</sup> L'art des accouchemen. Т. II, р. 27.

<sup>2)</sup> Monatsschr. f. Geburtsh. 1864, pp. 1—38.

<sup>3)</sup> См. его отчетъ (нѣм. изд.). Слб. 1863, стр. 72.

ныхъ размѣрахъ, а увеличеніе въ поперечныхъ; безспорно, это послѣднее встрѣтитъ противодѣйствіе со стороны стѣнокъ таза, которое при влеченіяхъ головки хотя и можно преодолѣть внѣшней силой, но оно очень опасно для роженицы. Изъ этого и видно, что для извлеченія головки щипцами недостаточно одной только внѣшней силы, которая могла бы уменьшить головку въ направленіи однихъ только размѣровъ, напр., продольныхъ; здѣсь нужна надлежащая конфигурація головки, т. е. уменьшеніе головки во всѣхъ размѣрахъ соотвѣтственно данному суженію. Поэтому примѣненіе внѣшней силы, не исключая и постоянно-дѣйствующей, помощью аппарата *Joulin's* (*aide-forceps*), при которомъ согласно опытамъ самого автора можно уменьшить головку на 1.5 см. силой отъ 32 до 54 киллограм. (среднимъ числомъ въ 43 киллограм.), еще далеко не удовлетворительно относительно той цѣли, которую мы имѣемъ въ виду, дѣйствуя щипцами при суженныхъ тазахъ.

Старые практики въ случаяхъ незначительнаго суженія таза (конъюгата отъ 8 до 10 см.—отъ 3" до 3 $\frac{3}{4}$ " ), при которомъ нѣтъ абсолютнаго показанія къ прободенію головки, поступаютъ обыкновенно такимъ образомъ, что выжидаютъ, насколько это возможно безъ особеннаго вреда для роженицы и плода. Коль скоро же наступаетъ показаніе къ окончанію родовъ, они накладываютъ щипцы и пытаются, соблюдая всевозможную осторожность, извлечь имъ головку. Если же это не удается, то, не снимая щипцовъ, прибѣгаютъ къ перфорациі. Въ случаѣ невозможности извлечь младенца щипцами, накладываютъ кефалотрибъ. Хотя этотъ образъ дѣйствія не всегда выдерживаетъ строгую критику, но онъ имѣетъ за собою и нѣкоторыя хорошія стороны, такъ-какъ онъ основанъ существенно на томъ, что *ни въ одномъ случаѣ при неправильныхъ тазахъ нельзя абсолютно предвидѣть, какой оборотъ приметъ родовой актъ подъ вліяніемъ силы природы, а также въ совокупности съ даннымъ пособіемъ искусства.*

3) Всѣ тѣ патологическія состоянія роженицы, при которыхъ угрожаетъ какая либо опасность или ей самой, или же плоду, или обоимъ вмѣстѣ. Сюда относятся чрезмѣрная слабость роженицы вслѣдствіе предшествовавшихъ болѣзней: *tuberculosis pulm.*, *haemoptysis* въ сильной степени, а равно и острыхъ болѣзней, какъ-то: *pneumonia*, *pleuritis*, *typhus*, *variola*, *rubeola*, *scarlatina* и т. п; болѣзни, развивающіяся во время родовъ, какъ то: *haemorrhagia cerebri*, *encephalitis*, *eclampsia* и т. д.

4) При развившемся эндометритѣ и тимпанитѣ матки.

5) При разрывахъ матки въ 3-мъ періодѣ родовъ. Здѣсь можетъ потребоваться наложеніе щипцовъ какъ на подлежащую, такъ и на послѣдующую головку.

6) При новообразованіяхъ въ полости таза. Здѣсь принимается въ соображеніе консистенція опухоли, степень ея уступчивости, а равно размѣръ суженнаго мѣста.

Полипы, препятствующія раскрытію маточнаго зѣва, а равно затрудняющіе значительнымъ своимъ объемомъ прохожденіе плода, удаляются по правиламъ хирургіи до наложенія щипцовъ.

7) Разрывъ варикознаго расширенія венъ рукава и большихъ губъ съ послѣдующимъ сильнымъ кровотеченіемъ требуетъ быстро извлеченія младенца и послѣдовательной тампонаціи. Если разрывъ случается при условіяхъ, когда еще невозможно наложить щипцы, то послѣднимъ предпосылается тампонація.

8) Отрывъ передней губы влагалищной части и ущемленіе ея между головкою и переднею стѣнкою таза.

9) Выпаденіе влагалища и невривимое ущемленіе передней стѣнки его между головкою и передней стѣнкою таза.

10) Задержаніе мочи, при которомъ мочевоу пузырь не можетъ быть опорожненъ катетеромъ.

b) Показанія со стороны плода и придаточныхъ частей его:

1) Ослабленіе, чрезмѣрное ускореніе или, наоборотъ, значительное замедленіе сердцебіенія плода во время родового акта и притомъ въ такой степени, что оно заставляетъ опасаться за жизнь его. Во всякомъ случаѣ, если послѣ вступленія головки въ полость таза (въ 3-мъ періодѣ) при достаточныхъ повидимому потугахъ, роды не оканчиваются въ теченіи 6—8 часовъ, то слѣдуетъ оканчивать ихъ щипцами,—будетъ ли это у первородящей или у многорождающей. При подобныхъ условіяхъ замедленія родовъ всегда существуютъ незначительныя механическія препятствія или со стороны вмѣстимости таза, или со стороны величины головки, или наконецъ со стороны неправильности механизма родовъ, которыя весьма легко могутъ быть удалены помощью щипцовъ.

2) Выпаденіе одной или нѣсколькихъ конечностей при затылочныхъ и лицевыхъ предлежаніяхъ, затрудняющее ходъ родовъ.

3) При всѣхъ маточныхъ кровотеченіяхъ, обусловливающихъ ранневременнымъ отдѣленіемъ дѣтскаго мѣста или предлежаніемъ его.

4) При выпаденіи пуповины, если ее нельзя вправить и удержать въ полости матки.

5) При оставшейся въ полости матки головкѣ, послѣ декапитаціи, или отрыва туловища при неосторожномъ извлеченіи за ножки (мноу было испытано дважды безъ успѣха).

**Противопоказанія.** На основаніи вышесказаннаго не трудно будетъ придти къ заключенію относительно тѣхъ обстоятельствъ, которыя составляютъ *противопоказанія* къ наложенію щипцовъ. Сюда должно отнести

1) Чрезмѣрная величина и неподатливость головки плода, а также головная водянка, при которой щипцы не могутъ принести пользы, такъ какъ онѣ будутъ постоянно соскальзывать.

2) Извѣстныя аномаліи въ первоначальномъ развитіи, обусловливающія чрезмѣрное уменьшеніе головки, напр. *hemicephalia*.

3) Слишкомъ высокое стояніе и подвижность головки и ненадлежащее приспособленіе ея къ размѣрамъ таза.

4) Сбуженія таза 3-й степени.

## ОТДѢЛЪ II.

### Б. ОБЪ ОПЕРАЦІЯХЪ, УМЕНЬШАЮЩИХЪ ОБЪЕМЪ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ РОДОВЪ.

Къ этой группѣ относятся слѣдующія операціи: I) *уменьшеніе объема головки плода*, II) *уменьшеніе объема туловища его*, а равно III) *раззятіе плода по частямъ*.

## ГЛАВА XIV.

### Уменьшеніе объема головки плода.

Уменьшеніе объема головки имѣетъ вообще задачей облегчить прохожденіе ея черезъ тазовой каналъ при несоразмѣрности этого послѣдняго съ головкою.

Оно достигается а) *прободеніемъ черепа съ опорожненіемъ полости его* и б) *помощью раздробленія черепа*. Сперва разсмотримъ прободеніе головки утробнаго младенца и тѣсно связанныхъ съ нимъ оперативныхъ пособій, помощью которыхъ головка извлекается наружу *безъ дальнѣйшаго нарушенія ея целостности*.

**Прободеніе головки утробнаго младенца** (Craniotomia. Perforatio s. trepanatio cranii. Excerebratio. Exencephalosis. Cephaloprisis. Perforation du crâne, céphalotomie. Perforation des Kopfes. Craniotomy).

**Историческія замѣчанія.** Изъ краткаго историческаго очерка, приведеннаго въ началѣ нашего сочиненія, читатель имѣлъ возможность познакомиться до известной степени съ состояніемъ акушерства, начиная съ глубокой древности до настоящаго времени. Тамъ мы указали уже на то, что древніе врачи, не будучи знакомы ни съ механизмомъ родовъ, ни со строеніемъ женскаго таза, въ затруднительныхъ случаяхъ были совершенно безпомощны, и въ видахъ спасенія матери имъ ничего болѣе не оставалось какъ кончать роды уменьшеніемъ объема плода, т. е. прибѣгать къ раззединенію

его цѣлости. Поэтому именно объ этой-то части акушерства мы находимъ довольно подробныя указанія у врачей самой отдаленной отъ насъ эпохи. Такъ *Hippocrates* говоритъ, что если нельзя окончить иначе роды, т. е. когда истощены все известныя средства, то ничего болѣе не остается какъ разсѣчь головку помощью инструмента, который онъ называлъ *gladiolum (machairon)* и который былъ, вѣроятно, ничто иное, какъ острый крючекъ. *Celsus*, правда, не упоминаетъ прямо о прободеніи головки, но зато говоритъ объ употребленіи крючковъ, которые вкалываются въ ротъ, ухо и пр. и служатъ для извлеченія головки. Не можемъ здѣсь не замѣтить, что древніе врачи, въ особенности *Hippocrates*, сильно настаивали на томъ, что операція эта должна быть предпринимаема исключительно на мертвомъ плодѣ. Но, очевидно, это не болѣе какъ еурхемія: какимъ образомъ они могли убѣждаться въ жизни или смерти плода, если они не имѣли понятія объ аускультациі? На этомъ основаніи мы имѣемъ полное право утверждать, что древніе врачи по необходимости, и совершенно не вѣдая о томъ, должны были перфорировать немало живыхъ дѣтей.

Въ средніе вѣка, когда ученіе о поворотѣ на ножки было совершенно забыто, прободеніе черепа несомнѣнно должно было производиться гораздо чаще. Объ этомъ можно заключить изъ того, что у писателей арабской школы, наприм. у *Albukasis'a*, глава объ уменьшеніи объема плода занимаетъ первое и главное мѣсто. Тогдашняя техника разсматриваемой операціи, судя по описаніямъ, не отличалась ни цѣлесообразностью, ни деликатностью пріемовъ. Хотя, начиная съ XVI ст., именно со времени вторичнаго введенія въ науку поворота на ножки (*A. Paré, Guillemeau, Mauriceau, Peu*), въ особенности же щипцовъ (*Levet, Smellie*), краніотомія дѣлалась не такъ часто, какъ прежде, тѣмъ не менѣе традиціи старой науки были еще слишкомъ свѣжи, чтобы о нихъ можно было скоро забыть. Такъ, еще во 2-й половинѣ прошлаго столѣтія въ Германіи нашлись два акушера *Mittelhäuser* и *Deisch*, обезсмертившіе себя чрезвычайною приверженностью къ этой операціи: *Deisch*, на 59 родовъ въ 29 случаяхъ прибѣгнулъ къ ножу и острымъ крючкамъ. Вѣроятно и во Франціи дѣло было не лучше, такъ-какъ у *G. de la Motte'a* находимъ на этотъ счетъ рассказы, наводящіе ужасъ. Словомъ, дѣло дошло до того, что такіе люди, какъ *Osiander*, формально вооружились всеѣмъ своимъ авторитетомъ противъ всѣхъ операцій, уменьшающихъ плодъ, въ томъ числѣ и противъ краніотоміи, и старались доказать, что эти операціи не должны быть допускаемы въ практикѣ. Несмотря на всю исключительность и крайность взгляда *Osiander'a*, нельзя не признать его полезнымъ въ томъ отношеніи, что имъ положена рѣзкая грань между старымъ и новымъ акушерствомъ. Безъ сомнѣнія, мы и теперь нерѣдко вынуждены прибѣгать къ перфорациі головки, но это дѣлается на основаніи твердыхъ научныхъ показаній, установленіе которыхъ и составляетъ собственно заслугу *Levet'a, Smellie, Boër'a* и изъ новѣйшихъ *P. Dubois, Kiwisch'a, Stoltz'a* и др. Кромѣ того и въ отношеніи техники разсматриваемой операціи между древнимъ и новымъ акушерствомъ существуетъ громадная разниа.

Говоря объ исторической судьбѣ краніотоміи, мы не можемъ не замѣтить, что въ этомъ отношеніи существуетъ теперь очень значительная разниа между школами англійской съ одной стороны, французской и нѣмецкой съ другой. Различіе это сводится собственно къ тому, что въ первой изъ упомянутыхъ школъ къ краніотоміи прибѣгаютъ несравненно чаще, чѣмъ въ послѣднихъ. Достаточно здѣсь указать на то, что многіе англійскіе акушеры чаще прибѣгаютъ къ краніотоміи, чѣмъ къ щипцамъ. Столь рѣзкое разногласіе названныхъ школъ объясняется двумя обстоятельствами: во-первыхъ, устройствомъ щипцовъ, которые употребляютъ англичане, французы и нѣмцы. Маленькими короткими щипцами англичанъ ничего нельзя сдѣлать при высокомъ стояніи головки, а равно и при извѣстныхъ суженіяхъ таза, между тѣмъ какъ при помощи большихъ щипцовъ, употребляемыхъ нѣмцами, а въ особенности-же французскими акушерами, можно нерѣдко обойтись безъ прободенія головки. Второе изъ указанныхъ нами обстоятельствъ состоитъ въ различіи воззрѣній на жизнь плода: англійскіе акушеры до сихъ поръ руководствуются принципомъ, что въ случаѣ опасности, угрожающей жизни матери и плода, всегда должно предпочитать жизнь матери. Въ Германіи и во Франціи акушеры долго не соглашались съ этимъ; въ настоящее же время, какъ тѣ, такъ и другіе начи-

нають дѣлать въ этомъ отношеніи уступки. Впрочемъ, мы будемъ имѣть еще случаи коснуться этого вопроса при разборѣ показаній къ краниотоміи.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Arlt. Beitr. z. Prognose d. Perforation. Diss. inaug. Breslau 1874. Assalini. Observat. pract. de tutiore modo extrahendi foetum jam mortuum supra vitiatam pelvim detentum. Mediol. 1810. Boër. Abhandl. u. Versuche geburtshülf. Jnh. 1793. T. III, p. 43. Busch. Beitr. z. Lehre v. d. Perforat. d. Kopfes etc. Geburtsh. Abh. Marb. 1826, p. 101. C. Braun. Neuere Meth. d. Craniotomie. Z. d. Gesellsch. d. Aerzte. Wien 1859. № 3. Bidder (Сиб.). Perforation u. Kranioklastm. St. Petersburg. med. W. 1878, № 21. Cohnstein. Ein neues Perforationsverfahren. Centrbl. f. Gyn. 1874, № 15. Hohl. Perforation u. Extraction. N. Z. f. Gebkd. Bd. XX, p. 392. Hempel. Die Perforation etc. Deutsche Z. f. p. Med. 1875, № 51. Halbertsma. Over Craniotomie. Utrecht 1874. Kisch. Beitr. z. Geburtsh. Würzburg 1848. Abth. II, p. 43. Kilian. D. operat. Geburtsh. 2-te Aufl. 1849. Bd. II, p. 609—663. Kleinwächter. Die Perforation etc. Wiener Klinik. 1876. Hft. 7, p. 204. Levy. Parallèle entre les perforat., trépan et les autres instruments etc. Strasbourg 1849. Michaelis. Ueber Perforation nach geborenem Rumpfe. N. Z. f. Gebkd. Bd. VI, p. 44. Martin. Ueber versch. Methoden. d. Verkleiner. d. Kindskopfes bei d. Geburt. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XVII, p. 103. Munde. The cranioklast as improved and used by Vienna school. Amer. S. Obst. Vol. VI, p. 1. Osborn. Essays on the practice of midw. in natural and diffic. lab. Lond. 1792. Parry. The comparative merits of craniotomy and the caesarian section etc. Americ. S. Obst. Vol. V, p. 649. Roderer, resp. H. D. Winiker. De non damnando usu perforatorii in parogomphosi ob capitis molem. Göttingæ 1758. Rokitansky. Beobacht. ueber Craniotomie. Wien. med. Presse 1871, № 8 - 19. Rabe. Deutsche Klinik 1869. № 47—51. W. Schmidt. Heidelberg. klin. Ann. Bd. I, p. 63. Stark. De perforationis et perforatorii historia. Jenæ 1822. Sadler. Varii perforationis modi descripti et enarrati. Carlsr. 1826. Smith. On the abolit. of craniotomy etc. Lond. Obst. Trans. Vol. I, p. 21. Spiegelberg. Arch. f. Gynæk. Bd. VI, p. 324. Wigand. D. Geburt d. Menschen. Berlin 1820. Bd. II, p. 52.

**Опредѣленіе и цѣль.** Операція эта имѣетъ цѣлью сдѣлать въ черепѣ плода отверстие, достаточной величины какъ для свободнаго удаленія изъ него содержамаго, такъ и для введенія въ полость его инструментовъ, потребныхъ для извлеченія или для раздробленія головки.

Въ строгомъ смыслѣ прободеніе черепа само по себѣ мало измѣняетъ объемъ головки, но оно уменьшаетъ резистенцію ея, вслѣдствіе чего головка удобнѣе конфигурируется и при прохожденіи или при проведеніи ея чрезъ тазовой каналъ легче приспособляется къ его размѣрамъ. Нужно замѣтить, что эта операція въ настоящее время, какъ самостоятельная, рѣдко употребляется; въ большинствѣ случаевъ она служитъ подготовительнымъ моментомъ для другихъ операцій, о которыхъ рѣчь будетъ ниже.

**Производство.** Для производства этой весьма легкой операціи придумано множество инструментовъ, имѣющихъ самую разнообразную форму: иголь, ножа, бурава, винта, копыя, ножницъ, щипцовъ и т. д. Долгое время былъ въ ходу ножницеобразный прободникъ *Smellie* и *Naegele*, а у французовъ прободникъ на одной изъ рукоятокъ акушер-

скихъ щипцовъ (см. ф. 204). Въ настоящее время въ употребленіи: 1) копьевидный прободникъ *Blot*, 2) трепано-образный *Leisnig-Kiwisch*'а, и видоизмѣненный *C. Braun*'омъ, 3) клюковидный *Лазаревича* и 4) ножницевидный *Oldham*'а; въ нѣкоторыхъ же случаяхъ прободеніе головки производится достаточно длиннымъ троакаромъ. Въ крайнемъ случаѣ, если нѣтъ подъ рукою ни одного изъ этихъ инструментовъ, можно достигнуть цѣли бистурею, обернутымъ полосками липкаго пластыря съ обнаженнымъ концомъ, или какимъ-нибудь другимъ инструментомъ въ родѣ бурава, ножницъ и т. п. <sup>1)</sup>

Фиг. 246.



Фиг. 247.



Фиг. 246 представляетъ прободникъ *Blot*, имѣющій видъ копья, раздвигающагося наподобіе ножницъ. *CD* представляетъ этотъ инструментъ закрытымъ, *GF* раскрытымъ. Раскрывается инструментъ давленіемъ на рукоятку вѣтви *E*, закрывается произвольно дѣйствіемъ пружины *B*. Выступъ *A* позволяетъ раскрывать инструментъ только до извѣстной степени. Закрытый инструментъ представляетъ копьё съ тупыми краями и заостренной верхушкой, края же раскрытаго инструмента довольно остры.

Фиг. 247 представляетъ трепановидный прободникъ *Leisnig*'а, видоизмѣненный *Kiwisch*'емъ. Изъ верхняго конца прямой трубки *a* выдается вѣнчикъ трепана *b*, зубцы котораго имѣютъ видъ брюшистыхъ скапелей, расположенныхъ лезвіями въ одну сторону; изъ середины трепана выдается родъ штопора *c*, который, по мѣрѣ надобности, можетъ быть удлиненъ или укороченъ. На нижнемъ концѣ видѣнъ стержень *f* съ рукояткою *g*. При поворачиваніи рукоятки вправо трепанъ со штопоромъ выдвигается наружу; при поворачиваніи же рукоятки влѣво трепанъ съ буровомъ уходятъ въ трубку. Такимъ образомъ весь инструментъ состоитъ изъ двухъ частей: изъ открытой трубки, служащей какъ бы ножнами, и изъ стержня съ рѣзущей коронкой, который есть ничто иное какъ удлиненный трепанъ, снабженный вмѣсто обыкновенной пирамиды выдвижнымъ штопоромъ. Стержень этого трепана

<sup>1)</sup> Мнѣ привелось встрѣтить случай, въ которомъ достаточно было пальца, чтобы проткнуть гидроцефалическую головку мацерированнаго плода.



на другомъ концѣ имѣть рукоятку, выше которой нарѣзанъ винтъ, посредствомъ котораго трепанъ движется въ закрытомъ цилиндрѣ, служащемъ для сочлененія съ выше-упомянутою открытою трубкою.

Прободникъ *Braun*'а отличается тѣмъ, что онъ искривленъ соотвѣтственно тазовой кривизнѣ, притомъ трепанъ приводится въ движеніе болѣе сложнымъ механизмомъ. Инструментъ этотъ особенно примѣнимъ при высокомъ стояніи головки; имъ легче достигнуть до головки и промежутокъ менѣе страдаетъ отъ нажатія нижнимъ концемъ трубки, чѣмъ при прямомъ трепанѣ.

Передъ употребленіемъ въ дѣло одного изъ описанныхъ прободниковъ, онъ развинчивается и штопору дается длина, сообразная величинѣ головной опухоли. Штопоръ служитъ для неподвижнаго укрѣпленія инструмента на мѣстѣ, трепанъ—для сверленія головки, а трубка—для защищенія мягкихъ частей роженицы отъ пораненія ихъ во время введенія трепана.

**Прободеніе предлежащей головки** производится при положеніи роженицы на поперечной кровати и притомъ безъ хлороформа, такъ какъ операція эта неболѣзненна. Мочевой пузырь и кишечникъ должны быть предварительно опорожнены. Инструментъ нагрѣвается и смазывается карболизированнымъ вазелиномъ (или масломъ). На полу, соотвѣтственно тазу роженицы долженъ быть подставленъ какой нибудь сосудъ (тазъ, ведро) для стока мозговой массы и жидкостей.

При производствѣ прободенія головки должно различать двоякаго рода обстоятельства: 1) когда головка стоитъ *высоко*, т. е. когда она еще недостаточно фиксирована во входѣ, и 2) когда она *вколотилась* уже во входъ малаго таза. Вообще говоря, въ практикѣ рѣдко приходится прибѣгать къ прободенію высоко стоящей головки, такъ какъ при этомъ обыкновенно зѣвъ бываетъ недостаточно раскрытъ; кромѣ того трудно рѣшиться при этихъ условіяхъ на прободеніе, потому что высоко стоящая головка не конфигурируется, вслѣдствіе чего извлеченіе ея иногда можетъ затрудниться. Что же касается до того, насколько долженъ быть раскрытъ зѣвъ, чтобы можно было приступить къ перфорации, то нужно сказать, что мы весьма рѣдко рѣшаемся на операцію раньше раскрытія его на 3 поперечныхъ пальца. Въ большинствѣ случаевъ приходится оперировать при зѣвѣ, открытомъ болѣе чѣмъ на 3 поперечныхъ пальца. Если необходимость заставитъ сдѣлать прободеніе при *высоко*, а слѣдовательно *подвижно* стоящей головкѣ, то нужно, чтобы помощникъ тщательно фиксировалъ ее черезъ брюшные покровы <sup>1)</sup>.

Что касается до того, какое мѣсто головки должно быть просверливаемо, то по этому поводу спорили очень много. Прежде, когда были въ ходу исключительно колющіе прободники, было принято за общее правило дѣлать прободеніе головки на протяженіи одного изъ

---

<sup>1)</sup> Въ случаѣ безуспѣшности только-что описаннаго приема, нѣкоторые акушеры совѣтовали фиксировать головку наложенными на нее щипцами.

швовъ или на мѣстѣ одного изъ родничковъ. При употребленіи же трепановидныхъ перфораторовъ; а равно и прободника *Blot*, головка можетъ быть просверлена на любомъ мѣстѣ. При этомъ однако же должно стараться сдѣлать отверстіе въ той части головки, которая соотвѣтствуетъ оси таза или же, какъ совѣтуютъ *Kilian*, *Scanzoni*, *Barnes* и др., ближе къ передней стѣнкѣ таза. При затылочныхъ положеніяхъ дѣлается обыкновенно прободеніе одной изъ теменныхъ костей, при лицевыхъ—одной изъ лобныхъ костей или же одной изъ глазницъ. Акушеръ, приступая къ операціи, помѣщается какъ при наложеніи щипцовъ.

При употребленіи перфоратора *Kiwisch'a* или *Braun'a*, я сначала провожу трубку по руководству пальцевъ (введенной въ дѣтородныя части полу-руки) до того мѣста головки, которое подлежитъ прободенію, и устанавливаю трубку такъ, чтобы края ея отверстія были приставлены въ-плотную къ покровамъ головки; потомъ вкладываю въ трубку трепановидную часть инструмента, сочленяю ее съ трубкой и, смотря по обстоятельствамъ, привожу инструментъ въ дѣйствіе или самъ, или поручаю это помощнику ф. 248. При этомъ все вниманіе оператора должно быть обращено на то, чтобы инструментъ не соскользнулъ съ избраннаго на головкѣ мѣста. При дѣйствіи инструментомъ штопоръ сначала проникаетъ въ покровы головки и затѣмъ въ кость. Коль скоро штопоръ виѣдрился въ существо кости и укрѣпился въ немъ, инструментъ соскользнуть уже не можетъ. Вѣнчикъ трепана сначала идетъ легко, но, достигнувъ кости, онъ встрѣчаетъ со стороны ея значительное сопротивленіе, почему и проникаетъ черезъ всю толщю ея съ нѣкоторымъ хрустѣніемъ, которое, какъ и сопротивленіе, сразу уменьшается, коль скоро кость будетъ просверлена. Сдѣлавъ такимъ образомъ отверстіе въ черепѣ и расчленивши инструментъ, сначала извлекаютъ наружу трепанъ, а потомъ и самую трубку. Мозгъ какъ большой, такъ малый и продолговатый съ оболочками разрушаютъ помощью длиннаго корнцанга или крѣпкаго и достаточно длиннаго металлическаго прутика, введеннаго черезъ отверстіе въ полость черепа. Для соблюденія чистоты, а также для эксцеребраціи, т. е. для удаленія разрушеннаго мозга, необходимо проспринцевать полость черепа и рукавъ довольно сильною струею 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> раствора карболовой кислоты въ 25<sup>0</sup> R. Въ случаѣ, если края отверстія окажутся острыми, то ихъ должно обрывать костными щипцами, а всего проще *Куперовскими* ножницами.

При употребленіи перфоратора *Blot* я поступаю слѣдующимъ образомъ: Закрытый инструментъ по руководству и подъ прикрытіемъ двухъ пальцевъ (указательнаго и средняго) лѣвой руки довожу до головки, причемъ рукоятки его опускаю внизъ до соприкосновенія съ заднею спайкою большихъ губъ, и потомъ прокалываю покровы головки плода. Коль скоро верхушка прободника коснулась кости, то движеніями инструмента—то вправо, то влѣво около продольной оси—прободаю кость; когда верхушка инструмента проникла въ полость черепа, что узнается по уменьшенному сопротивленію, начинаю буравить (т. е. вертѣть ин-

струментъ въ одну сторону) до тѣхъ поръ, пока все копье не проникнетъ въ полость черепа. Затѣмъ инструментъ проводится черезъ всю массу мозга, раскрывается какъ можно больше, и разнообразными поворотами его стараемся разрушить содержимое черепа. Инструментъ выводится обратно замкнутымъ и подъ прикрытіемъ пальцевъ, а сдѣланное отверстіе тотчасъ же изслѣдуется.

Фиг. 248.



Порицанія, особенно нѣмецкихъ акушеровъ, относительно достоинства перфоратора *Blot*, неполнѣ справедливы. Многочисленные опыты, сдѣланные мною на трупахъ, а равно неоднократно примѣненіе его у постели роженицъ, заставляютъ меня сказать, что онъ вполне соответствуетъ цѣли. По простотѣ своего устройства, удобству чистки и дешевизнѣ, перфораторъ *Blot* я предпочитаю трепановиднымъ прободникамъ. Если можно упрекнуть перфораторъ *Blot* въ чемъ нибудь, то развѣ *въ одномъ* только, а именно въ томъ, что прободеніе этимъ перфораторомъ совершается легко въ томъ случаѣ, если имѣется возможность проникнуть этимъ инструментомъ въ какой либо шовъ или родничекъ; но если это почему либо невозможно, если приходится перфорировать поверхность выпуклой кости, то, вслѣдствіе необходимаго болѣе сильнаго нажиманія инструмента на черепъ, легко можетъ случиться, при неосторожности, соскальзываніе его и пораненіе мягкихъ родовыхъ путей.

При гидроцефалии полость черепа опорожняется *троакаромъ*.

**Прободеніе послѣдующей головки** совершается нѣсколько труднѣе, чѣмъ подлежащей; оно производится или черезъ основаніе черепа или со стороны затылка. Въ томъ и другомъ случаѣ туловище плода приподымается вверхъ или опускается внизъ, смотря по тому, куда обра-

Фиг. 249.



щенъ затылокъ младенца (если затылокъ обращенъ назадъ, то туловище приподымается вверхъ и наоборотъ); затѣмъ операторъ поручаетъ помощнику держать туловище въ данномъ положеніи, натягивая его сколько это возможно, самъ же приступаетъ къ перфорациі. При *прободеніи основанія* всего лучше стараться проникнуть, если только это возможно, въ черепъ, вводя инструментъ черезъ ротъ младенца, см. фиг. 249. Если же это окажется невозможнымъ, то нужно сперва скальпелемъ перерѣзать мягкія части подбородка и верхней части шеи до основанія черепа и затѣмъ уже перфорировать его.

При *прободеніи затылочной части* просто просверливаютъ затылочную кость <sup>1)</sup>.

При томъ и другомъ способѣ я употребляю исключительно перфораторъ *Blot*. Въ каждомъ данномъ случаѣ я предпочитаю перфорировать черепъ въ той части его, которая доступнѣе для удобнѣйшаго дѣйствія инструментомъ <sup>2)</sup>.

#### ИЗВЛЕЧЕНІЕ ПРОСВЕРЛЕННОЙ ГОЛОВКИ.

Послѣ прободенія головки и опорожненія черепа отъ содержаемаго, дальнѣйшій ходъ родовъ, смотря по обстоятельствамъ, или предоставляется силамъ природы, или же головка извлекается руками или при помощи инструментовъ. Окончаніе родовъ предоставляется силамъ природы въ тѣхъ весьма рѣдкихъ случаяхъ, когда роженица еще не истощена, сокращенія матки правильны и довольно сильны, и когда нѣтъ значительной несоразмѣрности между объемомъ головки и емкостью

<sup>1)</sup> *Michaëlis* предлагаетъ позинцевиднымъ или кинжаловиднымъ прободникомъ проникнуть въ черепъ между затылочною костью и атлантомъ, что, по моему мнѣнію, совершенно излишне и весьма трудно выполнимо.

<sup>2)</sup> *V. Huevel*, на основаніи однажды представившагося ему случая, предлагаетъ для уменьшенія послѣдующей головки, пораженной гидроцефалией, слѣдующее: по извлеченіи туловища до плечиковъ вскрыть позвоночный каналъ и, проведя черезъ него до полости черепа толстый эластическій катетеръ, выпустить гидроцефалическую жидкость, послѣ чего головка должна уменьшиться въ объемѣ. (*Journal de médecine de Bruxelles* 1849, p. 472).

таза. Вообще слишком долго выжидать не слѣдуетъ. При подобныхъ же условіяхъ со стороны матери и при низкомъ стояніи головки, иногда весьма удобно и легко удается извлечь головку пальцемъ, введеннымъ въ сдѣланное отверстіе, дѣйствуя имъ наподобіе крючка. При болѣе значительныхъ суженіяхъ таза требуется размозженіе черепа—кефалотрипсія или же *краниоклазія*, которую я въ настоящее время предпочитаю кефалотрипсію; различные же извлекатели (*tire-tête*), острые и тупые крючки я совершенно отвергаю. Въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ, гдѣ показанія повидимому требовали наложенія щипцовъ, между тѣмъ послѣ безуспѣшныхъ тракцій ими сердцебіеніе плода, бывшее и до наложенія щипцовъ слабымъ и неправильнымъ, совершенно прекращалось, мнѣ удавалось перфорировать головку, не снимая щипцовъ, и оканчивать роды щипцами же. Это было при конъюгатѣ отъ 8.8 до 10.0 см. Но съ тѣхъ поръ какъ краниокласть получилъ болѣе обширное примѣненіе и былъ мною испытанъ въ Спб. Родовсп. Заведеніи, я предпочитаю при подобныхъ обстоятельствахъ, снявши щипцы, перфорировать головку и затѣмъ дѣйствовать краниокластомъ, ибо полагаю, что при употребленіи этого инструмента роженица подвергается меньшей траумѣ, чѣмъ при дѣйствіи щипцами <sup>1)</sup>. Извлеченіе послѣдующей перфорированной головки ничѣмъ не отличается отъ такового при освобожденіи застрявшей въ полости таза непросверленной головки.

Возвращаясь къ острымъ крючкамъ, а равно къ различнымъ извлекателямъ головки, которыхъ было придумано очень много (напр. *tire-tête à bascule Levet's*, *capifactor Kiwisch's* и др.), нужно сказать, что всѣ они въ настоящее время вышли изъ употребленія, потому что всѣ они, при самомъ осторожномъ влеченіи головки, легко соскальзываютъ и причиняютъ роженицѣ тяжелыя поврежденія. Тупой крючекъ можно еще видѣть въ рукахъ нѣкоторыхъ англійскихъ акушеровъ, преимущественно дублинской школы, а также въ рукахъ немногихъ нѣмецкихъ акушеровъ, которые дѣйствуютъ имъ съ полною надеждою на успѣхъ. Въ учебникѣ акушерства *Barnes's* <sup>2)</sup> мы встрѣчаемъ нѣкоторое пристрастіе къ тупому крючку. *Barnes* совѣтуетъ вводить крючекъ въ отверстіе черепа, зацѣпить имъ за какую бы то ни было кость и, защитивъ рукою органы роженицы отъ могущаго случиться поврежденія ихъ верхушкою соскользнувшего крючка, производить влеченіе головки. Если крючекъ будетъ неудачно наложенъ, такъ что одна или нѣсколько костей черепа будутъ имъ вырваны, то, удаливши ихъ рукою, нужно стараться зацѣпить крючкомъ за глазницу или за затылочную дыру или за основную кость, послѣ чего головка извлекается уже безъ затрудненія.

Вопросъ относительно того, какимъ образомъ извлекать подлежащую перфорированную головку, подавалъ поводъ къ большимъ разногласіямъ: до изобрѣтенія и распространенія щипцовъ головку послѣ прободенія извлекали пальцемъ, какъ это уже описано выше. *G. de la Motte*, *Saxtorph*, *Roederer* и *Busch* очень выхваляли этотъ способъ и предпочитали его всѣмъ другимъ.

Большинство нѣмецкихъ и французскихъ акушеровъ прежней школы, прежде чѣмъ рѣшиться на перфорацию, *всегда* совѣтовали сдѣлать одну или нѣсколько попытокъ извлеченія щипцами и только, если это не удавалось, прибѣгали къ прободенію. При этомъ

<sup>1)</sup> *Pajot* совѣтуетъ накладывать щипцы при высокостоящей (подвижной) головкѣ, предварительно сдѣлавши ее неподвижной слѣдующимъ способомъ: онъ беретъ палочку длиной 4—5 см. съ привязаннымъ посрединѣ ея крѣпкимъ шнуркомъ; введя палочку въ отверстіе перфорированной головки, онъ поворачиваетъ ее поперекъ и, натягивая шнурокъ, дѣлаетъ головку неподвижной. (*Gazette des hôpitaux* 1867, № 128).

<sup>2)</sup> *Lectures on obstetric operations etc.* 2 ed. London 1871, p. 295.

они, перфорируя, обыкновенно не снимали щипцовъ, которыми затѣмъ извлекали головку. Способъ этотъ, какъ мы выше указали, въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ быть при-  
мѣненъ съ успѣхомъ. Но настаивать во всѣхъ случаяхъ на излеченіи перфорированной  
головки щипцами болѣе чѣмъ нерационально, такъ какъ при значительныхъ суженіяхъ  
таза цѣль операціи не достигается, а матери причиняются тяжелыя поврежденія.

*Нотон* отвергаетъ краниотомию, какъ операцію, думая замѣнить ее наложеніемъ  
*асимметрическихъ щипцовъ*, которыми головка захватывается спереди назадъ (*Gaz. des*  
*hôpitaux* 1866, № 131).

Извлечение просверленной головки производится а) кефалотрибомъ  
и б) краниокластомъ.

### А. Кефалотрипсія. Размозженіе младенческой головки. (*Cephalotripsia* s. *Cephalothlasis*, s. *Cephalothlipsis*. *Kopfzermal-* *mung*. *Céphalotripsie*. *Cephalotripsy*).

**Историческія замѣчанія.** Раньше мы упоминали, что у *Hippocrates*'а находятся  
указанія на операцію просверливанія головки или на краниотомию въ тѣсномъ смыслѣ;  
тамъ же говорится, что, въ случаѣ надобности, ее *должно* размозжить помощью инстру-  
мента, который онъ называлъ *piestron*. Латинскіе переводчики *Hippocrates*'а, напр.  
*Kühn* (Vol. II, p. 702), переводятъ слово *piestron* — *instrumentum quod confingit*. Отъ  
*Hippocrates*'а ученіе о размозженіи головки перешло къ другимъ врачамъ древности.  
Такъ о немъ упоминаетъ, между прочимъ, и *Aëtius Amidensis*. Изъ арабистовъ же о  
немъ толкуютъ *Avicenna* и *Albukasis*, упоминающій о громадномъ размозжающемъ  
инструментѣ, извѣстномъ подъ именемъ *almisdach*. Эти указанія древнихъ врачей на  
кефалотрипсію однако были забыты, и потому *Aug. Baudelocque*'а (племянника) слѣ-  
дуетъ считать изобрѣтателемъ операціи размозженія младенческой головки. Онъ пред-  
ложилъ этотъ способъ въ 1827 году и черезъ 2 года, именно въ январѣ 1829 г.,  
представилъ Академіи Наукъ въ Парижѣ описаніе этого способа и инструмента, кото-  
рый онъ назвалъ кефалотрибомъ. Послѣ того какъ *P. Dubois* обнарудовалъ 15 слу-  
чаевъ сдѣланныхъ имъ кефалотрипсіей, операція эта получила окончательно право граж-  
данства. Почти всѣ извѣстные акушеры тогдашняго времени стали заниматься ею, и  
этимъ объясняется множество видоизмѣненій кефалотриба, изъ коихъ съ нѣкоторыми  
мы познакомимся ниже. Считаю нужнымъ замѣтить, что *Baudelocque* предлагалъ на-  
кладывать кефалотрибъ безъ предварительнаго прободенія головки. Предложеніе это  
было впоследствии всеміи оставлено и къ кефалотрибу начали прибѣгать всегда послѣ  
прободенія головки. Когда прошло нѣсколько десятковъ лѣтъ, прежній энтузіазмъ къ  
инструменту *Baudelocque*'а смѣнился нападками. Его укоряли главнымъ образомъ въ  
томъ, что онъ легко причиняетъ поврежденія родовыхъ путей, что онъ плохо держитъ  
и потому соскальзываетъ. Въ настоящее время существуетъ сильная реакція противъ  
инструмента *Baudelocque*'а, особенно же съ тѣхъ поръ, какъ *Simpson* въ 60-хъ годахъ  
обнарудовалъ свой способъ уменьшенія объема головки, называемый краниоклазіей. Те-  
перь англійскіе акушеры почти вовсе не употребляютъ кефалотриба, а придерживаются  
способа *Simpson*'а, который приобрѣлъ также много приверженцевъ въ Германіи и у  
насъ въ Россіи. Странно, что французскіе акушеры и по настоящее время остаются вѣр-  
ными кефалотрибу и продолжаютъ его видоизмѣнять.

### Л И Т Е Р А Т У Р А.

*Baudelocque* (neveu). Rapport sur un mémoire intitulé: Du broiement de  
l'enfant mort dans le sein de la mère etc. Paris 1833. *Baudelocque* (neveu). De cépha-  
lotripsie etc. Paris 1836. Barnes. Craniotomy-forceps. Med. Times and Gazette 1868,  
p. 495. Bailly. Céphalotribe fenêtré. Gaz. d. hôp. 1874, p. 67. Boissarie. Du céphalo-  
tribe, ces inconvenients et ses dangers. Ann. Gynéc. T. III. 1875, p. 418. Breisky. Ueber

Kephalotripter u. Cranioclast. Prag. med. W. 1878, № 1. Credé. Ueber Cephalotripsie. Verhandl. d. Geburtshülf. Gesellsch. in Berlin. 1848, Hft. 3, p. 1. Credé. Ueber Kephalothrypter u. Kranioklasten. Verhandl. d. Vers. deutsch. Gynæk. in München. Arch. f. Gynæk. Bd. XII, p. 275. Castelain. De la céphalotripsie de la tête dernière et de ses avantages etc. Arch. de Tocol. Août 1881, p. 449. Cohen. D. perforatorische Cephalotribe. Berl. klin. W. 1874, № 39. Curchod. De cephalotripsia. Berolini 1842. Duncan. On the constr. of the Cephalotribe. Edinb. med. Journ. Decbr. 1868, p. 507. Didot. Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique. 1-re série. T. VIII, p. 1302. Demout. De la céphalotripsie. Paris 1842. Flamm. Beitr. z. Würdig. d. Cephalotripsie. Hamb. Z. f. d. gesam. Med. 1844, Bd. XXVII, p. 145. Fritsch. Arch. f. Gynæk. Bd. X, p. 551. Fritsch. Samml. klin. Vorträge v. Volkmann. № 127. Гугенбергеръ. Къ вопросу о показаніяхъ къ кесарскому сѣченію. Моск. врач. Вѣстн. 1874, № 13 и 14. Hennig. Perforation u. Cephalothrypsis gegen einander gehalten. Leipzig 1855. Hennig. Ueber Perforation u. Cephalothrypsie. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XIII, p. 450. Hubert. Des moyens d. réduction du volume du crâne etc. Mém. de l'Acad. roy. d. méd. de Belgique. 1867. C. Hüter. Geschichtl. Beitr. z. Lehre v. d. Cephalotripsie etc. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XIV, p. 297. Haake. Ueber Kephalothrypsie. Z. f. Med., Chir. u. Geb. N. F. Bd. V. 1866, p. 451. Br. Hicks. Some remarks on the Cephalotribe. Lond. Obstr. Trans. Vol. XI, p. 43. Kilian. N. Z. f. Gebkd. Bd. XXX, p. 322. Kidd. On Cephalotripsy. Dublin Quart. J. of Med. Sc. Mai 1867, p. 333. Lauth. De l'embriothlasie et en particul. d. l. céphalotripsie. Strasbourg 1863. Mattei. Note historique et critique etc. Gaz. des hôp. 1874, p. 156. Pajot. De la céphalotripsie répétée sans tractions etc. Arch. génér. de méd. Mai 1863, p. 513. Seutin. Rapport sur le Mémoire de M-r Didot. Bull. d. l'Acad. roy. de méd. de Belgique. T. IX, p. 443. Spondli. Ueber Perforation u. Cephalotripsie. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XV, p. 321. Scanzoni. Lehrb. d. Gebh. 4-te Aufl., p. 238. Schultze. Ueber d. Indicationen z. Kephalothrypsie. Allgem. med. Centralz. 1858, № 50—51. Stoltz. Arch. Tocol. III. 1876, p. 1. Simpson. On Cranioclast. Clin. Lect. on diseases of women. Edinb. 1872, p. 550. В. Сутугинъ. Къ вопросу объ извлеченіи плода послѣ прободенія головки. Военно-мед. Журн. 1872. Авг. Trefurt. Abhandl. u. Erfahrungen aus dem Gebiete d. Geburtsh. Göttingen 1844, p. 330. И. Тарновскій. Медицинскій отчетъ Спб. Родовсп. Заведенія. Спб. 1873. Г. Удинцовъ. О значеніи краниокласта въ акушерской практикѣ. Дисс. Спб. 1873. Winckel. Die Mesnard'sche Schädelzange etc. Monatsschr. f. Gynæk. Bd. XVII, p. 292. Wiener. Kephalothrypter oder Kranioklast. Arch. f. Gynæk. Bd. XI, 1877, p. 413. Wasseige. Nouveau procédé de craniotomie par lamineur céphalique. Bruxelles 1877. Wasseige. Emploi sur le vivant du lamineur céphalique. Bruxelles 1877 (см. также литературу о перфорацин головки).

**Опредѣленіе и цѣль.** Подъ именемъ *кефалотрипси* разумѣютъ такую операцію, помощью которой перфорированная младенческая головка разможается въ различныхъ направленіяхъ посредствомъ инструмента, называемаго *кефалотрипторомъ* (cephalotripter, cephaloklast) <sup>1)</sup>. Въ настоящее время на неперфорированную головку кефалотрибъ накладывается только въ исключительныхъ случаяхъ, напр. при невозможности сдѣлать прободеніе послѣдующей головки, по причинѣ высокаго стоянія ея.

Усовершенствованный кефалотрипторъ представляетъ подобіе крѣпкихъ акушерскихъ щипцовъ со сжимающимъ аппаратомъ на концѣ рукоятокъ. Онъ долженъ быть устроенъ такъ, чтобы ложки его могли быть введены (при суженіи таза на 5—6 см.) и наложены на го-

<sup>1)</sup> Отъ греческаго слова *δρῦπτω* разломать, раздавить, а не отъ *τρεῖψω* тереть.



ловку, стоящую надъ входомъ въ тазъ и притомъ въ удобныхъ размѣрахъ относительно суженнаго мѣста, чтобы имъ можно было дѣйствовать съ достаточной силой для размозженія не только волосистой части головки, но и основанія черепа. Сверхъ того, отъ кефалотриптора требуется, чтобы ложки, лежащія на размозженной головкѣ, обхватывали ее крѣпко и не соскальзывали при извлеченіи плода. Вѣсъ кефалотриптора, а равно величина какъ всего инструмента, такъ и отдѣльных частей немногимъ должна превышать размѣры и вѣсъ большихъ акушерскихъ щипцовъ.

Въ своей практикѣ я употреблялъ кефалотрипторъ *Scanzoni*, который изображенъ на фиг. 254; съемный сжимающій аппаратъ его надѣвается на рукоятку лѣвой ложки; по длинѣ обѣихъ рукоятокъ помощью винта двигается скоба, при передвиженіи которой впередъ (т. е. въ замку) инструментъ можетъ быть раскрытъ, при обратномъ же передвиженіи скобы (т. е. къ концу рукоятокъ) ложки сближаются.

Фиг. 250.



Кефалотрибъ *C. Braun*'а, употреблявшійся прежде въ Спб. Родовсп. Заведеніи, представленъ на фиг. 250. Онъ вѣситъ 1 ф. 28 лотовъ (вѣнскихъ), длина его =  $15\frac{1}{2}''$ , длина ложекъ =  $8\frac{1}{2}''$ , длина рукоятокъ около  $7''$ , ширина ложекъ =  $1\frac{1}{4}''$ , тазовая кривизна ихъ, а равно и головная вмѣстѣ съ толщиной ложекъ =  $2''$ . Концы ложекъ закруглены и соприкасаются, когда инструментъ закрытъ; внутренняя поверхность каждой ложки имѣетъ по 2 продольныхъ жолоба съ выступающими краями. Рукоятки обложены снаружи деревомъ, имѣютъ боковые отростки и отстоятъ одна отъ другой приблизительно на  $1\frac{1}{4}''$ ; замокъ *Brünnighausen*'а. Къ концу лѣвой рукоятки прикрѣплена часть сжимающаго аппарата, состоящая изъ винта съ двигающейся по немъ окончатой гайкой. Правая рукоятка колѣнчатая съ шарниромъ посрединѣ и крючкомъ на концѣ. При движеніи винта вправо, гайка приближается къ концу рукоятки и, захватывая на своемъ пути за крючокъ правой рукоятки, заставляетъ ее выпрямиться и приблизиться къ лѣвой рукояткѣ, причемъ одновременно сближаются и ложки инструмента. Понятно, что во время операціи находящаяся между ложками головка или другая часть плода очень сильно сдавливаются. При обратномъ движеніи винта (влѣво), крючекъ освобождается, сжимающее дѣйствіе инструмента прекращается и онъ можетъ быть снятъ по общимъ правиламъ. Всего яснѣе можно видѣть это на фиг. 253.

У насъ въ Россіи проф. *Лазаревичемъ* предложенъ своеобразный кефалотрипторъ, фиг. 251, состоящій изъ двухъ не перекрещивающихся ложекъ. Вѣсъ его только 1 фунтъ; длина  $15\frac{3}{4}''$ ; длина рукоятки  $7''$ ; длина ложекъ —  $8\frac{3}{4}''$ ; ширина —  $1''$ ; наибольшее разстояніе ложекъ, когда онѣ сближены, —  $1''$ ; тазовая кривизна —  $3''$ .

Концы ложек довольно круто загнуты внутрь и не сходятся на  $\frac{3}{4}$ ". Внутренняя поверхность ложек представляет жолобъ. Рукоятки обложены деревомъ. Сжимающій аппаратъ состоитъ изъ винта, помѣщающагося между рукоятками и укрѣпляющагося въ гайкѣ, соединенной съ лѣвой ложкой. Винтъ входитъ другимъ концомъ въ гайку поперечнаго прутика, снабженнаго круглыми головками. При поворотахъ винта поперечный прутикъ не подается и головками, идущими въ продольныхъ расщелинахъ рукоятокъ, послѣднія сближаются и сжимаютъ ложки. Насколько инструментъ примѣнимъ въ практикѣ, мнѣ не пришлось испытать; я имѣю только письменное заявленіе автора, сообщившаго только что изложенное описаніе его кефалотриба, о томъ, что ему пришлось нѣсколько разъ удачно примѣнить на живыхъ свой инструментъ.

Фиг. 251.



Если сравнить между собою первоначальный кефалотрипторъ *Baudelocque's*а съ любымъ изъ кефалотрибовъ послѣдняго времени, напр. *Braun's*, *Этлинера*, *Лазаревича*, *Breisky*, *Guyon's*а, то уже съ перваго взгляда бросается въ глаза значительная разница въ вѣсѣ и величинѣ инструмента, не говоря уже о другихъ усовершенствованіяхъ. Считая излишнимъ распространяться здѣсь о постепенныхъ усовершенствованіяхъ этого инструмента, замѣчу только, что кефалотрибы поименованныхъ авторовъ, а равно *Depaul's*, *Blot*, *Bailly* и *Kidd's*а, а по мнѣнію *Credé* и *Busch's*евскій, принадлежатъ къ наиболѣе пригоднымъ.

Употребленіе кефалотриба сопряжено подчасъ съ неизбежными неудобствами, встрѣчающимися какъ во время раздавливанія головки, такъ и во время извлеченія плода, и весьма часто влекущими за собою тяжелыя поврежденія матки, влагалища и вообще мягкихъ частей таза.

**Производство кефалотрипсіи.** Кефалотрибъ накладывается и на предлежащую и на послѣдующую головку, рѣдко на другія части плода. При наложеніи его соблюдаются всѣ тѣ же правила, что и при наложеніи щипцовъ. Наложеніе кефалотриба бываетъ относительно размѣровъ таза прямое и косое. При этомъ только не должно забывать, что при кефалотрипсіи нужно дѣйствовать инструментомъ, который больше щипцовъ и, главное, въ полости неправильнаго таза, т. е. относительно меньшей. Поэтому, несмотря на соблюденіе всѣхъ предосторожностей, поврежденіе мягкихъ частей почти неизбежно.

Первою вводится та ложка, при введеніи которой предвидится больше затрудненій; ее направляютъ всегда по ладонной поверхности пальцевъ полу-руки и даже всей руки, введенной въ дѣтородныя части. Ложки размѣщаютъ въ поперечныхъ или косыхъ размѣрахъ таза, сообразно мѣсту суженія, обращая вниманіе на то, чтобы онѣ плотно легли на средину головки. Рукоятки инструмента постепенно и равномерно опускаютъ до соприкосновенія съ промежностью, при быстромъ

же опусканіи и въ особенности во время тракцій легко можно повредить промежность. Послѣ того, какъ кефалотрибъ будетъ замкнутъ, надѣвають сжимающій аппаратъ и приводятъ его въ дѣйствіе. Сжимающій аппаратъ приводится въ дѣйствіе медленно, причемъ ложки должны, такъ сказать, врѣзаться въ головку, ф. 252 при этомъ, какъ во время разда-

Фиг. 252.



Фиг. 252 изображаетъ головку, захваченную кефалотрибомъ въ косыхъ размѣрахъ.

вливанія головки, такъ и во время извлеченія ея, нужно постоянно слѣдить за тѣмъ, чтобы кефалотрибъ не соскользнулъ. *Соскальзываніе* бываетъ, какъ и при щипцахъ, *вертикальное* и *горизонтальное*; если соскальзываніе такого вида не будетъ своевременно замѣчено операторомъ, то ложка *a*, ф. 253, при первыхъ же тракціяхъ разорветъ заднюю стѣнку

Фиг. 253.



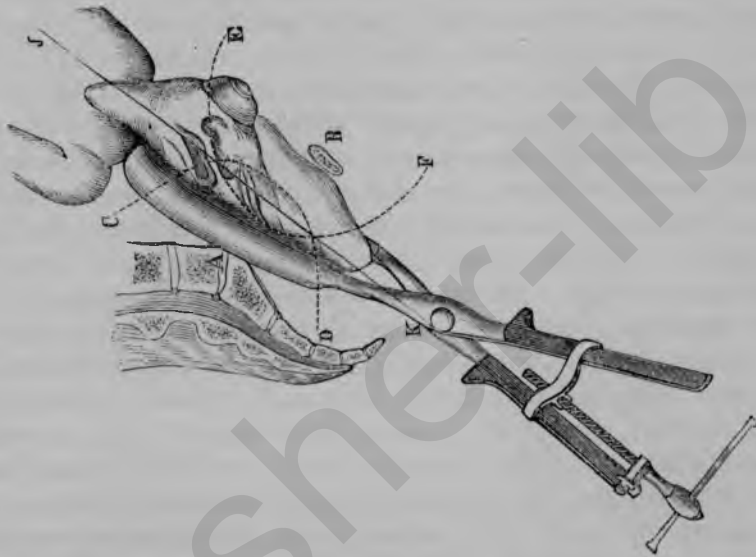
Фиг. 253 представляетъ соскальзываніе ложекъ кефалотриба взадъ, т. е. къ мысу.

матки. Коль скоро замѣчается, что кефалотрибъ начинаетъ соскальзывать, нужно его снять и вновь наложить. Размозживъ головку, начинаютъ ее излекать прямыми тракціями, соблюдая тѣ же правила, что и при щипцахъ. Если головка была предварительно просверлена, то во время извлеченія ея нужно неоднократно изслѣдовать отверстіе черепа,

и если выдаются осколки или углы черепных костей, то их необходимо удалить помощью костных щипцов или крепких ножниц. Операция производится под хлороформомъ.

Разсматривая дѣйствіе кефалотриба на головку, нельзя не обратить вниманія на слѣдующія важныя обстоятельства. Захваченная въ ложки кефалотриба непросверленная головка уменьшается въ объемъ въ той части, которая находится между ложками, въ размѣрахъ же, пересекающихся приблизительно подъ прямымъ угломъ съ размѣрами, находящимися между ложками, она удлиняется, причемъ увеличивается и противодѣйствіе со стороны головки. Извѣстно также, что суженіе при неправильныхъ тазахъ всего чаще бываетъ въ передне-заднихъ размѣ-

Фиг 254.



Фиг. 254 представляетъ перфорированную и разможенную головку, захваченную кефалотрибомъ *Scanzoni*, въ косыхъ размѣрахъ таза. *IK* ось входа таза, суженнаго въ верхнемъ отдѣлѣ; *CD* кривая линія, описанная изъ выстоящей точки, мысленно взятой за центръ на мысѣ *A*; приблизительно по направленію *CD* нужно совершать тракціи при проведеніи головки черезъ входъ таза и верхній его отдѣлъ. *EF* кривая, описанная изъ точки, тоже мысленно взятой за центръ на верхнемъ краѣ лоннаго сочлененія *B*; по направленію этой линіи *EF* нужно дѣйствовать инструментомъ при выведеніи головки.

рахъ; поэтому, при прямомъ наложеніи кефалотриба, разможенная головка увеличится въ тѣхъ размѣрахъ своихъ, которые соотвѣтствуютъ самымъ короткимъ размѣрамъ таза, что весьма невыгодно. Это-то и послужило главнымъ поводомъ къ предложенію накладывать кефалотрибъ исключительно на перфорированную и эксцеребрированную головку. При этомъ, хотя головка и удлиняется въ размѣрахъ свободныхъ отъ сжатія, но гораздо меньше, притомъ же и противодѣйствіе ея уменьшается. Прямое накладывать кефалотриба, испытанное на трупахъ, оказалось полезнымъ при незначительной несоразмѣрности головки

съ тазомъ; при несоразмѣрности же болѣе значительной по необходимости пришлось искать другихъ способовъ. Такъ, одни совѣтовали накладывать кефалотрибъ сперва въ прямомъ, а потомъ въ косомъ размѣрѣ, другіе совѣтовали поворачивать головку кефалотрибомъ и затѣмъ извлекать ее.

*Pajot* совѣтуетъ раздроблять головку во всѣхъ возможныхъ направленіяхъ въ одинъ или нѣсколько сеансовъ и изгнаніе плода предоставить силамъ природы. Способъ этотъ онъ назвалъ *céphalotripsie répétée sans tractions*. Результаты его наблюденій (въ числѣ 7) не хуже результатовъ, получаемыхъ при общепринятомъ примѣненіи кефалотриптора, даже можно сказать лучше, потому что онъ примѣнялъ этотъ способъ при значительныхъ суженіяхъ, а именно: 4 раза при суженіи таза въ 6 см., 2 раза при 5 см. и одинъ разъ при 36 миллиметрахъ; изъ 7-ми женщинъ умерли 2.

Несмотря однакоже на всѣ усовершенствованія какъ самаго кефалотриба, такъ и способа его примѣненія, смертность при кефалотрипси для матерей превышаетъ 30% и увеличивается пропорціонально увеличенію степени суженія таза. При суженіяхъ выше 6½ см. смертность=29%, а при суженіяхъ ниже 6½ см. она больше 47%. Эти-то обстоятельства и заставили приверженцевъ этого инструмента и по преимуществу французскихъ акушеровъ убѣдиться въ томъ, что кефалотрибъ, какъ сжимающій инструментъ, соответствуетъ своему назначенію, хотя и не вполне, но какъ влекущій, онъ опасенъ. *Pajot*, кажется, былъ одинъ изъ первыхъ, высказавшихъ это убѣжденіе, за нимъ послѣдовали многіе другіе и особенно *Joulin*, который рекомендуетъ, по размозженіи головки кефалотрибомъ, извлекать ее краниокластомъ *Simpson'a*.

Что касается до меня, то я всегда смотрѣлъ на кефалотрибъ какъ на неизбежное зло въ акушерской практикѣ и въ теченіи почти 30-лѣтней моей практики употребилъ его только 3 раза; 2 раза на предлежащую головку: разъ при суженіи входа таза=7 см., другой разъ при обще-суженномъ тазѣ (соcjug. 8 см.), оба раза со смертельнымъ исходомъ и, наконецъ, еще одинъ разъ въ клиникѣ я пытался наложить кефалотрибъ *Scanzoni* въ полости таза на непрободенную головку, оторванную отъ туловища, но мнѣ не удалось достигнуть цѣли, несмотря на продолжительныя усилія и на то, что головка была хорошо фиксирована: всякій разъ головка при сжатіи инструмента выскальзывала изъ его ложекъ; дѣло было окончено щипцами *van-Huevel'a*.

При суженіи таза отъ 2½" до 3" я имѣлъ 3 случая, гдѣ послѣ прободенія извлекъ головку измѣненными мною костными щипцами съ зубцами въ родѣ *Mesnard'овскихъ*; къ рукояткамъ обыкновенныхъ костныхъ щипцовъ я придѣлалъ скобу, помощью которой щипцы крѣпко замыкаются—нѣчто въ родѣ *pince-à-crémaillère*, фиг. 255. Этими щипцами, впрочемъ, я дѣйствовалъ не только какъ инструментомъ влекущимъ, но и какъ выламывающимъ кости черепа. Изъ упомянутыхъ трехъ случаевъ 1 родильница умерла, а 2 выздоровѣли.

Въ 1877 году профес. лютихскаго университета *Wasseige* обнаруговалъ новый способъ краниотоміи (*laminage de la tête*, распилющиваніе головки) помощью изобрѣтеннаго имъ инструмента (*le lamineur céphalique*, плющитель головки). Этимъ остроумнымъ инструментомъ, дѣйствующимъ наподобіе кефалотриба, головка сначала сплющивается, потомъ размозжается въ захваченныхъ мѣстахъ ложками инструмента, затѣмъ превращается въ два диска и наконецъ извлекается наружу. Изобрѣтатель примѣнилъ свой

инструментъ на живыхъ въ двухъ случаяхъ: въ первомъ при конъюгатѣ 74 мм. съ полнымъ успѣхомъ, во второмъ же при конъюгатѣ 54 мм., удалось только раздавить головку надвое, извлечь же ее оказалось невозможнымъ,—роды были окончены поворотомъ на ножки, мать умерла. Трудно сказать что либо положительное объ этомъ способѣ, однакоже судя по устройству инструмента, позволительно предположить, что онъ гораздо опаснѣе и менѣе полезенъ, чѣмъ краниокласть.

### В. Краниоклазія. (Cranioclasis. Cranioclasie. Cranioclasme).

Наложение краниокласта<sup>1)</sup> производится только послѣ предварительной перфорации головки. Краниокласть *Simpson'a*, фиг. 256, представляетъ

Фиг. 255.



Фиг. 256.



костные щипцы, состоящіе изъ двухъ вѣтвей: наружной окончатой (женской) *acg* и внутренней сплошной (мужской) *bcd*, замыкающихся замкомъ *c*, какъ въ акушерскихъ щипцахъ. Длина ложекъ вмѣстѣ съ рукоятками=39 см. Наружная ложка *acg* нѣсколько длиннѣе внутренней ложки *bcd*, а также и захватывающая ея часть нѣсколько шире соотвѣтствующей части другой ложки; а именно: ширина наружной ложки 3 см., внутренней же только 2 см. Длина захватывающей части наружной ложки=8.75, а соотвѣтствующая часть внутренней=7 см. Замокъ устроенъ, какъ въ щипцахъ *Brünninghausen'a*. Длина ложекъ отъ верхушки до замка=14 см., а отъ замка до конца рукоятокъ 25 см. Рукоятки снаружи обложены деревомъ и при закрытіи инструмента соприкасаются между собою. Ложки щипцовъ изогнуты по плоскости ихъ соприкосновенія, соотвѣственно закругленію костей черепа, и устроены такъ, что внутренняя ложка имѣетъ выпуклость, входящую въ вогну-

<sup>1)</sup> Литературу о краниокластѣ см. стр. 527 и 535.

тость наружной ложки. Въ вогнутой части наружной ложки имѣется окошко. Соприкасающіяся поверхности ложекъ снабжены поперечно-идущими бороздками и возвышеніями, чтобы ложки не соскальзывали при захватываніи костей черепа.

*R. Barnes*, сознавая пользу краниокласта, нашель ложки въ инструментѣ *Simpson*'а короткими, поэтому удлинилъ эту часть инструмента, придавъ внутренней ложкѣ большую кривизну кнаружи, тотчасъ надъ замкомъ, и прибавилъ сжимающій аппаратъ, состоящій изъ винта, укрѣпленнаго подвижно на концѣ рукоятки внутренней ложки. *Barnes* назвалъ свой инструментъ *craniotomy-forceps* (1863). Почти одновременно съ *Barnes*'омъ *Davis* представилъ и описалъ свои краниотомическіе щипцы, отличающіеся только сжимающимъ аппаратомъ, устроеннымъ на подобіе такового же въ *pince à-crémaillere*.

Фиг. 257.



Въ 1868 г. профессоръ *C. Braun*, въ Вѣнѣ, нашель, послѣ ряда опытовъ на трупахъ, что краниокласть *Simpson*'а коротокъ настолько, что во время операціи замокъ находится въ рукавѣ оперируемой, что значительно затрудняетъ замыканіе, кромѣ того ложки самого инструмента такъ тонки, что при ломаніи костей легко гнутся. Поэтому онъ сдѣлалъ краниокласть толще и длиннѣе—47,5 (17''8'''), фиг. 257. Отъ верхушки ложекъ до замка 19 стм. (17''1''') и отъ рукоятки до замка 28,5 стм. (10''7'''). Длина наружной ложки—10 стм. (3''8'''), внутренней 8,75 стм. (5''3'''). По примѣру *Barnes*'а *Braun* устроилъ съемный сжимающій аппаратъ, въ видѣ длиннаго винта съ гайкой; одинъ конецъ винта свободно вращается на шарнирѣ у конца рукоятки внутренней ложки, другой конецъ его входитъ въ расщепленный конецъ рукоятки наружной ложки. Инструментъ закрывается при помощи движущейся по винту гайки съ крылышками, накладываемой всегда снаружи рукоятки. Внутреннія поверхности рукоятокъ при завинчиваніи инструмента не соприкасаются. Это сдѣлано для того, чтобы усилить дѣйствіе сжимающаго аппарата и ограничить соскальзываніе инструмента. Рукоятки снаружи обложены твердымъ каучукомъ; на верхнихъ концахъ ихъ имѣются боковые от-

ростки, какъ въ щипцахъ *Busch*'а. Краниокласту *Braun*'а я отдаю преимущество передъ другими.

Въ настоящее время преимущественно употребляются видоизмѣненные краниокласты *Simpson*'а: въ Англии краниотомическіе щипцы



*Barnes'a*, въ Вѣнѣ, въ Германіи и въ Спб. Родовсп. Заведеніи <sup>1)</sup> краниокласть *Braun'a*.

**Назначеніе и дѣйствіе краниокласта.** *Simpson*, предлагая свой инструментъ, полагалъ, что главное дѣйствіе и достоинство его заключаются въ возможности произвести имъ раздробленіе не только свода, но и основанія черепа, почему онъ и назвалъ этотъ инструментъ краниокластомъ (отъ греческихъ словъ τὸ κράνιον черепъ и ὁ κλάσμος, ἡ κλάσις ломаніе). Вскорѣ однакоже по введеніи этого инструмента убѣдились, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ, для уменьшенія объема перфорированной головки, нѣтъ нужды прибѣгать въ выламыванію костей черепа, и что если оно и случается при краниоклазіи, то лишь какъ неизбежное подчасъ и побочное явленіе. На основаніи этого *Munde* предложилъ называть краниокласть „краниотракторомъ“. Уменьшеніе же объема головки безъ выламыванія костей объясняется тѣмъ, что спавшаяся послѣ перфорации и эксцеребраціи головка, уже при первыхъ же тракціяхъ краниокластомъ, легко уступаетъ противодѣйствию стѣнонь таза, вслѣдствіе чего часть черепа, захваченная краниокластомъ, вытягивается и *головка принимаетъ форму* овала, вытянутаго по направленію къ выходу таза. Такимъ образомъ происходитъ *последовательное* (за перфорациею и эксцеребраціею) уменьшеніе окружности той именно части головки, которая до краниоклазіи помѣщалась надъ суженнымъ входомъ и не могла опуститься въ полость таза. Перфорированная головка, уменьшаясь такимъ образомъ въ объемѣ соотвѣтственно всѣмъ размѣрамъ входа въ тазъ, удлиняется въ то же время по направленію тазовой оси, вслѣдствіе чего она не производитъ усиленнаго давленія на какое либо одно мѣсто входа, что при кефалотрипсисіи составляетъ неизбежное и весьма неблагоиріятное сопутствующее явленіе. При дальнѣйшихъ тракціяхъ влекущая сила дѣйствуетъ преимущественно на ту часть основанія черепа, вблизи которой захваченъ сводъ его; вслѣдствіе этого плоскость основанія черепа измѣняетъ свое отношеніе къ плоскости таза. Кромѣ всего сказаннаго, мы можемъ во время извлеченія, направляя тракціи, смотря по надобности, въ ту или другую сторону, повернуть головку такъ, какъ того требуетъ механизмъ родовъ даннаго случая.

На основаніи нашихъ личныхъ опытовъ, подтверждающихъ мнѣніе большинства новѣйшихъ авторовъ, мы считаемъ *краниокласть инструментомъ, помощью котораго весьма удобно извлекается предварительно перфорированная головка* (какъ подлежащая, такъ и послѣдующая, а равно и оставшаяся въ маткѣ послѣ отрыва туловища); *къ выламыванію же костей черепа съ предвзятою цѣлью, какъ ultimum refugium* для уменьшенія объема головки мы прибѣгаемъ лишь при высшей степени суженія таза (*К* короче 6,0).

Къ краниокласту мы прибѣгаемъ, кромѣ того, для уменьшенія объема ягодиць и туловища, что достигается разминаніемъ или раздробленіемъ захваченныхъ краниокластомъ тканей, а также выламываніемъ костей.

<sup>1)</sup> Не могу съ положительностью утверждать, но полагаю, что и у насъ въ Россіи (по крайней мѣрѣ въ Спб.) преимущественно употребляется краниокласть *Braun'a*.

**Производство краниоклазіи.** Она производится на поперечной кровати и подъ хлороформомъ. Ложки инструмента вводятся подобно ложкамъ акушерскихъ щипцовъ, съ тою только разницею, что внутренняя (сплошная) ложка краниокласта должна быть вводимая по проводной линіи таза, придерживаясь середины рукава. *Во всѣхъ случаяхъ первую* вводится внутренняя ложка прямо въ отверстіе продыравленнаго черепа, затѣмъ ее продвигаютъ въ полость его какъ можно глубже (до противоположной стѣнки черепа) и выпуклою (негладкою) поверхностью прикладываютъ къ той части черепа, которую предполагается захватить <sup>1)</sup>. Потомъ подъ прикрытіемъ пальцевъ вводится наружная (окончатая) ложка по направленію, соотвѣтствующему внутренней ложкѣ. Дойдя до головки, наружную ложку проводятъ или *надъ* покрывами головки, если намѣрены ограничиться извлеченіемъ, или же *подъ* покрывами ея, — между ними и костями черепа, — если извлеченію желаемъ предпослать выламываніе костей его.

Приспособивъ и размѣстивъ ложки краниокласта на головкѣ плода, соотвѣтственно первой цѣли, инструментъ замыкаютъ, послѣ чего надѣваютъ сжимающій аппаратъ, гайку его туго завинчиваютъ и приступаютъ къ извлеченію. Сдѣлавъ пробную тракцію и убѣдившись, что краниокласть хорошо держитъ, производятъ влеченіе, *въ началѣ безъ особенныхъ усилій, дабы головка приспособилась къ тазу*, что можетъ совершиться правильнѣе въ случаяхъ, гдѣ не было предварительной эксцеребраціи; впоследствии же сила влеченія можетъ быть постепенно усиливается. Извлеченіе производится, какъ и при щипцахъ, по направленію проводной линіи таза, причемъ надо сообразоваться съ высотой стоянія предлежащей части, съ формою таза и съ механизмомъ родовъ, присутствующему представившейся неправильности таза. Такъ напр., положимъ, что мы имѣемъ дѣло съ умѣренно суженнымъ во входѣ *плоскимъ тазомъ* и стоящею надъ входомъ головкою; въ такомъ случаѣ краниокластомъ слѣдуетъ дѣйствовать такъ, чтобы провести головку наибольшими размѣрами въ поперечномъ или въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ входа и притомъ въ *состояніи разибанія* и съ пониженіемъ передней теменной кости. Для этого необходимо наложить краниокласть на *переднюю* (лицевую) *половину* головки и затѣмъ производить тракціи внизъ; когда же головка будетъ низведена въ полость таза, то приподымаемъ рукоятки кверху и дѣлаемъ тракціи сперва прямо кпереди, затѣмъ кпереди и кверху и *извлекаемъ первымъ лицомъ*. При *общесуженномъ тазѣ* краниокласть накладывается высоко на *заднюю* (затылочную) *половину* головки, которая затѣмъ проводится чрезъ всю полость таза въ состояніи *сильнаго сибанія*, причемъ *первымъ извлекается затылокъ*. Въ случаѣ, если распознаваніе неправильности таза, а равно и положенія головки затруднено, то слѣдуетъ по совѣту *Barnes'a* наложить краниокласть на ту часть головки, которая лежитъ вблизи одного изъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій.

<sup>1)</sup> Этою же ложкою можно разрушить какъ большой, такъ и малый и продолговатый мозгъ.

При незначительной несоразмѣрности между головкою и тазомъ и при затылочныхъ положеніяхъ достаточно захватить краниокластомъ какую либо часть свода черепа, при этомъ слѣдуетъ только наложить инструментъ возможно выше; если же несоразмѣрность между головкою и тазомъ велика, то при томъ же положеніи ея, во избѣжаніе соскальзыванія, совѣтую наложить краниокласть на лицевую часть черепа (на лицо) именно потому, что кости этой части черепа, благодаря способу соединенія ихъ между собою, представляютъ болѣе надежную опору для инструмента, нежели тонкія, легко подвижныя кости свода черепа; кромѣ того, при низведеніи личика мы можемъ повернуть головку такъ, чтобы основаніе черепа помѣстилось во входѣ ребромъ, вслѣдствіе чего головка вступитъ въ тазъ своими наименьшими діаметрами. Въ виду того, что кости свода черепа мацерированнаго плода весьма легко вырываются даже при легкихъ тракціяхъ, а одни общіе покровы черепа, потерявшіе эластичность, не выдерживаютъ необходимой силы влеченія, *я настоятельно совѣтую и при мацерированномъ плодѣ накладывать краниокласть на лицевую часть головки.*

Если краниокласть накладывается на часть головки, лежащую въ правой половинѣ таза, то замокъ его бываетъ обращенъ вверхъ; въ случаяхъ же, гдѣ необходимо захватить часть головки, лежащую въ лѣвой или въ задней, или въ передней половинѣ таза, наложеніе краниокласта производится такимъ образомъ, что ложки его вводятся съ обращеннымъ внизъ или въ какую либо сторону замкомъ, что однако нисколько не затрудняетъ ни наложенія, ни замыканія краниокласта.

Во время извлеченія необходимо слѣдить свободной рукой за головкой и обращать вниманіе на то, не выдается ли гдѣ либо обнаженный уголь или осколокъ черепной кости. Коль скоро это будетъ замѣчено, то, во избѣжаніе пораненія мягкихъ родовыхъ путей, необходимо прикрыть выдающуюся кость пальцами руки; если же это осколокъ, то — удалить его.

Весьма полезно во время прорѣзыванія головки дѣлать отъ времени до времени тракціи въ сторону, противоположную захваченной части головки, т. е. если захвачена часть головки, помѣщающаяся въ правой половинѣ таза, то направляемъ тракціи къ лѣвому бедру матери, и наоборотъ.

По выведеніи головки инструментъ снимается, и затѣмъ, выждавъ появленія потуги, извлекаютъ туловище обычными приѣмами.

При *лицевыхъ положеніяхъ* наружная ложка краниокласта вводится въ ротъ и прикладывается къ твердому нѣбу, — все равно, будетъ ли внутренняя ложка проведена черезъ перфорационное отверстіе во лбу или въ глазницѣ. При *послѣдующей головкѣ* наружная ложка помѣщается на лицѣ, а внутренняя проводится черезъ перфорационное отверстіе въ твердомъ нѣбѣ. На оставшуюся въ маткѣ головку, послѣ декапитации, краниокласть накладываютъ такимъ образомъ, что внутреннюю ложку проводятъ или чрезъ искусственное отверстіе, сдѣланное въ черепѣ, или чрезъ затылочную дыру, наружная же ложка накладывается на ли-

цевую часть черепа. При *подвижных положеніях* внутреннюю ложку вводимъ въ искусственно расширенный задній проходъ, а наружную помѣщаемъ на одной изъ ягодицъ или на крестцовой кости, или же на лонномъ сочлененіи плода.

При наложеніи краниокласта на *верхнюю часть туловища* плода поступаемъ слѣдующимъ образомъ: Сдѣлавъ отверстіе въ грудной клѣткѣ, вводимъ внутреннюю ложку въ грудную полость, а наружную поверхъ груди спереди или сзади, и потомъ, заменивши краниокласть, извлекаемъ младенца. Подобное извлеченіе, судя по опытамъ на трупахъ, удается легко; необходимо только сперва провести одно плечо такъ, чтобы плечики вступили въ поперечный размѣръ тазоваго входа.

Къ *выламыванію костей черепа* съ предвзятою цѣлью, какъ сказано выше, мы прибѣгаемъ при *K* менѣе 6.0. Прежде всего выламываемъ кости свода черепа, а затѣмъ приступаемъ къ раздробленію основанія его.

Введя въ перфорационное отверстіе внутреннюю ложку, мы помѣщаемъ затѣмъ наружную ложку подъ покровами головки, прямо на костяхъ свода ея. Для болѣе свободнаго проведенія наружной ложки необходимо предварительно отдѣлить пальцемъ или крѣпкимъ маточнымъ зондомъ покровы головки отъ тѣхъ костей, которыя предполагается отломить, и только послѣ этого приступаемъ къ введенію наружной ложки. Доведя послѣднюю до головки, пальцами контролирующей руки приподнимаемъ общіе покровы и, подведя ложку, помѣщаемъ ее надъ костью, что удается обыкновенно довольно легко. Вслѣдъ за наложеніемъ и замыканіемъ ложекъ, помощникъ долженъ тщательно фиксировать снаружи головку, если она еще не установилась во входѣ; затѣмъ инструменты поворачиваютъ вокругъ продольной оси въ ту или другую сторону, но всегда такъ, чтобы концы ложекъ инструмента были направлены внутрь черепа, а не къ стѣнкамъ таза. Сдѣлавши 2—3 оборота, пробуютъ потянуть краниокласть и, если кость окажется свободною, то подъ прикрытіемъ пальцевъ свободной руки извлекаютъ наружу отломокъ кости. По разрушеніи свода черепа внутренняя ложка краниокласта кладется на основаніе черепа, ф. 258, а наружная—на подбородокъ или сбоку челюсти, послѣ чего гайка сжимающаго аппарата туго завинчивается, и головка, принявшая видъ безформеннаго мѣшка, извлекается наружу. Дабы предохранить мягкія родовыя части отъ пораненія, необходимо слѣдить свободною рукою, чтобы края остающихся осколковъ черепа были прикрыты покровами головки.

При наложеніи краниокласта на головку съ цѣлью раздробленія ея, нужно имѣть въ виду, что основаніе черепа со стороны лица представляетъ наиболѣе толстую часть, а на мѣстѣ твердаго нѣба и тѣла основной кости—наиболѣе твердую и наименѣе уступчивую часть. Поэтому раздробленіе основанія черепа, какъ самой стойкой части его, требуетъ большей силы, чѣмъ выламываніе костей свода черепа, которыя, благодаря слабой резистенціи, легко уступаютъ дѣйствію инструмента;

кромѣ того, основаніе черепа трудно достижимо, почему раздробленіе его затрудняется еще болѣе.

Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ нужно имѣть въ виду съ одной стороны указанныя особенности различныхъ частей головки, съ другой же стороны - степень суженія таза, т. е. при умѣренныхъ суженіяхъ достаточно разможить сводъ черепа (лобныя и теменные, а иногда и затылочную кости), при высшихъ же степеняхъ требуется кромѣ того раздробленіе основанія черепа.

Фиг. 258.



Фиг. 258 представляетъ головку, захваченную по удаленіи свода черепа такъ, что внутренняя ложка помещается на основаніи черепа, наружная же на подбородкѣ; головка проводится черезъ тазъ лицомъ впередъ.

*D-r Auward* на основаніи своей экспериментальной работы (*De la pince à os et du cranioclaste. Etude historique et expérimentale etc. Paris 1884*) утверждаетъ, что при лицевыхъ положеніяхъ, послѣ разможенія основанія черепа, можно извлечь головку при  $K$  равной 35—40 мм., а при затылочныхъ положеніяхъ даже при  $K=30$  мм. Едва ли это оправдывается на живыхъ.

*Br. Hicks* и *Barnes* считаютъ выламываніе костей черепа вполне зрѣлаго плода необходимымъ при  $K=7.0$ . Въ Спб. Родовсп. Заведеніи при этой степени суженія ниразу не потребовалось выламываніе костей черепа. На основаніи моихъ опытовъ раздробленіе можетъ быть съ успѣхомъ замѣнено многократнымъ перемѣщеніемъ ложекъ краниокласта. Что касается пригодности послѣдняго для выламыванія костей черепѣ, то далеко не всѣ согласны между собою. Тогда какъ *Simpson*, *Barnes*, *Br. Hicks* и *Davis* ратуютъ за это его свойство, другіе, и между ними *Braun*, считаютъ его неудобнымъ для этой цѣли. Мнѣ не приходило въ встрѣчаться у постели рожениць съ такою степенью суженія таза, гдѣ бы требовалось произвести выламываніе костей, но при опы-

тахъ на трупахъ краниокласть оказался пригоднымъ для этой цѣли. Краниокластомъ можно достигнуть значительной степени уменьшенія головки; такъ по опытамъ д-ра *Уднцова*, произведеннымъ въ моемъ присутствіи въ Спб. Р. З., самый большой размѣръ головки съ выломанными костями не превышалъ 6—8 см.

*Достоинства краниокласта слѣдующія:*

а) онъ представляетъ необъемистый инструментъ, съ узкими ложками, занимающій сравнительно мало мѣста, и потому весьма удобенъ для введенія въ матку даже при мало открытомъ зъвъ, причѣмъ во время тракцій зъвъ растягивается почти нормальнымъ образомъ;

б) онъ можетъ быть наложенъ при всякомъ положеніи и при всякой позиціи головки, въ любой части и половинѣ таза;

в) захватываніе и раздробленіе желаемой части черепа (не исключая и основанія его), ягодиць и туловища нисколько не затруднительно;

д) возможность движенія инструментомъ въ ту или другую сторону облегчаетъ проведеніе и извлеченіе подлежащей части, такъ какъ при этомъ можно вполне подражать механизму родовъ;

е) такъ какъ только одна ложка краниокласта помѣщается снаружи головки, то инструментъ, если и причиняетъ травмы, то во всякомъ случаѣ меньше значительныя, чѣмъ то приходится наблюдать не только при кефалотрипси, но даже и при щипцахъ;

ф) правильно наложенный краниокласть не долженъ соскальзывать; соскальзываніе его обыкновенно обусловливается или тѣмъ, что онъ наложенъ слишкомъ низко, т. е. если имъ захвачена лишь небольшая часть головки и если притомъ первыя тракціи чрезмѣрно сильны, или тѣмъ, что связь костей черепа слишкомъ слаба, что обыкновенно бываетъ при высокой степени мацерациі плода.

г) краниокласть удлиняетъ головку по направленію къ выходу, что въ значительной степени благопріятствуетъ, во 1-хъ, уменьшенію во всѣхъ діаметрахъ той части головки, которая помѣщалась надъ входомъ, и, во 2-хъ, способствуетъ приспособленію головки къ емкости таза, вслѣдствіе чего давленіе, производимое головкою на мягкіе или твердые родовые пути распредѣляется болѣе равномерно, не сосредоточиваясь, какъ при кефалотрипси, на какой либо двухъ отдѣльныхъ точкахъ.

Въ заключеніе я долженъ сказать, что краниокласть какъ инструментъ, служащій для влеченія, обладаетъ всеми преимуществами передъ кефалотрибомъ. Не могу согласиться съ адептами французской школы, утверждающими (см. *Charpentier*. Т. II, р. 852), что краниокласть составляетъ „un instrument d'exception“, пригодный только при *K* менѣе 6.5 см.; при суженіяхъ же менѣе значительныхъ, т. е. при *K* болѣе 6.5 см. нужно предпочитать, по ихъ мнѣнію, кефалотрибъ *de Bailly*.

Въ Вѣнскомъ родильномъ домѣ смертность отъ кефалотрипси = 49,75% (выводъ изъ 43 случаевъ), отъ краниоклази смертность = 36,58% (выводъ изъ 52 случаевъ); но если взять въ расчетъ только послѣродовыя заболѣванія, то получится смертность 28,85%, несмотря на то, что краниокласть былъ нерѣдко употреблемъ послѣ неудавшейся ке-

фалотрипси, что уже значительно ухудшает исходъ. Изъ 52-хъ случаевъ примѣненія краниокласта въ 21-мъ послѣродовой періодъ протекъ нормально. По *Thiele* изъ 10 случаевъ примѣненія краниокласта въ Вѣнской клиникѣ умерла только 1 и то послѣ двукратной попытки окончить роды щипцами.

По статистикѣ *Churchill*'я <sup>1)</sup> смертность послѣ этихъ операций въ родильныхъ домахъ Англiи понизилась до 18,2%, т. е. умираетъ только одна изъ 5½, въ частной же практикѣ и того меньше—около 4,3%. Но вообще къ статистикѣ подобныхъ операций, слѣдуетъ относиться осторожно, потому что результатъ ихъ въ значительной степени зависитъ отъ того, приходится ли оперировать при дурныхъ или же при хорошихъ обстоятельствахъ со стороны роженицы.

Профессоръ *Martin* справедливо отдѣлилъ запущенные случаи отъ случаевъ, находившихся подъ наблюдениемъ почти во все время родовъ, и получилъ совсѣмъ другія цифры. При запущенныхъ случаяхъ, когда прибѣгали къ другимъ операциямъ еще до поступления роженицы въ его клинику, смертность равнялась 39,4% (выводъ изъ 34 случаевъ); въ случаяхъ же, въ которыхъ роженицы заблаговременно поступали въ клинику, смертность послѣ перфорации и краниоклазии равнялась только 11,8%.

Результаты перфорации и краниоклазии въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведенiи. Операции эти, какъ и всѣ другія, не всегда производились опытною рукою, ибо въ Заведенiи допускаются къ производству акушерскихъ операций и молодые врачи (экстерны), посвящающіе себя специальному усовершенствованiю. Краниоклазия и перфорация производились всегда подъ моимъ руководствомъ и наблюдениемъ или же подъ наблюдениемъ одного изъ моихъ опытныхъ товарищей-сотрудниковъ по Заведенiю. Было очень немного случаевъ, въ которыхъ бы я не участвовалъ при установленiи показанiй къ операциямъ. Всѣ краниоклазии были произведены подъ хлороформомъ. Для перфорации были употребляемы или трепановидные перфораторы, или же перфораторъ *Blot*; изъ краниокластовъ же — исключительно краниокласть *Vraun*'а.

Всѣхъ краниоклазий, со времени введенiя ея въ Заведенiе по 1885 годъ, произведено было 92; изъ нихъ только въ двухъ случаяхъ краниокласть была наложена на послѣдующую головку (послѣ поворота на ножки). Первородящихъ было 32 и многорожавшихъ 60.

Для болѣе наглядной оцѣнки этой операции я распредѣляю результаты ея въ слѣдующихъ таблицахъ:

Таблица первая показываетъ число ежегодно произведенныхъ краниоклазий съ общою смертностью.

|                 |                 |                       |
|-----------------|-----------------|-----------------------|
| Въ 1872 г. было | 7 краниоклазий, | съ 2 смерт. исходами. |
| " 1873 " "      | 8 " "           | 6 " "                 |
| " 1874 " "      | 6 " "           | 3 " "                 |
| " 1875 " "      | 10 " "          | 3 " "                 |
| " 1876 " "      | 10 " "          | 1 " "                 |
| " 1877 " "      | 1 " "           | — " "                 |
| " 1878 " "      | 5 " "           | 2 " "                 |
| " 1879 " "      | 7 " "           | 3 " "                 |
| " 1880 " "      | 9 " "           | 3 " "                 |
| " 1881 " "      | 5 " "           | 1 " "                 |
| " 1882 " "      | 8 " "           | 2 " "                 |
| " 1883 " "      | 10 " "          | 2 " "                 |
| " 1884 " "      | 6 " "           | 1 " "                 |

За 13 лѣтъ было 92 краниоклазии, съ 29 смерт. исходами, что составляетъ 31,5% смертности. Наибольшее число умершихъ было въ 1873 году; санитарныя условiя Заведенiя въ теченiи этого года были настолько плохи, что общій годовоі % смертности равнялся 6,1%. Такъ какъ въ этомъ году въ Заведенiи господствовала эвдемія тяжелой

<sup>1)</sup> *F. Churchill*. On the theory and practice of Midwifery London 1866, p. 403—404.



формы родильной болѣзни (endo-metro-lymphangoitis), то неудивительно, что изъ 8 родильницъ послѣ краниоклазіи умерли 6 и выздоровѣли 2.

Для возможно точной оцѣнки краниоклазіи слѣдуетъ исключить изъ общаго числа умершихъ: а) 5 роженницъ, поступившихъ съ разрывомъ матки; б) 5—съ упадкомъ силъ; в) 6—съ истеченіемъ зловонной жидкости изъ рукава, съ повышевною до 40° температурою при пульсѣ 140 (endometritis et physometra in partu) и съ другими явленіями начинающейся септикеміи; д) 1 — съ воспаленіемъ брюшины; е) 1 — съ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ и ф) 1 — съ урэміей. Итого въ 19 случаяхъ смерть родильницъ не можетъ быть приписана краниоклазіи; исключивъ это число изъ общаго, мы получимъ 10,8% смертности; но и этотъ процентъ не можетъ быть отнесенъ всецѣло на счетъ краниоклазіи, такъ какъ въ числѣ остающихся 10 случаевъ были такіе, въ которыхъ краниоклазія произведена или слишкомъ поздно, или же до нея примѣнялись другія оперативныя пособія.

Распредѣливъ число умершихъ по 4-хъ-лѣтіямъ, соответствующимъ 3-мъ вышеприведеннымъ (стр. 298 и слѣд.) періодамъ исторіи антисептики, мы увидимъ, что, по мѣрѣ лучшенія санитарнаго состоянія Заведенія, валовой % смертности постепенно уменьшался. Такъ:

|  |
|--|
| за 1873—76 гт. было краниоклазіи 34, умерло 13; % смертности 38,2; |
| ” 1877—80 ” ” ” 22, ” 8; ” ” 31,8;                                 |
| ” 1881—84 ” ” ” 29, ” 6; ” ” 20,7.                                 |

Таблица вторая показываетъ, какія были показанія къ наложенію краниокласта, съ обозначеніемъ числа случаевъ заболѣвшихъ и умершихъ родильницъ.

| Показанія:                                       | Число случаевъ. | Остались здоров. | Заболѣло. | Умерло. |    |
|--|-----------------|------------------|-----------|---------|----|
| 1. Суженіе таза <sup>1)</sup> . . . . .          | 63              | 5                | 41        | 17      |    |
| 2. Dolores debiles. . . . .                      | 8               | 1                | 5         | 2       |    |
| 3. Tetanus uteri et endometr. in partu . . . . . | 6               | 2                | 2         | 2       |    |
| 4. Ruptura uteri completa . . . . .              | 5               | —                | —         | 5       |    |
| 5. Высокостоящая головка мертв. плода. . . . .   | 3               | 1                | 2         | 0       |    |
| 6. Невозможность освобод. послѣд. голов. . . . . | 2               | —                | 1         | 1       |    |
| 7. Выпаденіе ручки при предл. черепа . . . . .   | 1               | 1                | —         | —       |    |
| 8. Metrorrhagia profusa in partu . . . . .       | 1               | —                | 1         | —       |    |
| 9. Uraemia in partu . . . . .                    | 1               | —                | —         | 1       |    |
| 10. Pneumonia crouposa . . . . .                 | 1               | —                | —         | 1       |    |
| 11. Hypertrophia colli. . . . .                  | 1               | —                | 1         | —       |    |
|  | Всего           | 92               | 10        | 53      | 29 |

При разборѣ вліянія продолжительности родовъ на исходъ операціи становится очевиднымъ, что чѣмъ дольше продолжались роды до операціи, тѣмъ тяжелѣе были формы заболѣванія послѣ нея и тѣмъ больше было неблагополучныхъ исходовъ. Вообще, при продолжительности родовъ отъ 23-хъ до 50-ти часовъ исходы были гораздо лучше, чѣмъ при продолжительности ихъ отъ 55-ти до 113-ти часовъ.

Степень раскрытія маточнаго зѣва оказываетъ значительное вліяніе на исходъ операціи и идетъ рука объ руку съ продолжительностью родовъ, а именно: при медленномъ раскрытіи зѣва и продолжительности родовъ больше, поэтому и исходы тождественны. Но намъ желательно было-бы приблизиться къ разрѣшенію вопроса: что цѣлесообразнѣе,—производить ли разбираемая операціи при мало открытомъ зѣвѣ или выжидать болѣе полнаго раскрытія его, обыкновенно влекущаго за собою повышеіе температуры и ускореніе пульса роженницы, вслѣдствіе начинающагося эндометрита? Малочисленность нашихъ собственныхъ наблюденій не даетъ намъ достаточныхъ фактовъ для рѣшенія этого важнаго вопроса. Но если согласиться съ акушерами англійской школы, которые признаютъ жизнь плода второстепенною, то, кажется, можно при-

<sup>1)</sup> Maximum суженія было отъ 6.75 до 7 см. и minimum—9.5 см.

нять съ большою вѣроятностью, что для спасенія матери лучше приступать къ этому оперативному пособию при мало-открытомъ зѣвѣ, чѣмъ ждать появленія лихорадочныхъ и воспалительныхъ припадковъ. Что касается до вопроса,—какое оперативное пособие (краниоклазію или кесарское сѣченіе) предпочесть при высокихъ степеняхъ сѣженія таза, но при отчетливомъ сердцбѣненіи зрѣлага плода и при убѣжденіи, что этотъ послѣдній не можетъ быть извлеченъ чрезъ естественные родовые пути иначе, какъ разбитый на части,—то объ этомъ будетъ рѣчь въ своемъ мѣстѣ.

Предшествовавшія операциі, какъ-то: поворотъ на ножки, наложеніе щипцовъ на высокостоящую головку, имѣли неблагопріятное вліяніе на исходъ краниоклазіи.

*Cohnstein* предложилъ недавно якобы новый способъ перфорациі и раздробленія послѣдующей головки, въ тѣхъ случаяхъ, когда ручки остаются запрокинутыми и можно бываетъ пройти не до головки, а только до плечиковъ ребенка. Онъ предлагаетъ дѣлать разрѣзъ мягкихъ частей надъ остистыми отростками верхнихъ грудныхъ позвонковъ, затѣмъ острымъ ножомъ срѣзать 4—6 дужекъ позвонковъ и сколько возможно удалить корцангомъ *dupan matre*, далѣе черезъ сдѣланное отверстіе и черезъ каналъ шейныхъ позвонковъ и затылочное отверстіе—ввести металлическій катетеръ, разрушить остающійся спинной и головной мозгъ, затѣмъ чрезъ тотъ же катетеръ выспринцовывать разрушенный мозгъ, а остающуюся жидкость въ черепѣ вытянуть спринцовкой черезъ катетеръ. Еслибы черепъ не спался и головка не подавалась ручному извлеченію, то, по удаленіи мозга, онъ совѣтуетъ визальной или вообще острой длинной иглой проколоть сводъ черепа черезъ большой родничекъ до покрововъ (!!!) и въ сдѣланное отверстіе спринцевать подъ покровы головы: такимъ образомъ черепъ якобы легко спадается. Предложеніе свое *Cohnstein* провѣрилъ только на трупахъ и ниразу не примѣнилъ въ практикѣ, а потому и встрѣтилъ очень вѣския возраженія со стороны членовъ Берлинскаго гинекологическаго общества (*Berlin. klin. Woch.* 1874, p. 478). [Уже *Michaelis* <sup>1)</sup> въ 1838 г. подалъ идею проникать въ черепъ между атлантомъ и затылочнымъ отверстіемъ и извлекать первымъ затылокъ, такъ что способъ *Cohnstein*'а есть только модификація и можетъ быть пригоденъ развѣ только въ крайне исключительныхъ случаяхъ. Но прокалываніе большого родничка безъ раненія покрововъ головки едвали можетъ удался у постели роженицы даже самой опытной рукѣ.

### Распиливаніе головки (*Cephaloprisis. Céphalosciage. Zersägung des Kopfes. The sawing of the head.*)

**Историческія замѣчанія.** Изобрѣтеніе *van-Huevel*'емъ щипцовъ съ пилой относится къ началу сороковыхъ годовъ текущаго столѣтія. Первый наглядный опытъ примѣненія этого инструмента былъ сдѣланъ *v. Huevel*'емъ въ ноябрѣ 1842 г. на трупѣ женщины, умершей въ родахъ. На живой роженицѣ этотъ инструментъ впервые былъ наложенъ въ іюнѣ 1844 г. Въ маѣ 1850 г. бельгійская Медицинская Академія нарядила особую комиссію для опредѣленія достоинствъ этого инструмента. Докладчики этой комиссіи *Marinus* и *Simon* представили черезъ годъ тщательный анализъ 42 случаевъ примѣненія этого инструмента и благосклонно высказались въ его пользу. Несмотря на это, въ средѣ акуперовъ нашлось мало приверженцевъ новаго инструмента, случаи примѣненія котораго въ практикѣ нужно считать величайшею рѣдкостью. Наибольшія симпатіи новый способъ уменьшенія головки встрѣтилъ въ Бельгіи и Италіи (*Billi*), отчасти въ Англии (*Barnes*) и Норвегіи (*Faye*). Что же касается до нѣмецкихъ акуперовъ, то они въ большинствѣ случаевъ высказываются не въ пользу *forceps-scie*, имѣя, главнымъ образомъ, въ виду сложность инструмента, его дороговизну и необходимость имѣть во время операциі много помощниковъ. У насъ въ Россіи случаи употребленія щипцовъ съ пилой еще болѣе рѣдки. Мною было произведено много опытовъ надъ дѣйствіемъ этого инструмента, и мнѣ удавалось при помощи его распилывать не только

<sup>1)</sup> Neue Zeitschr. f. Geburtsk. 1838. Bd. VI, p. 45.

головки новорожденныхъ дѣтей, но и черена взрослыхъ. Эти опыты были производимы въ присутствіи *Н. И. Широкова*, который, будучи заинтересованъ ими, предполагалъ примѣнить видоизмѣненные щипцы съ пилою къ резекціямъ длинныхъ костей.

Во время родовъ щипцы съ пилою были мною употреблены дважды. На основаніи своихъ изслѣдованій на трупахъ и наблюденій на живыхъ, я и позволяю себѣ высказать нижеизложенное мнѣніе.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Biefve. Künstliche Entbindung mittels der Zangensäge (Forceps-scie) v. *Huevel's* bewerkstelligt. *Schmidt's* Jahr. Bd. 45, p. 56. Archiv. de médecine Belge. 1844. Jüillet. Dr. Billi. Zwölf Fälle von Anwendung der Forceps-scie zur Beendigung der Geburt. См. переводъ съ итальянскаго von *Hecker'a* въ Verhand. d. Ges. f. Geb. zu Berlin. N. F. Bd. I, p. 23. Mon. f. Geb. u. Fr. Bd. 7. Hft. 1, p. 23. Barnes. Lectures on obstetric operations. 1871, p. 306. Didot. Note sur des modifications apportées à la methode de délivrance forcée de M. le professeur *Van-Huevel* et sur un nouveau céphalotome. Bulletin de l'académie royale de Belgique. 1-ere série. T. X, p. 527. Didot. Annales de médecine de Gand. 1857. Vol. 35. Examen critique des resultats cliniques du forceps-scie. Gazette hebdomadaire 1860. VII. 11, 12, 17. Feigneaux. Observations d'applications du forceps-scie, recueillies à la Maternité de Bruxelles et précédées de quelques considérations pratiques sur l'emploi de cet instrument. Journal de médecine de Bruxelles. Août 1849. Finizio. Del Sego-cefalotomo, instrumento col quale puo assolversi qualunque parto laborioso ne casi di grave angusti delle ossa del bazino senza che la duona risentir ne potesse nel minimo inconveniente. Napoli 1855. Hyernaux. Presse médicale. 1856. 23—25. Joulin. Traité complet d'accouchements. 1867, p. 1085. Klunzinger. Beobachtungen über Operationen mit der Zangensäge nach *Van-Huevel*. Inaug. Diss. Stuttgart 1859. Lauwers. Observations sur le forceps-scie de *van-Huevel*. Ann. méd. de la Flandre occid. 1856. Liégard. Quelques réflexions sur deux observations de céphalotomie. Gazette d. hôp. 1866, № 119. Marinus. Rapport de la Commission chargée de constater, à Bruxelles, les avantages respectifs du forceps-scie de M. *Van-Huevel* et du diatrypteur de M. *Didot*. Bulletin d. l'acad. roy. d. Belg. T. XI, p. 14. Simon. Observations d'application du forceps-scie, suivies de quelques considérations sur cet instrument et sur les différents moyens employés jusqu'à ce jour pour délivrer la femme dans les cas d'angustie du bassin. Ibid. T. XI, p. 45. Scanzoni. Beiträge zur Geburtskunde 1853. Bd. 1, p. 76. Van-Huevel. Mémoire sur les divers moyens propres à délivrer la femme en cas de rétrécissement du bassin et sur le *forceps-scie* ou nouveau *Céphalotome* etc. Bruxelles 1842. Verrier. De forceps-scie des Belges. Thèse de Paris. 1863. Verrier. Deux observations de céphalotomie, exécutée par le forceps-scie. Gazette française des hôpitaux. 1866, p. 442.

**Опредѣленіе и цѣль.** Распиливаніе головки состоитъ въ раздѣленіи ея на двѣ части помощью *щипцовъ съ пилою van-Huevel'я* (forceps-scie, labidoprion *Braun'a*) и въ извлеченіи сперва отпиленнаго отрѣзка, а потомъ и всего младенца помощью особенныхъ щипцовъ въ родѣ *Mesnard'овскихъ*.

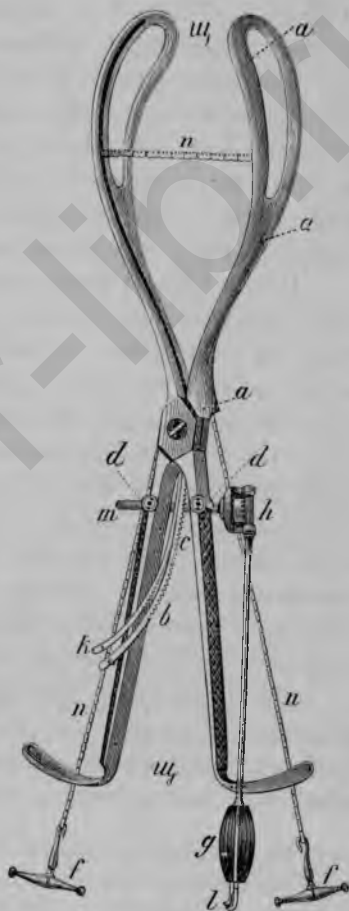
Фиг. 259 представляетъ щипцы *ш* съ пилою *п*, представленные въ такомъ положеніи, въ какомъ они бываютъ по наложеніи ихъ на головку. Они состоятъ изъ щипцовъ *Hatin'a*, ложки которыхъ немного уже, чѣмъ въ обыкновенныхъ французскихъ щипцахъ. На внутренней поверхности обѣихъ ложекъ имѣются пазы *aaa*, продолжающіеся до ихъ верхушекъ; въ эти пазы, пониже замка, входятъ проводники *bk* цѣ-

почной пилы *nn*, помощью которых пила приподымается и опускается. Пила сдѣлана наподобіе *Jeffrey*'евской. Проводники имѣютъ: 1) на одномъ концѣ отверстія, въ которыя продѣвается пила, обращенная зубчатымъ (рѣжущимъ) краемъ къ верхушкѣ ложекъ; 2) на другомъ концѣ — шпеньки *kk*, которые зацѣпляютъ крючкомъ *l* рукоятки *g* при удаленіи проводниковъ; 3) на нижнемъ краѣ, поближе къ свободнымъ концамъ, — зубцы *c*. При началѣ рукоятокъ снизу имѣются ушки *dd*, въ которыя вставляется зубчатый валикъ, съ движущимъ пилу аппаратомъ *hgl*. При поворачиваніи рукоятки *g* вокругъ продольной ея оси вправо, пила продвигается вверхъ, а при движеніи влѣво, пила отодвигается назадъ. Пила оканчивается ушками, въ которыя продѣваются крючки, снабженныя рукоятками *ff*. Пиленіе производится попеременнымъ потягиваніемъ за рукоятки *ff*. Разбирается инструментъ слѣдующимъ образомъ: сперва снимается движущій аппаратъ *hgl*, потомъ одна изъ рукоятокъ *ff*; пилу *n* извлекаютъ, потягивая за другую рукоятку; наконецъ, зацѣпляютъ крючками *l* рукоятки *g* за шпеньки *k* проводниковъ *bk*, которые и извлекаются оба вмѣстѣ.

**Производство операциі.** Распиливаніе головки производятъ подъ хлороформомъ при соблюденіи правилъ, принятыхъ при наложеніи щипцовъ. Щипцы могутъ быть накладываемы какъ на подлежащую, такъ и на послѣдующую головку. Инструментъ сперва разбираютъ и ложки его накладываютъ по обыкновеннымъ правиламъ, стараясь размѣстить ихъ на головкѣ такъ, чтобы распиломъ можно было совершенно отдѣлить сегментъ головки, — всего лучше, лежащій въ передней половинѣ полости таза; поэтому рукоятки щипцовъ опускаютъ какъ можно ниже. Послѣ наложенія щипцовъ, проводники вмѣстѣ съ пилою вводятся на свое мѣсто въ пазы и передвигаются руками до тѣхъ поръ, пока зубцы ихъ не дойдутъ до ушковъ *dd*, находящихся на рукояткахъ; коль скоро это исполнено, присоединяютъ движущій аппаратъ *hgl*, вводя зубчатый валикъ *mh* въ ушки *dd*, а рукоятку *g* помѣщаютъ такъ, какъ это представлено на рисункѣ.

Теперь наступаетъ самый важный моментъ, именно *распиливаніе головки*: Держаніе рукоятокъ щипцовъ и управленіе движущимъ аппаратомъ *hgl* поручается помощнику, а распиливаніе головки производитъ

Фиг. 259.



самъ операторъ. Помощникъ становится съ боку, а операторъ остается между ногами роженицы. Операторъ беретъ обѣими руками за рукоятки *ff* и дѣлаетъ нѣсколько пробныхъ пилообразныхъ движеній; затѣмъ помощникъ вращаетъ рукоятку *g* вправо до начала сопротивленія, т. е. до соприкосновенія пилы съ головкою; коль скоро это послѣдовало, помощникъ останавливается, а операторъ начинаетъ пилить, т. е. приводитъ пилу въ движеніе, потягивая ее попеременно то за одинъ, то за другой конецъ. Послѣ распиленія нѣкоторой части головки, рукоятку *g* снова поворачиваютъ вправо одинъ или два раза, а операторъ снова начинаетъ дѣйствовать пилою и такимъ образомъ все это продолжается до тѣхъ поръ, пока головка не будетъ распилена.

Движенія пилою должно производить по прямой линіи, составляющей продолженіе пазовъ, притомъ равномерно и безъ всякаго насилія; остановка или затрудненіе въ пиленіи означаетъ, что пила ущемилась въ пропилъ, и требуетъ пониженія ея, т. е. поворота рукоятки *g* налѣво. Пила во время дѣйствія помѣщается подъ крючками рукоятокъ щипцовъ, какъ это видно на фиг. 259.

Послѣ распиливанія головки, щипцы снимаются слѣдующимъ образомъ: Отцѣпляется сначала одинъ изъ крючковъ *ff*, потомъ потягиваніемъ за оставшійся крючекъ извлекается пила, далѣе снимается движущій аппаратъ *hgl* и наконецъ извлекаются проводники пилы *kb*. Удаленіе же ложекъ производится по общимъ правиламъ снятія щипцовъ. Сперва освобождается наружу отпиленный сегментъ головки костными щипцами, а потомъ и остальная часть головки съ туловищемъ. При извлеченіи головки, а равно и отрѣзка ея, нужно защищать пальцами мягкія части матери отъ могущаго произойти раненія краями распиленныхъ костей черепа, хотя они обыкновенно бываютъ ровные и гладкіе. *Въ настоящее время щипцы v. Huevel'я могутъ быть вполне замѣнены краниокластомъ, особенно для извлеченія плода.*

Не подлежитъ сомнѣнію, что щипцы съ пилою представляютъ инструментъ дорогой (до 130 руб.) и сложный; чистка его трудна; онъ требуетъ предварительныхъ упражненій на трупахъ; но, съ другой стороны, онъ даетъ гораздо лучшіе результаты, чѣмъ кефалотрибъ.

Въ литературѣ можно найти описаніе весьма ограниченаго числа случаевъ примѣненія *forceps-scie*, а именно:

|                         |              |                        |             |
|-------------------------|--------------|------------------------|-------------|
| <i>Van-Huevel</i> . . . | 36, умерло 9 | <i>Billi</i> . . . .   | 12 умерло 0 |
| <i>Simon</i> . . . .    | 6 " 1        | <i>Hyernaux</i> . . .  | 14 " ?      |
| <i>Klunzinger</i> . . . | 1 " 0        | <i>Verrier</i> . . . . | 2 " 1       |
| <i>Feigneaux</i> . . .  | 6 " 0        | <i>Ressems</i> . . . . | 1 " 0       |
| <i>Scanzoni</i> . . . . | 1 " 0        | <i>Agudio</i> . . . .  | 34 " 7      |

Присоединивши сюда 2 мои операціи, изъ коихъ 1 окончилась смертельно, и исключивши 14 случаевъ *Huertaux*, исходы которыхъ мнѣ неизвѣстны, мы получимъ на 101 операцію 19 смертельныхъ исходовъ для матерей, что составляетъ приблизительно 19%.

Въ 25 случаяхъ щипцы съ пилою были наложены на головку живаго младенца; 2 раза было произведено съ успѣхомъ распиливаніе туловища (разъ при задоположеніи, и другой—при предлежаніи праваго плеча). Однажды *v. Huevel'ю* не удавалось наложить свой инструментъ на послѣдующую головку, пораженную гидроцефаліей.

Что касается до разрыва пилы во время операціи, то это тоже возможно и потому всегда слѣдуетъ имѣть запасную. Я долженъ однако замѣтить, что одною пилою, правда брюссельской работы, я произвелъ до 30-ти опытовъ надъ головками мертвыхъ младенцевъ, распилил нѣсколько череновъ взрослыхъ, а также нѣсколько длинныхъ костей, и пила ни разу не развалилась.

Инструментъ, придуманный *Joulin*'омъ въ замѣнъ щипцовъ съ пилою и описанный имъ подъ названіемъ *diviseur céphalique*, едва ли годенъ для этой цѣли. Онъ представляетъ подобіе экразера *Charrière*'а, цѣпь котораго имѣетъ на одномъ краѣ зубцы. Цѣпь эта накладывается на головку посредствомъ особеннаго проводника въ видѣ пружины съ рукояткою; инструментомъ дѣйствуютъ, какъ экразеромъ.

Разсматривая всѣ вышеизложенные способы, служащіе для уменьшенія объема головки плода и послѣдующаго извлеченія какъ ея, такъ и всего плода, нельзя не остановиться на томъ, что *самыми лучшими инструментами для прободенія головки оказываются: прободникъ Blot, и перфораторы Leisnig-Kiwisch'a и С. Braun'a, а въ исключительныхъ случаяхъ—длинный троакаръ. Для дальнѣйшаго же уменьшенія объема головки и въ особенности для извлеченія ея наиболѣе пригоденъ краниокластъ Braun'a, съ распространеніемъ котораго кефалотрибъ, а равно и другіе способы уменьшенія и извлеченія головки стали употребляться все рѣже и рѣже.*

Между нѣмецкими акушерами существуетъ разногласіе во взглядахъ на сравнительное значеніе въ практикѣ кефалотриба и краниокласта, что и выяснилось съ особенной рѣзкостью на сѣздѣ гинекологовъ въ Мюнхенѣ (въ сентябрѣ 1877 г., см. Arch. für Gynaecologie. Bd. XII, Hft. 2, p. 275). Самымъ яркимъ защитникомъ кефалотриба заявилъ себя *Credé*, считающій кефалотрибъ вполне надежнымъ инструментомъ, при употребленіи котораго онъ нипраду не встрѣчалъ затрудненій. Мнѣніе его поддерживали *Hennig, Müller* изъ Берлина, *Olshausen* и *Schwartz*. Ихъ мнѣніе основано на томъ, что успѣхъ кефалотрипсіи исключительно зависитъ отъ устройства инструмента, и они употребляли только кефалотрибы съ большой тазовой кривизной (каковы кефалотрибы *Busch'a* и первоначальной *Martin'a*). Всѣ случаи соскальзыванія возможны, по ихъ мнѣнію, только при употребленіи кефалотриба *Scanzoni, Braun'a* и имъ подобныхъ.

Защитниками краниокласта выступили *Winckel, Gusserow, Hegar, Schroeder, Wiener* и *Fritsch*, которые почти безусловно отвергаютъ кефалотрибъ, считая его инструментомъ небезопаснымъ и годнымъ только для размозженія головки, но не для извлеченія ея. Что же касается до краниокласта, то онъ, удовлетворяя обоимъ требованіямъ, признанъ ими самымъ лучшимъ инструментомъ.

Мнѣнія *Spiegelberg'a* и *Hecker'a* направлены къ тому, чтобы помирить это разногласіе: они полагаютъ, что оба инструмента могутъ имѣть свой опредѣленный кругъ дѣйствія. Какъ бы то ни было, изъ всѣхъ этихъ преній выяснилось, что по мнѣнію большинства, краниокластъ есть инструментъ болѣе безопасный, особенно въ рукахъ начинающихъ, и что имъ почти всегда можно благополучно достигнуть цѣли.

**Время для производства перфорации.** Прежде, чѣмъ перейти къ разбору показаній, необходимо разъяснить подробнѣе еще очень важный вопросъ, а именно: *въ какое время родового акта должно приступать къ перфорации?* Это одинъ изъ тѣхъ вопросовъ, которые всего болѣе затрудняютъ въ практикѣ не только начинающихъ, но и опытныхъ акушеровъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ плодъ живъ. Не подлежитъ сомнѣнію, что при достаточно открытомъ зѣвѣ (около 3-хъ попер. пальцевъ) и установившейся неподвижно во входѣ головкѣ,

а тѣмъ болѣе при головкѣ, вступившей въ полость таза, всего удобнѣе произвести прободеніе черепа и притомъ съ большею надеждою на благополучный исходъ для матери. Предположимъ, что послѣ опредѣленія отношенія объема подлежащей части плода и по возможности величины его къ вмѣстимости таза, рѣшено, что въ данномъ случаѣ можетъ потребоваться перфорация головки. Въ принципѣ, въ какой бы степени ни было суженіе таза, не слѣдуетъ спѣшить съ производствомъ этой операціи, въ особенности, если неправильность таза обуславливается остеомалаціею. Выжиданіе необходимо для того, чтобы, слѣдя нѣкоторое время за ходомъ родовъ и за вліяніемъ послѣднихъ на мать и плодъ, имѣть возможность вполне убѣдиться въ необходимости перфорации и кромѣ того поставить производство ея въ возможно лучшія условія. Конечно, въ видахъ сохраненія жизни плода слѣдуетъ выжидать до тѣхъ поръ, пока со стороны матери не обнаружится настоящее показаніе къ окончанію родовъ. Кромѣ того, нужно принимать въ соображеніе почти постоянно наблюдаемый фактъ, что при долго продолжающихся родахъ, особенно послѣ преждевременнаго истеченія водъ, сердцебіеніе плода по прошествіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени становится неправильнымъ, почему жизнеспособность плода становится сомнительною. Въ виду этого, если мы слѣдимъ за родами съ самаго начала ихъ и найдемъ, что одновременно съ появленіемъ грозныхъ признаковъ со стороны матери сердцебіеніе плода становится постепенно неправильнымъ, то мы должны считать себя въ правѣ произвести безотлагательно прободеніе головки, въ виду того, что жизнеспособность плода сомнительна и что при попыткахъ извлечь младенца не плодородивающими операціями (щипцы, поворотъ) жизнь его окончательно угаснетъ.

Принятое въ принципѣ правило относительно раскрытія зѣва подлежитъ исключеніямъ. Съ тѣхъ поръ какъ краниоклазія получила обширное примѣненіе въ акушерствѣ, явилась возможность *въ случаяхъ, не терпящихъ отлагательства, производить перфорацию съ послѣдующею краниоклазіею при зѣвѣ, открытомъ менѣе 3-хъ см.*

Рѣшеніе вопроса, позволяется-ли прободать головку завѣдомо живаго плода, издавна давало поводъ къ разногласіямъ, какъ миѣ кажется, потому только, что при этомъ не были устранены нѣкоторыя недоразумѣнія. Существенный пунктъ разногласія состоялъ въ рѣшеніи вопроса, какую жизнь долженъ предпочесть акушеръ, т. е. жизнь-ли матери (роженницы) или жизнь плода? Но вопросъ этотъ самъ по себѣ совершенно неоснователенъ, такъ какъ врачъ никогда не бываетъ поставленъ въ положеніе, при которомъ бы онъ могъ отдавать предпочтеніе той или другой жизни. Въ самомъ дѣлѣ, если приходится приступить къ перфорации, то это, само собою разумѣется, дѣлается послѣ того, какъ врачъ убѣдился въ томъ, что у него нѣтъ ни малѣйшей возможности спасти обѣ жизни, т. е. и роженицы, и плода. Если же при этомъ роженицѣ угрожаетъ неминуемая опасность, а плодъ еще живъ, то выжиданіемъ мы дойдемъ до того, что или оба погибнутъ или—



самое малое — шансы на спасеніе матери значительно уменьшатся. При подобныхъ условіяхъ ничего болѣе не остается, какъ приступить къ прободенію головки младенца, несмотря на то, что онъ еще живъ, ибо только этимъ путемъ можно сохранить хоть одну жизнь. Итакъ, врачъ въ этомъ случаѣ нисколько не выбираетъ, а напротивъ, онъ вынужденъ дѣйствовать такимъ образомъ, потому что это единственно возможный выходъ изъ затруднительнаго положенія.

Разсматриваемый нами вопросъ породилъ цѣлую литературу. Мы укажемъ здѣсь только на нѣкоторыя особенно выдающіяся сочиненія и статьи по этому поводу: *Polanus*, A. Quæstio, num chirurgus liceat solva conscientia fœtum enecare ut matrem servet. Oppenh. 1614. *Richter*, Chr. De infanticidio in artis obstetriciæ exercitio non semper evitabili. Lipsiæ 1792. *Stark*. Arch. f. die Geburtsh., Bd. II, p. 32. Fr. *Nægele*. De jure vitæ et necis quod competit medico in partu. Heidelb. 1826. *Hufeland*. Von dem Rechte des Arztes über Leben u. Tod. Berlin 1828. *Mittermayer*. Arch. f. Criminalrecht. Bd. VIII. St. 4. *Rosshirt*. De perforatione fœtu licet vivo instituenda. Erlang. 1838.

Мы уже упомянули выше о томъ, что по отношенію къ разсматриваемому вопросу англійская школа очень рѣзко расходится съ нѣмецкой и французской. Англійскіе акушеры держались принципа, который продолжаютъ защищать до сихъ поръ, что жизнь матери должна быть предпочитаема жизни плода. Мы видѣли выше, что вопросъ поставленъ не такъ, какъ слѣдуетъ. Кромѣ того подобный принципъ не можетъ не вести къ печальнымъ послѣдствіямъ, такъ какъ жизнью плода жертвовали слишкомъ легко, и очень вѣроятно—въ случаяхъ, гдѣ угрожала только мнимая опасность. Мы заключаемъ это изъ словъ такихъ авторитетовъ англійскаго акушерства, каковы *Blundell*, *Gooch* и др.; такъ напр. этотъ послѣдній говоритъ (Comp. of Midwifery, p. 218): „лучше лишить жизни (destroy) младенца, даже еслибы это не было необходимо, лишь бы предотвратить этимъ явленію, могущія поставить въ опасность жизнь матери“. Нѣмецкіе и французскіе акушеры, не только старинной школы, но и новѣйшіе (*Braun*, *Stoltz*) владели въ другую крайность: они учили,—когда скоро младенецъ живъ, ждать съ перфорацией до тѣхъ поръ, пока онъ не умретъ самъ собою. Нѣкоторые, напр. *Ritgen*, совѣтовали не прободать головку живаго младенца, но дѣйствовать съ насиліемъ щипцами до тѣхъ поръ, пока не удостоверятся, что онъ уже умеръ. Но-истинѣ, мы не знаемъ, какъ и называть подобный образъ дѣйствія. Если уже выбрать, то лучше предпочесть англійскій принципъ, именно перфорацию живаго младенца, которая по крайней мѣрѣ можетъ спасти мать, чѣмъ выжиданіе или убіеніе младенца скрытное, т. е. щипцами. Мы не можемъ не упомянуть здѣсь также о томъ, что *Kilian* (отецъ) высказывается на этотъ счетъ весьма странно: онъ допускаетъ, что можно рѣшиться на прободеніе и живаго младенца, но только въ такомъ случаѣ, если число ударовъ его сердца падаетъ до 80 (!). Какъ бы то ни было, но большинствомъ акушеровъ старой школы принято за правило никогда не приступать къ перфорации, пока младенецъ живъ, не испытавъ предвѣрительно щипцовъ. Правило это, совершенно рациональное при среднихъ степеняхъ суженія таза, совсѣмъ не выдерживаетъ критики при суженіяхъ высшихъ степеней, по той простой причинѣ, что при послѣднихъ условіяхъ мы навѣрно не спасемъ младенца щипцами, роженицу же подвергнемъ величайшей опасности. Вслѣдствіе всего этого представители современнаго акушерства какъ въ Германіи, такъ и во Франціи, сдѣлали въ этомъ отношеніи уступку и единогласно допускаютъ, что при высокихъ степеняхъ суженія таза врачъ бываетъ поставленъ въ необходимость приступить къ прободенію головки завѣдомо живаго плода.

Въ заключеніе сказаннаго нами о перфорации живаго младенца, мы должны еще упомянуть о томъ, что иногда младенецъ съ перфорированною головкою извлекается на свѣтъ съ нѣкоторыми признаками жизни. Это бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ при эксцеребраціи не былъ разрушенъ продолговатый мозгъ.

Резюмируя все вышесказанное, мы пришли къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1) Къ прободенію головки должно приступать тогда, когда зѣвъ достигъ раскрытія около 3-хъ поперечныхъ пальцевъ.

2) Если существуетъ настоятельное показаніе къ окончанію родовъ, вслѣдствіе опасности, угрожающей роженицѣ, и если плодъ живъ, то при среднихъ степеняхъ суженія можно попытаться наложить щипцы. Но если помощью этой операціи нельзя достигнуть желаемой цѣли, то нужно:

3) рѣшиться на прободеніе головки живаго плода.

**Показанія** для прободенія головки и для извлеченія ея одни и тѣ же.

1) Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ младенецъ несомнѣнно мертвъ и роды замедляются по причинѣ даже самой незначительной несоразмѣрности головки съ полостью таза, слѣдуетъ приступить къ прободенію головки и извлеченію ея. Показаніе это тѣмъ умѣстнѣе, если пульсъ матери ускоренъ и температура возвышена, а потуги ослабѣваютъ, и обнаруживаются признаки *endometritidis sub partu*.

2) При болѣе значительныхъ суженіяхъ отъ 8 см. ( $2\frac{3}{4}$ "') до 6 см. ( $2\frac{1}{4}$ "'), когда младенецъ живъ и жизнеспособенъ, вопросъ относительно показанія обуславливается формою неправильности таза, мѣстомъ суженія (частичное или общее), общимъ состояніемъ роженицы и наконецъ попытками къ производству другихъ болѣе легкихъ пособій (поворотъ, щипцы).

3) При неправильной установкѣ и значительной величинѣ головки, а также невозможности исправить ее, можно прибѣгать къ перфорациі живаго плода и извлеченію его и при среднихъ степеняхъ суженія. Это будетъ имѣть мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, когда при обще-суженномъ тазѣ опускается ниже большой родничекъ, или если при плоскомъ тазѣ малый родничекъ устанавливается по проводной линіи таза (неправильный механизмъ родовъ при узкомъ тазѣ), или если при лицевомъ положеніи подбородокъ поворачивается взадъ, между тѣмъ невозможно исправить это положеніе, а состояніе роженицы требуетъ скорого окончанія родовъ.

Границы суженія таза, при которыхъ возможны перфорациа и кефалотрипсиа, еще не окончательно установлены. *Hohl* <sup>1)</sup>, говоря о показаніяхъ къ кесарскому сѣченію, считаетъ суженія въ прямомъ размѣрѣ въ 5.4 см. (2") и менѣе безусловнымъ показаніемъ къ кесарскому сѣченію, хотя тутъ же цитируетъ авторовъ, которымъ удавались перфорациа и кефалотрипсиа при суженіяхъ въ  $1\frac{1}{2}$ ". Въ показаніяхъ же къ перфорациі онъ ограничиваетъ суженіе въ прямомъ размѣрѣ до  $2\frac{1}{4}$ " (5.6 см.). *Naegèle* <sup>2)</sup> считаетъ безусловнымъ показаніемъ къ кесарскому сѣченію суженія до 2" (5.4 см.), между тѣмъ цитируетъ *Osborn'a*, которому удавалась перфорациа при суженіи въ  $\frac{3}{4}$ " (2.1 см.) и *Michaelis'a*, которому удавалось окончить роды перфорацией при суженіи въ  $1\frac{3}{4}$ " (4.7 см.); въ показаніяхъ же къ перфорациі онъ не даетъ точныхъ границъ суженія, при которыхъ можно приступать къ этой операціи. *Churchill* <sup>3)</sup>, цитируя случаи самаго высшаго суженія (до 1"=2.5 см.), говоритъ, что хотя и удавалось извлекать уменьшенный плодъ при высшихъ степеняхъ суженія таза, но при этомъ умирали роженицы и потому согласно съ профессоромъ *Murphy* и *Cazeaux* онъ считаетъ

<sup>1)</sup> Lehrb. d. Geburtshülfe. 1862, pp. 792, 883—884. <sup>2)</sup> Lehrbuch der Geburtshülfe. Bearb. v. *Wil. Grenser*. 1869, p. 404—405. <sup>3)</sup> On the Theory and Practice of Midwifery. London p. 399.

2" (5.6 стм.) границей сужения, при которой возможна перфорация и извлечение уменьшеннаго плода безъ вреда для матери.

*Tarnier* <sup>1)</sup> ставитъ границей сужения 5 стм. = 2 париж. дюйм. или 1" 10" английскихъ. *Scanzoni* <sup>2)</sup> при доношенномъ плодѣ допускаетъ возможность перфорации безъ вреда для матери только при суженіи до 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>" и только при незрѣломъ плодѣ при 2". *Barnes* на основаніи, кажется, одного счастливаго случая окончательно высказалъ свое мнѣніе, что кефалотрипсиа исполнима при конъюгатѣ въ 38 миллим., и что мать при этой операціи подвергается меньшей опасности, чѣмъ при подчревномъ сѣченіи беременной матки <sup>3)</sup>. *Pajot* считаетъ полезною кефалотрипсию при конъюгатѣ въ 32 мм. *Schroeder* <sup>4)</sup> въ послѣднемъ изданіи своего акушерства сознается въ трудности опредѣленія границъ сужения, при которомъ можетъ быть допущена перфорация, между тѣмъ приводитъ цифру 5.5 стм., какъ общепринятую въ Германіи границу сужения для возможнаго производства перфорации. У насъ въ Россіи д-ръ *Θ. К. Гунбергеръ* <sup>5)</sup> нѣсколько времени тому назадъ заявилъ себя сторонникомъ *Barnes*'а, не упоминая однакоже о его оговоркахъ для опредѣленія высшихъ степеней сужения, и признаетъ границей суженія для перфорации 4—4.5 стм.

Изъ вышесказаннаго не трудно вывести заключеніе, до какой степени расходятся мнѣнія относительно *границъ суженія таза, при которыхъ можно еще рѣшиться на перфорацию*. Что касается до меня, то я полагаю, что крайнимъ предѣломъ сужения для перфорации можно принять 5.5 стм., допуская возможность этой операціи при болѣе значительныхъ суженіяхъ только при незрѣлости плода или при явныхъ признакахъ смерти его.

(См. исторіи родовъ на стр. 103, 120, 124, 149, 191 и 198).

---

<sup>1)</sup> Traité des accouchements par *Cazeaux*, revu et annoté par *Turnier*. Paris 1867, p. 1058. <sup>2)</sup> Lehrbuch der Geburtshülfe. Wien 1867, p. 249. <sup>3)</sup> Lectures on obstetric operations. 1871, p. 290. <sup>4)</sup> Lehrbuch der Geburtshülfe. 1884, p. 543. <sup>5)</sup> Московскій Врачебный Вѣстникъ. 1874, № 13—14.

## ГЛАВА XV.

### Раззятіе тѣла плода на части, эмбриотомія (Embryotomia s. Embryulcia, Embryothlasis, Brephotomia, Cormotomia. Embryotomie. Embryotomy).

**Историческія замѣчанія.** Операция эта была очень хорошо извѣстна древнимъ врачамъ, какъ это явствуетъ изъ того, что у *Hippocrates'a* и *Celsus'a* находимъ подробное описаніе ея. У перваго изъ нихъ находятся указанія, какимъ образомъ должно уменьшать плодъ, извлекая грудныя и брюшныя внутренности помощью инструмента *tachairon*, затѣмъ плодъ извлекался помощью особеннаго крючка (*elkyster*). *Celsus* довольно подробно описываетъ также операцию обезглавливанія плода. Очень опредѣленно высказано мнѣніе относительно эмбриотоміи и способовъ ея у *Aëtius Amidensis*. Если въ глубокой древности приходилось врачамъ нерѣдко прибѣгать къ этой операцин, то тѣмъ болѣе это должно было имѣть мѣсто въ средніе вѣка, когда совершенно заглохло ученіе о поворотѣ на ножки. Дѣйствительно, въ средніе вѣка эмбриотомія при всякомъ неправильномъ положеніи плода считалась тогдашними хирургами единственно-возможной операцией для окончанія родовъ. Какъ часто она производилась и съ какими результатами,—можно судить по цифрамъ извѣстныхъ въ этомъ отношеніи дѣятелей, а именно *Deisch'a* и *Mittelhäuser'a*, эмбриотомистовъ, жившихъ въ половинѣ прошлаго столѣтія. *Mittelhäuser* сдѣлалъ на своемъ вѣку *девяносто* эмбриотомій, *Deisch* же — *пятьдесятъ девять*, причемъ онъ потерялъ *десять* роженицъ. Со введеніемъ снова въ акушерскую практику поворота на ножки, именно съ XVII столѣтія, эта грубая операциа начала дѣлаться все рѣже и рѣже, такъ что въ началѣ настоящаго столѣтія даже появились требованія совершеннаго изгнанія эмбриотоміи изъ области акушерства (*Osiander*). Мы видѣли однако, что операцин, уменьшающія объемъ плода, въ томъ числѣ и эмбриотомія, не могутъ быть совершенно изгнаны изъ акушерской практики. *Michaëlis'u* и въ особенности *Oehler'u* принадлежитъ честь установленія рациональныхъ показаній къ эмбриотоміи, которая бываетъ неизбѣжна, хотя и въ крайне рѣдкихъ случаяхъ. Въ новѣйшее время кромѣ ограниченія разсматриваемой операцин относительно примѣненія ея къ дѣлу, и техника ея значительно упрощена. Въ этомъ отношеніи мы должны въ особенности указать на труды *Braun'a*, *Jacquemier*, *Barnes'a*, *Pajot*, *Wasseige'a* и многихъ другихъ.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Alberti. De foetus mortui cum adnexis secundinis ex utero extractione. Hallæ 1737.  
Ahlfeld. De dissectione foetus in utero. Giessen 1757. Boër. Nat. Geburtsh. Bd. III, p. 194. Woppe. De la section du tronc du foetus mort. Paris 1833. G. Braun. Ueber d. technische Verfahren bei vernachl. Querlagen etc. Wien. med. W. 1861, № 45—50. Bar-

nes. Lectures on obstetric Operations. 2 edit., p. 216. E. Bidder (Сиб.). Die mech. Behandlung verschleppt. Querlagen. Z. f. Geb. u. Gyn. Bd. VI, p. 333. Capuron. De l'accouchement lorsque le bras de l'enfant se presente et sort le premier. Paris 1828. Decapitation d. kindlichen Cadavers, см. Klinik d. Geb. v. Chiari, Braun u. Spæth. Fabbri. Sull'embriotomia, compreso-vi il processo di cephalotripsia. Bologna 1875. K. Hüter. Die Embryothlasis. Leipzig 1844. Jacquemier. Embryotome à lame mobile et à chaînon. Bull. d. l'Acad. de méd. 1861. T. XVII. Künecke. Ueber d. Anwend. d. Braun'schen Hakens. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XXVII, p. 59. Kidd. Dublin Quart. Journ. 1872. May. Kleinwächter. Wiener Klinik. 11 Jahrg. 1871, p. 7. Küstner. Centrbl. f. Gynæk. 1880, № 8. Ledresseur. Thèse de Paris 1866. Лазаревичъ. Операція уменьшения объема младенца. Прот. Общ. Русск. врачей въ Сиб. 1866, № 7. Lasarewitsch. Embryotome. Congrès méd. de toutes les nations. Bologne 1870, p. 344. Michaelis. N. Z. f. Gebkd. Bd. VI, Hft. 1, p. 50. Meissner. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XXII, p. 371. Mende. D. Z. f. Geb. Bd. IV, p. 335. Müller. Corresp. Bl. f. schweiz. Aerzte. Jahrg. VIII. 1878. Oehler. D. Z. f. Geb. Bd. VII, p. 105. Pawlick. Arch. f. Gynæk. Bd. XVI, Hft. 3. Pignard. Des contraindicat. de la version etc. Paris 1875. Pieg. Bull. gén. de thérap. 1864. Scanzoni. Würzburg. med. Z. 1860. Schauta, Wiener med. Wochenschr. 1880, № 32. Stein. Siebold's Journ. Bd. XI, p. 1. Tarnier. Nouv. dict. d. med. et chir. 1870, T. XII, p. 644. Tarnier. Ann. d. Gynéc. 1875, T. IV, p. 438. Veit. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XVIII, p. 457. Wilhelms. Ein sichelförmiges Perforatorium. Centralbl. f. Gynæk. 1880, № 23.

**Опредѣленіе и цѣль** Операція эта имѣетъ цѣлью раздѣлить мертваго утробнаго младенца на части и окончить роды извлеченіемъ каждой части отдѣльно. *Embryotomia* предпринимается при невозможности окончить роды какимъ либо инымъ способомъ.

Эмбриотомія производится различно: а) тѣло плода разъединяется на протяженіи позвоночника: или въ шейной части его (*decapitatio*, *detruncatio*), или въ спинной (*spondylotomia*); б) вскрывается одна изъ полостей плода, брюшная или грудная, съ послѣдовательнымъ удаленіемъ заключающихся въ нихъ внутренностей.

**I. Разъединеніе плода въ шейной части позвоночника: Обезглавливаніе плода.**—*Decapitatio* (s. *decollatio*, s. *auchenotomia*, s. *detruncatio*. Section du cou et du tronc. Die Decapitation. The decapitation).

Для производства этой операціи придумано множество инструментовъ, которые могутъ быть подведены подъ слѣдующія категоріи: 1) инструменты рѣзущіе (ножи и ножницы), 2) разрывающіе (крючки), 3) раздавливающіе (родъ экразеровъ) и 4) распиливающіе (шнурки изъ различныхъ веществъ, пилы).

Въ настоящее время чаще всего употребляются: а) ключевидный крючекъ *C. Braun'a* и б) экразерь. Фиг. 260 представляетъ ключевидный крючекъ (*Schlüsselhaken*) *C. Braun'a*. Онъ похожъ на крючекъ *Smellie*, имѣетъ въ длину 12'', въ толщину около  $3\frac{1}{4}'''$ , загнутъ подъ острымъ угломъ, на концѣ сплюснуть и снабженъ пуговкою, отстоящею отъ стержня нѣсколько болѣе 1'', рукоятка поперечная съ мѣткою, обозначающею направленіе конца крючка.

**Способъ употребленія.** Употребляютъ его слѣдующимъ образомъ:

Операторъ оттягиваетъ выпавшую ручку, при косомъ или поперечномъ положеніи плода, какъ можно сильнѣе внизъ; затѣмъ онъ вводитъ (удобнѣе лѣвую) руку въ полость таза и размѣщаетъ пальцы такимъ образомъ, чтобы большой палецъ помѣстился на шейкѣ плода позади лоннаго сочлененія, а остальные пальцы подводитъ подъ шейку плода со стороны задней стѣнки таза. Обхвативъ шейку плода такъ, чтобы большой палецъ соприкасался съ указательнымъ или среднимъ, онъ оттягиваетъ ее внизъ, стараясь приблизить шейку ко входу въ тазъ, потомъ другою рукою беретъ крючекъ, проводитъ его плавно по руководству введенной руки позади симфиза до большого пальца; затѣмъ операторъ продвигаетъ крючекъ въ такомъ же положеніи вверхъ между шейкою и переднею стѣнкою матки. Коль скоро верхушка крючка пришла въ соприкосновеніе съ указательнымъ или среднимъ пальцемъ, инструментъ поворачиваютъ такъ, чтобы пуговка его прошла по обращенной вверхъ и взади поверхности шейки плода. Зацѣпивъ такимъ образомъ за шейку и убѣдившись, что крючекъ на ней лежитъ хорошо, т. е. плотно, операторъ опускаетъ рукоятку его какъ можно ниже и въ то же время потягиваетъ ее внизъ; когда крючекъ настолько внѣдрился въ шейку, что общіе покровы образуютъ около него родъ валика, операторъ медленно поворачиваетъ крючекъ вокругъ его продольной оси, всегда въ одну сторону, и въ то же время продолжаетъ оттягивать имъ шейку, пока не будетъ разорвана шейная часть позвоночника, для чего большею частью бываетъ достаточно повернуть крючекъ одинъ разъ. Если почему либо разъединеніе шейки однимъ поворотомъ крючка не удастся, то можно попробовать или еще разъ повернуть крючекъ опять таки въ ту же сторону, или же повернуть инструментъ въ обратную сторону. Уже послѣ перваго поворота крючкомъ шейка плода, по наблюденіямъ *Braun'a*, вытягивается до 6'', вслѣдствіе чего обыкновенно теперь представляется возможность извлечь туловище плода потягиваніемъ за выпавшую ручку, подражая механизму самоизворота. Если удалось только переломить шейку, кожа же осталась при этомъ неразорванной, то нѣтъ нужды совершенно нарушать связь туловища съ головкою, такъ какъ этою, хотя и слабою, связью мы можемъ воспользоваться для фиксаціи головки, оставшейся въ тазу, послѣ чего можно перерѣзать кожу ножницами.

Фиг. 260.



Хотя ключевидный крючекъ *Braun'a* не можетъ быть причисленъ къ безупречнымъ инструментамъ, тѣмъ не менѣе употребленіе его весьма распространено, отчасти потому, что имъ, какъ тупымъ инструментомъ, вообще труднѣе поранить родовые пути, чѣмъ другими декапитаторами. Главный упрекъ, который дѣлается крючку *Braun'a*, заключается въ томъ, что при употребленіи его требуется будто бы значительная сила. Это не вполне справедливо, въ чемъ я убѣдился въ послѣдніе

годы. Конечно, для примѣненія его требуется извѣстная сила, но, во 1-хъ, эта сила ничуть не больше той, которая необходима при употребленіи всякаго другаго декапитатора, и, во 2-хъ, сила влеченія сама по себѣ далеко не такъ громадна, какъ думаютъ нѣкоторые авторы (*Küstner*), въ чемъ легко убѣдиться, оперируя этимъ инструментомъ не на фантомѣ, а на живой женщинѣ. Для того, чтобы по возможности избѣгнуть поврежденія матки и предупредить давленіе на нее во время тракцій со стороны плечика и въ особенности головки плода, слѣдуетъ позаботиться о томъ, чтобы сила влеченія передавалась не маткѣ, а контролирующей рукѣ. Для этого необходимо, во 1-хъ, пальцами контролирующей руки стараться удержать головку неподвижно, расположивъ ихъ между головкою и маткою, и, во 2-хъ, во время тракцій противоудѣствовать силѣ влеченія контролирующею рукою, нажимая и какъ бы приподымая подлежащую часть по направленію снизу вверхъ. Такой образъ дѣйствія почти совершенно уравниваетъ силу влеченія.

Второй упрекъ, который дѣлаютъ крючку *Braun*'а, заключается въ томъ, что имъ будтобы нельзя обхватить толстую шейку плода. Намъ ниразу не приходилось встрѣчать настолько толстую шейку плода, чтобы она дѣйствительно не могла помѣститься, насколько это необходимо, въ кривизнѣ крючка. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ оказывалось невозможнымъ обхватить инструментомъ надлежащимъ образомъ шейку плода, обстоятельство это по моему мнѣнію объяснялось или плохимъ наложеніемъ крючка, если напр. операторъ, заведя крючекъ за шейку, сразу надвигалъ на нее инструментъ, т. е. не давалъ шейкѣ времени приспособиться къ крючку, или же тѣмъ, что операторъ поворачивалъ крючекъ не въ моментъ наибольшаго оттягиванія шейки инструментомъ. Профес. *Buddery* въ одномъ случаѣ декапитация удалась весьма легко, несмотря на то, что длина младенца была 55 см., а вѣсъ — 4.500 грм. Подобный же случай приводитъ и *Paulick*.

Эмбриотомъ *Ramsbotham*'а имѣетъ форму крючка съ тупою верхушкою и съ острою вогнутою частью. По причинѣ опасности, угрожающей матери при его употребленіи, онъ почти совершенно оставленъ современными акушерами. Къ этой же категоріи должно отнести декапитаторъ *Concato* и аухенистеръ *Scanzoni*.

Фиг. 262 представляетъ желобоватый крючекъ или декапитаторъ *Jacquemier* съ остроконечною, ланцетообразною пилою *hb*. Пила свободно движется по желобу крючка *a*. Она прикрывается по мѣрѣ надобности ножами *d*, движущимися по крючку. Ножны укрѣпляются неподвижно на какомъ угодно мѣстѣ, помощью задвижки *f*. Остроконечіе *h* помощью особеннаго механизма *m* можетъ, по мѣрѣ надобности, то выдвигаться, то прятаться. Фиг. 261 представляетъ тупоконечную колѣнчатую пилу *sk*, которая вводится въ крючекъ взамѣнъ ланцетообразной.

Разъединеніе шейки плода этимъ инструментомъ очень просто. Передъ операциею необходимо установить инструментъ такъ, чтобы остріе *h* не было выдвинуто и не могло бы выдвинуться во время операции, какъ это представлено на рисункѣ; поэтому для того, кто въ



первый раз производить эту операцію, безопаснѣе дѣйствовать колѣнчатую пилою.

Фиг. 261. Фиг. 262..



Крючекъ накладывается на шейку плода безъ пилы; затѣмъ, зацѣпивъ крючкомъ за шейку, придвигаютъ къ ней ножны *d* и укрѣпляютъ ихъ неподвижно; далѣе конецъ *k* пилы *c* вставляется въ рукоятку *g*, послѣ чего пилу проводятъ въ желобъ и приводятъ въ движеніе.

Стоитъ только ознакомиться съ разсматриваемымъ инструментомъ въ натурѣ, и всякій легко убѣдится, что онъ самый удобный. Нѣсколько опытовъ, произведенныхъ мною на трупяхъ, показали, что имъ можно дѣйствовать очень легко, притомъ безъ всякаго вреда для матери, и что инструментъ прочень. Остроконечіе пилы выдвигается въ тѣхъ случаяхъ, когда нужно вскрыть грудную или брюшную полости.

Къ этому же типу рѣзущихъ декапитаторовъ относятся серповидный ножъ (*Sichelmesser*) *B. Schultze, Wilhelms'a* и трахелотомъ проф. *Rall'a*.

Для производства декапитации могутъ быть съ успѣхомъ употреблены: *экразеръ (Stiebel jun.)*, *diviseur céphalique (Joulin'a)*, *крѣпкіе шнурки* (по способу *Pajot, Kidd'a, Heyerdahl'a* и *Kierulfa*), *проводами, крѣпкія ножницы*. Шнурками перетираютъ шейку плода, производя пилообразныя движенія, а *экразеромъ* и *проводами*, дѣйствующими при помощи констриктора, отжимаютъ ее. При производствѣ разсматриваемой операціи, по одному изъ этихъ способовъ, вся трудность заключается въ наложеніи на шейку плода цѣпи *экразера* или пилы аппарата *Joulin'a*, шнурка или проволоки, — что бываетъ въ особенности трудно, если шейка удалена отъ входа таза, а равно и при значительныхъ суженіяхъ таза, при которыхъ трудно провести руку въ полость его. Для устраненія этого неудобства придуманы проводники въ видѣ крючка, трубки, похожей на трубочку *Беллока*, пружины (*porte-fil Joulin'a*); *Pajot* совѣтуетъ, привязавши къ концу шнурка свинцовую охотничью пульку, проводить ее двумя пальцами по шейкѣ плода со стороны лоннаго сочлененія и потомъ опустить въ крестцовую впадину, откуда ее легко добываютъ пальцами, и такимъ образомъ обводятъ шнурокъ вокругъ шейки. Мнѣ однажды удалось наложить цѣпь *экразера* на шейку плода помощью крѣпкаго эластическаго (англійскаго) мужскаго катетера. Будучи поклонникомъ *экразера* и считая его вполне пригоднымъ для декапитации, я опишу наложеніе цѣпи на

шейку плода помощью членосуставнаго крючка *Wasseige*'а. Устраивая свой крючекъ, онъ имѣлъ въ виду подражать дѣйствию пальца. Фиг 263 представляетъ крючекъ, который, помощью особеннаго механизма, скрытаго въ полость стержня крючка, при движеніи находящейся на свободномъ концѣ рукоятки гайки, можетъ быть выпрямленъ или согнутъ, какъ это послѣднее и представлено на фигурѣ. При передвиженіи ноженъ самъ крючекъ можетъ быть, по мѣрѣ надобности, увеличенъ и уменьшенъ; ножны могутъ быть укрѣплены неподвижно на какомъ угодно мѣстѣ, помощью винтика, находящагося на ближайшемъ къ рукояткѣ концѣ. Въ полость стержня движется свободно часовая пружина, съ маленькой поперечной рукояткой на одномъ концѣ и съ ушкомъ на другомъ. Этотъ крючекъ предназначенъ изобрѣтателемъ для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ употребляется тупой крючекъ *Smellie*. На шейку крючекъ накладывается, какъ обыкновенный; по наложеніи его пружинка, подъ прикрытіемъ пальцевъ, продвигается во влагалище, къ ушку ея привязывается цѣпь (шнурокъ или проволока), которая притягивается къ верхушкѣ крючка, и этотъ послѣдній, предварительно выпрямленный, извлекается обратно наружу. Я предполагаю, что наложеніе и снятіе крючка *Wasseige*'а гораздо удобнѣе, нежели обыкновеннаго, ибо онъ можетъ быть выпрямляемъ и сгибаемъ, смотря по надобности; поэтому, какъ проводникъ, онъ вполне достигаетъ цѣли, хотя съ нимъ и хлопотливо обращаться; что же касается до его прочности, то въ этомъ отношеніи онъ, какъ мнѣ кажется, уступаетъ крючку *Smellie* и ни въ какомъ случаѣ не можетъ замѣнить ключевиднаго крючка *Braun*'а.

Фиг. 263.



Декапитацию также производили (*P. Dubois, Siebold* и др.) ножницами, искривленными по плоскости, причѣмъ разрѣзывали шейку плода мелкими сѣченіями подъ прикрытіемъ и руководствомъ свободной руки. Какъ ни простъ на первый взглядъ этотъ способъ, однако онъ требуетъ соблюденія большихъ предосторожностей, чѣмъ другіе способы.

Весьма удобенъ для этой же цѣли эмбриотомъ профессора *И. П. Лазаревича*. Это родъ клювовиднаго крѣпкаго пинцета, фиг. 264, который раскрывается и закрывается помощью винта, снабженнаго поперечной рукояткой.

Для разъединенія позвоночника въ шейной части изобрѣтатель совѣтуетъ захватить клювовидною частью эмбриотома шейку плода, сдѣлать поворотъ около продольной оси инструмента и въ случаѣ надобности повторить нѣсколько разъ этотъ приѣмъ.

*Примѣчаніе.* Кромѣ этого профессоръ *Лазаревичъ* рекомендуетъ свой инструментъ: 1) Для прободенія головки, причѣмъ онъ проводитъ клювовидную часть инструмента (*compressur*) до головки, захватываетъ въ складку покровы ея, поворачиваетъ инструментъ около продольной оси и разрываетъ всѣ захваченныя части; потомъ вырываетъ кости черепа одна за другой и такимъ образомъ совершаетъ краниоклазію (*cranioclasie*), и наконецъ, захвативъ за основаніе черепа, извлекаетъ головку. 2) При всѣхъ случаяхъ эмбриотоміи, — прибавляя, что этотъ инструментъ замѣняетъ вполнѣ всѣ инструменты, придуманные для этой цѣли по настоящее время, и что имъ можетъ дѣйствовать легко и вѣрно даже малоопытная рука.

Фиг. 264.



Разъединивъ однимъ изъ вышеописанныхъ способовъ шейку плода, сначала извлекаютъ туловище за ручку, а потомъ уже головку, иногда же дѣлаютъ поворотъ на ножку.

**Извлечение головки, оставшейся въ полости матки.** Младенческая головка можетъ остаться въ дѣтородныхъ частяхъ матери или послѣ операциі обезглавленія (*decapitatio, detruncatio*), или послѣ отрыва туловища въ шейной части его при извлеченіи послѣдующей головки. Это послѣднее при настоящемъ усовершенствованіи акушерской техники не должно бы случаться. Подобный случай, даже при мацерациі плода и при значительномъ суженіи таза, не оправдываетъ оператора. Поэтому, если акушеру приходится дѣлать извлеченіе изъ дѣтородныхъ частей оставшейся головки, то всего чаще оно имѣетъ мѣсто послѣ декапитациі, слѣдовательно при обстоятельствахъ, когда потужная дѣятельность матки ослабѣла или вовсе прекратилась, при существующемъ болѣе или менѣе значительномъ суженіи таза, и когда головка находится въ полости матки, а не въ маломъ тазу. Разсчитывать на изгнаніе головки плода дѣятельностью матки не слѣдуетъ, хотя бы головка и была найдена въ полости малого таза.

Извлеченіе головки наружу достигается помощью ручныхъ пріемовъ, акушерскихъ щипцовъ, кефалотриба, краниокласта и, по моему мнѣнію, всего лучше — помощью щипцовъ съ пилою *van Huevel*'я. Весьма немногіе акушеры еще пользуются для этой цѣли острымъ крючкомъ, инструментомъ въ моихъ глазахъ весьма опаснымъ.

*Ручной пріемъ* состоитъ въ слѣдующемъ: по введеніи руки въ полость матки нужно ввести въ ротъ младенца два пальца (указательный и средний), а большой приложить къ подбородку или къ передней поверхности шейки его, фиг. 265; захвативъ такимъ образомъ какъ можно крѣпче пальцами за нижнюю челюсть, стараются сперва повернуть головку такъ, чтобы размѣры ея, согласно законамъ механизма родовъ, совпали съ размѣрами таза, а потомъ уже извлекать головку. При этомъ, если существуетъ еще сократительная дѣятельность матки, совѣтуютъ роженіцѣ во время потуги натуживаться, помощникъ же

долженъ содѣйствовать выхожденію головки давленіемъ чрезъ брюшныя стѣнки. Посредствомъ этой манипуляціи можно бываетъ достигнуть цѣли въ легкихъ случаяхъ, т. е. когда головка уже находится въ полости малаго таза и когда нѣтъ значительной несоразмѣрности между объемомъ головки и ёмкостью полости таза.

*Извлеченіе инструментами.* При нѣкоторыхъ обстоятельствахъ требуется *инструментальная помощь* даже безъ предварительныхъ попытокъ извлечь головку рукою. При употребленіи *щипцовъ, кефалотриба, краниокласта, щипцовъ съ пилою, а также прободника*, главная задача состоитъ въ томъ, чтобы при наложеніи первыхъ четырехъ инструментовъ, а равно при дѣйствіи прободникомъ, головка была фиксирована неподвижно. Если головка вертится въ полости матки, то удерживаніе ея чрезъ брюшную стѣнку въ неподвижномъ положеніи оказывается трудно исполнимымъ и недостаточнымъ. Подобнаго рода затрудненіе случилось и мнѣ наблюдать въ двухъ случаяхъ: въ одномъ при нормальномъ тазѣ и въ одномъ при обще-суженномъ ( $K=9$  стм.); въ обоихъ случаяхъ туловище оторвано было неопытными операторами при извлеченіи плода за ножки послѣ поворота; правда, въ одномъ изъ нихъ, при узкости таза, плодъ былъ мацерированный.

Для того, чтобы *неподвижно установить* головку надъ входомъ таза, насколько это возможно, необходимо, кромѣ удерживанія ея помощникомъ чрезъ брюшную стѣнку, захватить ее щипцами *Mesnard'a* или *van Huevel'я*, или эмбриотомомъ *Лазаревича*, или даже острымъ крючкомъ за нижнюю челюсть или за лоскутъ на мѣстѣ разрыва шейки, смотря по тому, за что удобнѣе; потомъ притянуть головку, сколь возможно ближе, ко входу таза и затѣмъ уже приступать къ наложенію того или другого инструмента.

Этотъ способъ устанавливанія головки неподвижно для предстоящей перфорациі однакоже не всегда достаточенъ, хотя, можетъ быть, иногда и при немъ удается сдѣлать прободеніе черепа черезъ небо.

Я допускаю острый крючекъ только въ крайности, и то какъ инструментъ для удерживанія головки, но никакъ не для извлеченія ея.

Всего же вѣрнѣе для этой цѣли головка удерживается неподвижно акушерскими щипцами; поэтому, если удалось наложить щипцы на головку, и извлеченіе всетаки не удастся, то, не снимая щипцовъ, слѣдуетъ приступить къ перфорациі ея.

Извлеченіе перфорированной головки можетъ быть достигнуто тѣми же самыми способами, которые были предложены для извлеченія предлежащей, перфорированной головки.

Извлеченіе неперфорированной головки щипцами съ пилою я считаю выгоднымъ еще вотъ почему: инструментъ этотъ можетъ быть употребленъ сперва какъ обычно

Фиг. 265.



венные головные щипцы; если извлеченіе пми головки не удастся, то она тотчасъ же можетъ быть распиlena на двѣ части, и каждую изъ нихъ можно извлечь отдѣльно костными щипцами; при другихъ же способахъ, по наложеніи обыкновенныхъ акушерскихъ щипцовъ, дѣлають прободеніе головки, снимають щипцы и на головку накладываютъ кефалотрибъ или краниокласть, которыми размозжаютъ головку и затѣмъ уже извлекають ее наружу. Это послѣднее иногда производятъ также помощью тупаго крючка. Ясно, что при дѣйствіи щипцами съ пилой роженица подвергается меньшей траумѣ, ибо не требуется многократнаго введенія въ дѣтородныя части женщины какъ инструментовъ, такъ и руки оператора. Щипцами съ пилой цѣль всегда и вполне достигается во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ съуженіе таза допускаетъ введеніе этого инструмента.

Всѣ другіе снаряды для извлеченія головки, употреблявшіеся въ прежнее время, какъ то: головныя петли (*capitrahae*), головныя сѣти (*marsupia, fundae*), а изъ инструментовъ — *pedes gryphii*, различные крючки, острые и тупые, акушерскіе щипцы съ загнутыми наподобіе крючковъ верхушками (*Saxtorph, Smellie*) и наконецъ многочисленные головные извлекатели (*tire-têtes*), изобрѣтенные *Grégoire*’омъ, *Levret*’омъ и *Kiwisch*’емъ, давно уже всѣми оставлены.

## II. Вскрытіе грудной и брюшной полостей (Eviscerismus). Evisceratio).

Нѣкоторые акушеры разьединенію младенца въ шейной его части предпочитаютъ вскрытіе грудной или брюшной полости, или обѣихъ вмѣстѣ, и опорожненіе ихъ отъ содержащихся въ нихъ органовъ; другіе (*Simpson*) къ этому присоединяють, или отдѣльно производятъ, разсѣченіе позвоночника (*spondylotomia*) въ части, лежащей надъ входомъ въ тазъ, и затѣмъ извлекають плодъ послѣ поворота на ягодицы, или же тянуть за выпавшую ручку и подражаютъ произвольному самоизвороту (*evolutio spontanea*).

Для производства этой операціи трудно установить общія правила, и въ каждомъ данномъ случаѣ нужно поступать такъ, какъ удобнѣе. Одни совѣтуютъ вскрывать грудную полость между ребрами, въ подкрыльцовой ямкѣ; другіе -- гдѣ попало и гдѣ удобнѣе; во всякомъ случаѣ -- возможно-большимъ отверстіемъ. Для вскрытія употребляются: серповидный остроконечный ножъ на длинной рукоятѣ, извѣстный подъ именемъ эмбриотома *Levret*’а, прободникъ *Blot*, эмбриотомъ *Jacquemier*, ножницы-эмбриотомъ *Лазаревича* и т. п. Послѣдній весьма удобенъ для этой цѣли, въ чемъ легко убѣдиться на трупахъ. Для прободенія груди или живота младенца при водянкѣ употребляется достаточной длины троакаръ. Внутренности изъ полостей удаляются помощью тупаго крючка, кориданга или просто пальцами.

## III. Отнятіе выпавшей ручки при плечевомъ предлежаніи (Brachiotomia).

О выпаденіи ручки и тѣхъ крайне рѣдкихъ случаяхъ, въ которыхъ можетъ предстоять надобность вылуценія ея въ плечевомъ суставѣ, было уже сказано выше, въ статьѣ объ осложненіяхъ и затрудненіяхъ при

поворотъ на ножки. Еще не такъ давно *Hohl* совѣтовалъ отнимать одну ручку, а *P. Dubois* — обѣ.

Вылученіе въ плечевомъ суставѣ выпавшей ручки производятъ слѣдующимъ образомъ: операторъ вводитъ въ дѣтородныя части ту руку, которою ему удобнѣе обхватить сверху весь плечевой суставъ, а другою рукою сильно оттягиваетъ внизъ выпавшую ручку. Исполнивъ это, онъ отдаетъ выпавшую ручку помощнику, который продолжаетъ оттягивать ее внизъ, а самъ вскрываетъ ножницами плечевой суставъ со стороны подмышечной впадины; по вскрытіи сустава ручка еще сильнѣе оттягивается внизъ и оставшіяся мягкія части плеча окончательно перерѣзываются у входа влагалища или даже внѣ его.

**Показанія** къ эмбриотоміи могутъ быть резюмированы слѣдующимъ образомъ:

1) При такъ называемыхъ запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ плода, гдѣ предлежащее плечо такъ сильно вколочено въ тазъ, что нѣтъ никакой возможности совершить поворотъ на ножки.

2) При такихъ степеняхъ суженія таза, при которыхъ даже послѣ прободенія головки плодъ не можетъ быть извлеченъ безъ сильнаго ущерба для роженницы.

3) При чрезмѣрномъ (уродливомъ) развитіи нѣкоторыхъ частей тѣла плода (*monstruositates per excessum*).

**Предсказаніе** при эмбриотоміи въ большинствѣ случаевъ весьма сомнительно, ибо къ этой операціи приходится всего чаще прибѣгать въ такихъ запущенныхъ случаяхъ, гдѣ до этого уже было сдѣлано немало попытокъ къ окончанію родовъ различными оперативными способами. Кромѣ того, дѣйствуя рѣжущими инструментами ощупью, иногда весьма трудно не поранить родовые пути, даже при всей осторожности и ловкости оператора. При этомъ не слѣдуетъ упускать изъ виду и того, что здѣсь приходится чаще всего оперировать при значительныхъ суженіяхъ таза. Наконецъ, операція эта еще очень невыгодна въ томъ отношеніи, что она продолжается довольно долго. Вслѣдствіе всего этого исходы послѣ эмбриотоміи въ высшей степени неблагоприятны.

## ОТДѢЛЪ II.

### С. ОБЪ ОПЕРАЦІЯХЪ, ПОСРЕДСТВОМЪ КОТОРЫХЪ ПЛОДЪ ИЗВЛЕКАЕТСЯ ЧЕРЕЗЪ ИСКУССТВЕННО-СДѢЛАННЫЕ ПУТИ.

Сюда относятся: 1) *кесарское сѣченіе*, 2) *чревосѣченіе (laparotomia)* и 3) *симфизіотомія*.

## ГЛАВА XVI.

**Кесарское сѣченіе.** Подчревное сѣченіе беременной матки (*Sectio caesarea. Partus caesareus. Laparohysterotomia. Hysterotomotokia. Gastrometrotomia. Hysterotomia. Metrotomia. Opération césarienne. L'ovotomie abdominale. Kaisergeburt. Kaiserschnitt. Caesarian operation*).

**Историческія замѣчанія.** Слишкомъ простая идея разсматриваемой операціи явилась у грековъ еще въ до-историческія времена, въ періодѣ мифологіи; по крайней мѣрѣ слѣды ея находимъ въ поэтическихъ преданіяхъ этого народа. Такъ, по повелѣнію *Юпитера*, *Вакхъ* былъ извлеченъ *Меркуріемъ* изъ живота *Семеллы*; кромѣ того *Эскулапъ* тѣмъ же путемъ былъ спасенъ отцемъ своимъ (*Аполлономъ*), вырѣзавшимъ его изъ живота *Корониды*, убитой *Артемидою*. При жертвоприношеніяхъ древніе не могли не замѣтить, что плодъ можетъ жить нѣкоторое время по смерти матери. На основаніи всего этого можно придти къ заключенію, что мысль о кесарскомъ сѣченіи была извѣстна древнимъ. Но дѣйствительно ли практиковалась ими эта операція и кѣмъ именно—неизвѣстно, такъ какъ въ сочиненіяхъ древнихъ врачей не находимъ ни малѣйшаго намека объ этой операціи. Если въ древней греческой жизни понятіе о кесарскомъ сѣченіи на мертвыхъ имѣло значеніе только мифа или поэтическаго преданія, то у древнихъ римлянъ оно было облечено уже въ форму закона, приписываемаго *Нумъ Помпилю* (*Lex regia de inferendo mortuo*)<sup>1)</sup>, а нѣкоторыми (*Hottomanus*) даже *Ромулу* (?). Законъ этотъ, носящій на себѣ несомнѣнные слѣды глубокой древности,

<sup>1)</sup> Законъ этотъ „*lex regia de inferendo mortuo*“ гласитъ: *Mulier, quæ prægnans mortua, ne humator, antequam partus ei excidatur, quæi secus faxit, spei animantis cum gravida occisæ reus estod.*



строго запрещает хоронить умерших беременных или роженицъ, прежде чѣмъ вырѣзать бѣдетъ плодъ, причемъ ясно выражается мысль о возможности спасенія послѣдняго. Несмотря на то, что *Плиний* рассказываетъ, что такимъ образомъ спасены были *Сципионъ Африканскій* и *Маний*, тѣмъ не менѣе мы имѣемъ полное основаніе сомнѣваться въ томъ, практиковался ли этотъ законъ у римлянъ. Сомнѣніе это невольно рождается потому, что, еслибы это было такъ, то о столь важной операціи не преминули бы говорить римскіе врачи. *Siebold* старается объяснить это молчаніе тѣмъ, что кесарское сѣченіе на мертвыхъ производилось лицами, не принадлежавшими къ врачебной профессіи.

Въ книгахъ Ветхаго Завѣта ни единымъ словомъ не упоминается о возможности спасти плодъ послѣ смерти матери, такъ что предписанія талмудистовъ (нач. со II вѣка по Р. X.) вырѣзывать плодъ изъ живота матери, умершей во время родовъ,—не ветхо-завѣтнаго, а греко-римскаго происхожденія (*Fulda*); дѣти, увидѣвшія свѣтъ посредствомъ „родовъ черезъ брюшныя стѣнки (*Jotze Dofam*)“, не пользовались правомъ первородства (*Boudon*).

Съ возникновеніемъ христіанства, древній законъ (*lex regia*) получилъ особенную силу, такъ какъ церковь строго предписывала примѣненіе его для того, чтобы утробные младенцы по смерти матери не были лишены св. крещенія. Это обстоятельство, безъ сомнѣнія, и послужило причиной того, что законъ *Нумы Помпилія* вошелъ во все новѣйшія законодательства <sup>1)</sup>. Въ западныхъ католическихъ государствахъ (напр. въ Бельгіи) священники обязаны, за отсутствіемъ врача, сами производить кесарское сѣченіе на мертвыхъ <sup>2)</sup>. Дѣйствующіе у насъ, въ Россіи, законы въ случаѣ скоропостижной смерти беременной женщины во второй половинѣ беременности предписываютъ для спасенія плода и окрещенія онаго „произвести Цесарское сѣченіе, со всеми предосторожностями, какія присемъ обыкновенно наблюдаются у живыхъ“ (Св. Зак. Росс. Имп. 1857. Т. XIII, ст. 1842).

Такъ какъ на Западѣ предписаніе производить кесарское сѣченіе на мертвыхъ было облечено сначала въ форму церковнаго, а затѣмъ и свѣтскаго закона, то оно и производилось сплошь и рядомъ. Но описанія случаевъ, производившихся не только въ средніе вѣка, но даже и въ болѣе близкое къ намъ время, представляютъ столько баснословнаго, что нѣтъ ни малѣйшей возможности отнести къ нимъ хоть съ какою нибудь довѣріемъ. Какковы эти рассказы лучше всего можно убѣдиться по извѣстному сочиненію патера *Cangiamila* (*Embryologia sacra*), вышедшему еще около ста лѣтъ тому назадъ: онъ приводитъ числовыя данныя, относящіяся только къ нѣкоторымъ городкамъ въ Сициліи. По словамъ его, кесарскимъ сѣченіемъ на мертвыхъ въ теченіи четырехъ лѣтъ въ Монреаль спасено 21 дитя, въ Джирджентѣ—13, а въ Сиракузахъ, въ теченіе восьми мѣсяцевъ—20 (!!). Насколько подобныя цифры выдерживаютъ критику, мы увидимъ изъ приводимыхъ нами ниже статистическихъ данныхъ. Вопросъ относительно кесарскаго сѣченія на мертвыхъ, благодаря новѣйшимъ клинко-статистическимъ изысканіямъ, а также и экспериментальнымъ изслѣдованіямъ, — которыхъ, къ сожалѣнію, еще очень мало,—стоитъ въ настоящее время совершенно на другой почвѣ, чѣмъ онъ стоялъ нѣсколько десятковъ лѣтъ тому назадъ.

Обыкновенно говорятъ, что *Albukasis* первый упоминаетъ, если не о кесарскомъ сѣченіи, то по крайней мѣрѣ о лапаротоміи на живой. Изъ цитаты, приводимой у *Siebold'a*, явствуетъ, какъ нельзя болѣе, что *Albukasis* не думалъ дѣлать ни кесарскаго сѣченія, ни лапаротоміи, такъ какъ онъ только извлекъ чрезъ пупокъ нѣсколько косточекъ плода. Совершенно о такомъ же случаѣ сообщаетъ по наслышкѣ *Nicolaus Nicolus* (извѣстный также подъ именемъ *Nicolaus de Falconis*). Первый, изложившій правила,

<sup>1)</sup> Ritual. Rom. tit. de bapt. parv.: Si mater prægna mortua fuerit, foetus quamprimum caute extrahatur: ac si vivus fuerit, baptisetur. *Kilian*. Die operat. Geburtsh. etc. 2 Aufl. Bonn 1849. Bd. II, p. 705.

<sup>2)</sup> *Thyrion*. Bulletin de l'Academie de médecine de Belgique. 1-re Série. T. IV, pp. 66, 354, 410, 412, 477.

на основаніи которыхъ должно производить кесарское сѣченіе на мертвыхъ, былъ *Guy de Chauliac* въ XIV стол. (1363 г.).

Извѣстный случай мнимаго кесарскаго сѣченія, произведеннаго будто бы мясникомъ *Jacob Nufer*'омъ въ 1500 г. надъ его собственною женою, надъ которой напрасно истощали свое искусство 13 бабокъ, судя по разсказу *Casp. Bauhin*'а, былъ ничто иное, какъ разрѣзъ стѣнокъ живота при вѣматочной беременности. Что здѣсь дѣло шло не объ узкомъ тазѣ, доказывается ужь тѣмъ, что жена *Nufer*'а родила послѣ этого самымъ благополучнымъ образомъ. Изъ словъ *Bauhin*'а видно, что послѣ разрѣза живота, сдѣланнаго *Nufer*'омъ совершенно такимъ же образомъ, какъ это дѣлается у *свиней* (*non secus ac porco*), тотчасъ показался младенецъ, о разрѣзѣ же матки не упоминается ни однимъ словомъ. Этотъ цитируемый всѣми случай *Nufer*'а приведенъ очень подробно *Rousset*'а въ переводѣ сочиненія *Fr. Rousset*'а <sup>1)</sup> о кесарскомъ сѣченіи. Трактатъ *Rousset*'а имѣетъ несомнѣнную заслугу въ томъ отношеніи, что онъ сдѣлалъ кесарское сѣченіе какъ бы вопросомъ дня: о немъ начали говорить, и этого было достаточно, чтобы отнять у него тотъ ореолъ чего-то страшнаго и таинственнаго, которымъ была окружена до тѣхъ поръ разсматриваемая операція. Въ сочиненіи *Rousset*'а приводится 15 случаевъ кесарскаго сѣченія; но при ближайшемъ разсмотрѣніи они не выдерживаютъ и самой снисходительной критики. Одно можно сказать, что въ тѣхъ изъ нихъ, которые вѣроятнѣе другихъ, дѣло шло объ извлеченіи плодовыхъ косточекъ при нагноеніи вслѣдствіе вѣматочной беременности. Чтобы дать читателю понятіе о достовѣрности приводимыхъ *Rousset*'омъ случаевъ, упомянемъ только о томъ, что онъ, между прочимъ, говорить объ одной женщинѣ, которой цирюльникъ (*barbier, tonsor*) *исстѣ* (!) разъ сдѣлалъ кесарское сѣченіе; при седьмыхъ же родахъ женщина эта умерла, такъ какъ упомянутый цирюльникъ скончался раньше ея и не могъ оперировать въ седьмой разъ. Переводчикъ *Rousset*'а, *Bauhin* (проф. анатоміи въ Базелѣ, 1621 г.), по наивности своей далеко превосходитъ автора. Такъ, въ доказательство того, что чего на свѣтѣ не бываетъ,—онъ пресерьезно разсказываетъ объ одной женщинѣ, родившей вмѣстѣ съ доношеннымъ младенцемъ змѣя—и притомъ не одного, а двухъ...

Хотя со времени *Rousset*'а и *Bauhin*'а во Франціи въ концѣ XVI и началѣ XVII стол. и стали писать очень много о разсматриваемой операціи, однако неудачные случаи на живыхъ охладили расположеніе къ ней. Изъ Франціи ученіе о кесарскомъ сѣченіи перешло въ Нидерланды. *Rousseus* въ своемъ сочиненіи „*De morbis muliebribus*“ посвятилъ цѣлую главу кесарскому сѣченію, но все еще говоритъ главнымъ образомъ о кесарскомъ сѣченіи на мертвыхъ.

То же самое должно сказать о Германіи и Италіи (*Rod. a Castro*). До какой степени смутное понятіе объ этой операціи имѣли врачи той эпохи, лучше всего доказывался тѣмъ, что *Scipion Mercurio* въ своей извѣстной акушерской компиляціи (*La commare etc.*), вышедшей въ 1642 г., увѣряетъ, что во Франціи кесарское сѣченіе дѣлается такъ же часто, какъ кровопусканіе въ Италіи (!).

Первый достовѣрный случай кесарскаго сѣченія на живой относится къ 1610 г. Онъ принадлежитъ виттенбергскому хирургу *Trautmann*'у и подробно сообщенъ *Tandler*'омъ, *Sennert*'омъ и *Doering*'омъ. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ объ этомъ первомъ кесарскомъ сѣченіи сообщилъ въ высшей степени интересныя подробности директоръ родильнаго дома въ Виттенбергѣ, д-ръ *Wachs* <sup>2)</sup>. *Trautmann* оперировалъ при

<sup>1)</sup> Сочиненіе *Rousset*'а на французскомъ языкѣ имѣло всего одно изданіе и мы приводимъ полное заглавіе его по *Siebold*'у: *Traite nouveau de l'hysteromotokie ou enfantement cæsarien. Qui est Extraction de l'enfant par incision laterale du ventre et matrice de la femme grosse ne pouvant autrement accoucher. Et ce sans prejudicier à la vie de l'un, ny de l'autre; ny compecher la fœcondité par après. Par François Rousset medecin. Paris, chez Denys du Val. 1581. 8.* Латинскій переводъ сочиненія *Rousset*'а, сдѣланный *Bauhin*'омъ, начиная съ 1586 до 1601 года, выдержалъ 4 изданія: *Exsectio fœtus vivi ex matre viva sine alterutrius vitae periculo et absque fœcunditatis ablacione a Fr. Rosseto gall. conscripta, C. Bauhino latio reddita etc. Francof. 1671. 8.*

<sup>2)</sup> *Der Wittenberger Kaiserschnitt von 1610. Leipzig 1868.*

грыжѣ беременной матки и, нужно прибавить, съ полнымъ успѣхомъ. Родильница, впрочемъ, внезапно умерла чрезъ 24 дня послѣ операциі; ребенокъ же прожилъ послѣ этого 9 лѣтъ. Несмотря на то, что случай *Trautmann'a* сдѣлался извѣстнымъ очень скоро, прошло еще много лѣтъ, пока кесарское сѣченіе окончательно получило право гражданства въ наукѣ. И этому нечего удивляться, если вспомнимъ, что противъ этой операциі вооружались лучшіе авторитеты нашей науки, каковы *Ambr. Paré, Guillemau, Mauriceau, Peu, Viardel* и др., допускавшіе кесарское сѣченіе только на мертвыхъ. Только въ концѣ XVII столѣтія счастливый случай кесарскаго сѣченія, произведеннаго (въ 1689 г.) *Ruleau*, снова подаль поводъ къ препіямъ объ этой операциі, нашедшей жаркаго защитника въ *Simon'ѣ*. Окончательную же санкцію кесарское сѣченіе получило со времени *Levret'a*, старавшагося установить твердыя показанія къ нему. Благодаря громадному авторитету *Levret'a*, кесарское сѣченіе стало на твердую почву и кредита этой операциі не могли пошатнуть самыя ярыя нападки на нее *Sacombe'a*, современника *Baudelocque'a*. *Sacombe* всю жизнь нападалъ на *Baudelocque'a*, между прочимъ, также и за кесарское сѣченіе, которое тотъ защищалъ. О ненависти *Sacombe'a* къ знаменитому его сопернику трудно составить себѣ понятіе, если не познакоимся съ жгучими памфлетами, которые онъ постоянно издавалъ въ свѣтъ. Впрочемъ *Sacombe* нападалъ не только на *Baudelocque'a*, но и на всѣхъ тогдашнихъ знаменитостей, какъ-то *A. Dubois, Pelletan'a, Coutouly* и др., и притомъ все за кесарское сѣченіе, обвиняя ихъ прямо въ убійствѣ тѣхъ, которыхъ они оперировали. До чего въ запальчивости своей доходилъ *Sacombe*, можно видѣть изъ того, что онъ утверждалъ, что *Roussel* издалъ въ свѣтъ свое сочиненіе о кесарскомъ сѣченіи только потому, что онъ былъ подкупленъ *Екатериной Медвицкой*, имѣвшей въ виду отдѣлаться этимъ путемъ отъ женъ ненавистныхъ ей гугенотовъ...<sup>1)</sup>

Что касается до исторіи кесарскаго сѣченія у насъ въ Россіи, то первый русскій врачъ, писавшій объ этой операциі, былъ *Даннло Самойловичъ*, практиковавшій въ Москвѣ. Въ 1780 г. онъ защищалъ въ Лейденѣ диссертацію, въ которой проводилъ параллель между кесарскимъ сѣченіемъ и симфизіотоміей (см. литерат. *D. Samoilowitz*). Затѣмъ операциа эта производилась у насъ нѣсколько разъ, и относительно исходовъ отсылаемъ читателя къ главѣ о предсказаніи.

Относительно разработки вопроса о кесарскомъ сѣченіи въ послѣднія десятилѣтія нужно замѣтить, что она особенно успѣшно шла въ Германіи. Вообще должно сказать, что германскіе акушеры несравненно менѣе другихъ боятся кесарскаго сѣченія, и это можно объяснить только тѣмъ, что результаты ихъ благопріятнѣе результатовъ, полученныхъ въ другихъ странахъ. Въ то время, какъ трудно найти въ Германіи располагающаго сколько нибудь значительнымъ матеріаломъ акушера, который бы произвелъ бы кесарскаго сѣченія хоть одинъ разъ въ жизни, во Франціи и Англіи кесарское сѣченіе возбуждаетъ къ себѣ какой-то ужасъ. Да и можетъ ли быть иначе, когда такой авторитетъ, какъ *P. Dubois* сдѣлалъ въ свою жизнь 12 разъ кесарское сѣченіе и постоянно со смертельнымъ исходомъ? Онъ могъ найти нѣкоторое утѣшеніе въ томъ только, что всѣ безъ исключенія случаи кесарскаго сѣченія, бывшіе въ Парижѣ съ начала настоящаго столѣтія до сихъ поръ, окончивались смертью. Поэтому *P. Dubois* прямо высказывался въ такомъ смыслѣ, что онъ лично прибѣгнуть бы снова къ кесарскому сѣченію только въ самыхъ крайнихъ случаяхъ. Когда въ 1850 году завязался жаркій споръ о кесарскомъ сѣченіи между нѣкоторыми бельгійскими акушерами, то лучшіе представители ихъ, а именно *v. Huevel* и *Didot*, прямо высказали какое-то отвращеніе къ этой операциі, причемъ они ссылались на личныя свои наблюденія: *v. Huevel* и баронъ

<sup>1)</sup> Не можемъ не упомянуть здѣсь ксати, что *Sacombe*, съ цѣлю противодѣйствовать распространенію кесарскаго сѣченія, основалъ цѣлое общество, которое онъ назвалъ *école anti-césarienne*, имѣвшее специальный періодическій органъ (*Les douze mois de l'école anti-césarienne. Ouvrage périodique. T. I. Paris 1798*). Общество это раздавало награды за акушерскія сочиненія въ публичныхъ засѣданіяхъ. Первая награда состояла въ серебряной медали съ надписями на одной сторонѣ: „plus d'opération césarienne“, а на другой: „école anti-césarienne de Sacombe“. Вторая награда состояла въ поцѣлѣ въ *и-жеи Sacombe*. (*Osiander, Lehrbuch d. Entbindungskunst. 1799, p. 500*).

*Seutin* въ брюссельскомъ родильномъ домѣ сдѣлали кесарское сѣченіе въ двадцати случаяхъ, ни одна родильница не выжила.

А между тѣмъ въ той же Бельгій д-ръ *Haebecke* (практиковавшій прежде въ Сотерентѣ) изъ 16 случаевъ кесарскаго сѣченія насчитываетъ 11 успѣшныхъ исходовъ<sup>1)</sup>. Вообще можно принять за правило, что тамъ, гдѣ охотно прибѣгаютъ къ эмбриотоміи, весьма неохотно прибѣгаютъ къ кесарскому сѣченію. Поэтому-то такъ рѣдко дѣлается эта операція въ Англій, гдѣ раздробленіе плода предпринимается даже при такихъ степеняхъ суженія таза ( $1\frac{1}{2}$  —  $\frac{3}{4}$  д.), которыя на континентѣ, особенно въ Германіи и у насъ, считаются абсолютнымъ показаніемъ къ кесарскому сѣченію.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Barnes. Lectures on obst. operat. 1871, p. 312. Baudon. L'ovotomie abdominale ou l'opération césarienne. Paris 1873. Beumer. Sectio cæsarea. Sänger'sche Meth. d. Uterusnaht. Arch. f. Gynæk. Bd. XX, Hft. 3. Berg. Ueber d. Kaiserschn. in gericht-medicin. Bezieh. St. Petersb. med. Z. 1863, p. 237. Bordenave. S. l. nécessité d'ouvrir les femmes mortes dans l'état d. l. grossesse. Hist. d. l'Acad. roy. des Sc. 1710, p. 12. Burton. An Essay towards a complet new system of Midwif. Lond. 1751. Baudelocque. Recueil périod. d. l. Soc. d. santé d. Paris. T. V, p. 3 et 435. Baudelocque. L'art des Accouchem. etc. T. II, p. 402. Boër. Gedancken ueb. Kaiserschn. u. Enthirnung. Sieben Bücher etc. 1834, p. 102. Busch u. Moser, em. Handb. d. Gebkd. etc. Berlin 1842, Bd. III, p. 83,—Kaisergeburt. Breslau. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XXIV, p. 81. Бредовъ. Матеріалы для точн. установл. показаній къ кесарскому сѣченію. Дисс. Спб. 1866 г. Cohnstein. Heroismus ein. Weibes. Centrbl. f. Gynæk. 1881, p. 289. Davidsohn. Hist. section. cæsareæ. Regiom. 1827. Deleurye. Observ. s. l'opérat. césarienne etc. 1834, p. 102. Depaul. D. l'opérat. césarienne post mortem. Paris 1862. Dusart. D. l. suture viscéro-pariétale. Thèse. Paris 1867. Etlinger. Observat. obstetr. per tredecim menses in clinico Bonnensi etc. Diss. inaug. Bonnæ 1844. Fulda. Siebold's Journ. 1826, Bd. VI, p. 1. Frank. Beitr. z. Lehre v. d. Sectio cæsar. Centrbl. f. Gynæk. 1881, № 25 u. 1882, № 2. Galton. The Lancet 1881, p. 909. Graefe. Ueb. Minder. d. Gefahr b. d. Kaiserschn. etc. Graefe's u. Walther's Journ. Bd. IV, Hft. 1. Gürtler. Sectio cæsarea. Anwend. d. Uterusnaht. Arch. f. Gynæk. Bd. V, p. 565. Garrigues. Amer. Journ. of obst. 1883, p. 337. Горецкій. Къ вопросу о продолжительности внутриутробной жизни плода послѣ смерти матери. Дисс. Спб. 1877. Гугенбергеръ. Отчетъ Спб. Повив. Инстит. 1863, p. 150. Hugenberger. St. Petersb. med. Z. N. F. Bd. IV, Hft. 3. Halbertsma. Weckblad. v. h. Nederl. voor Geneesk. 1880, № 36. Harris. The cæsarian operat. in United States. Amer. Journ. of obst. 1871—72, Vol. IV. Hatin. D. l'opérat. césarienne après la mort. Gaz. méd. 1863. Hüter. Kaiserschnitt. Encyclop. Wörterb. d. med. Wissenschaft. Berlin 1839. Bd. XIX, p. 305. Heymann. D. Entbind. lebloser Schwangern mit Bezug auf d. Lex regia. Coblenz 1832. Heister. De foetu ex utero matris mortuæ excidendo. Alsdorf. 1720. Joulin. Traité complet d'accouchem. Paris 1867, p. 1099. Kilian. D. operative Geburtshülfe. 2-te Aufl. 1849, Bd. II, p. 694. Kayser. De eventu sectionis cæsareæ. Havn. 1841. Kehrer. Ueb. ein modific. Verfahren beim Kaiserschnitt. Arch. f. Gynæk. Bd. XIX, Hft. 1. Leopold. Ein Kaiserschnitt mit Uterusnaht nach Unterminirung d. Serosa u. Resektion d. Muscularis. Arch. f. Gynæk. Bd. XIX, Hft. 3. Letenneur. De l'opération césarienne après la mort. Paris 1860. Lafargue. Gaz. d. hôp. 1853, № 77. Lungren. Amer. Journ. of Obst. 1881. Jan. Lange. Casper's Wochenschr. 1847, № 23—26. Lauverjat. Nouvelle méth. de pratiq. l'opérat. césarienne. Paris 1788. Levret. Suite des observat. etc. Paris 1751, p. 237. Morisani. Annali di ostetr. 1883. Sept.-Oct.

<sup>1)</sup> См. Presse médicale de Bruxelles. 1850, № 42 — 52, а также 1851, № 2, 4, 17, 19, 21. Подробности относительно кесарскаго сѣченія въ Бельгій см. у *Arneth'a*, die Geburtshülfe und Gynaecologie in Frankreich, Grossbritannien und Irland. Wien 1853, p. 103.

Mo e Robutti. L'osservatore. Gazz. delle clin. 1883, № 32 et 33. Mansfeld. Ueber d. Alter des Bauch- u. Gebärmutterchnittes bei Lebenden. Braunschweig 1824. Michaelis. Abhandl. aus d. Gebiete d. Geburtshülfe. Kiel 1833. P. Müller. D. moderne Kaiserschnitt. Berlin 1882. P. Müller. D. Kaiserschnitt u. seine Modifikat. Internat. Kongr. z. Kopenhagen, Aug. 1884 (см. рефер. въ Centralbl. f. Gynæk. 1884). Meissner. Monatschr. f. Gebkd. Bd. II, p. 372. Martin. Ueb. d. Catgutnaht d. Uteruswunde nach d. Kaiserschnitt. Berl. klin. W. 1876, № 28. Нидлеръ. О кесарскомъ сѣченіи на мертвыхъ. Арх. Суд. Мед. 1870. Т. 4, стр. 26—43. Niethe. De partu post mortem. Berol. 1827. Nettmann. Specimen sistens sectionis caesareae historiam. Halæ 1805. d'Outrepont. Deutsche Z. f. Gebkd. 1828, p. 440. Pihan-Dufeillay. Etude s. l. statistiques d. l'opérat. césarienne. Arch. gén. méd. 1861, pp. 148, 304. Павловъ. О кесарскомъ сѣченіи на мертвыхъ. Прот. зас. Общ. русск. вр. въ Сиб. 1863—64, p. 419. Runhuber. Ueb. Entbind. verstorb. Schwangerer mittels d. Kaiserschnittes. München 1875. Reinhardt. D. Kaiserschnitt an Todten. Tübingen 1829. Radford. Observ. on the Cæsar. sect., Craniotomy and on other obst. oper. Manchester, London 1880. Rodenstein. On the introduction of sutures etc. Amer. Journ. Obst. Vol. III, 1870—71, p. 577. Rosenbaum. Analecta quæd. ad. sect. caes. antiquitates. Halæ 1836. Rousset. Traité nouveau de l'hysterotomotokie ou enfantelement césarien. Paris 1581. Ruban. Traité d. l'opérat. césarienne et d. accouchem. difficiles et laborieux. Paris 1704. Rhode. Relatio de sectione caesarea feliciter peracta. Dorp. 1803. Richter. Synopsis praxis medico-obstetricæ. Mosquæ 1810. Rigal. Réflexion s. l'opérat. césarienne après la mort. Ann. clin. d. l. Soc. d. méd. d. Montpel. 1814. Т. XXXIII, p. 364. Г. Рейнъ. Протоколы засѣд. Общ. русск. врачей въ Сиб. 1876—77 г. Мед. Вѣстн. 1876. № 44. Runge. Ueb. Berechtig. d. Kaiserschnitt an d. Sterbenden etc. Z. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX, Hft. 2. Simon. Recherches s. l'opération césarienne. Mém. d. l'Acad. d. chirurgie. Paris 1743. Т. I, p. 623. (Nouvelle édit. Paris 1819. Т. I, p. 462 et Т. II, p. 213). Samoilowitz. Diss. sistens comparat. inter sect. caesar. et sect. symph. oss. pub. Lugd. Botav. 1780. Sacombe. Histoire d. l'opérat. césarienne. Lucine française. Paris 1-er vendimiaire, an IX. Т. I, p. 151. Sânger. Z. Rehabilitirung d. klass. Kaiserschnittes. Arch. f. Gynæk. Bd. XIX. Sprengel. Kurzer Ueber sicht d. Geschichte d. Kaiserschnitts, см. Pyl's Repertor f. d. Arzneiwissensch. etc. 1790. Bd. II, pp. 115—228. Sommerbrodt. Berl. klin. W. 1881, № 30. Sommer. Geschichte eines z. 2-ten Male an einer Person verricht. Kaiserschnittes, см. Russische Samml. f. Naturwissensch. u. Heilkunst. Riga u. Leipzig 1816, Bd. I, Hft. 4, p. 529. Siebold. Versuch einer Geschichte d. Geburtshülfe. Bd. I, pp. 64, 134, 322, u. Bd. II, pp. 91 u. 549. Schwarz. Der Kaiserschnitt an Todten. Monatschr. f. Gebkd. Sppl. Bd. XXIII, p. 121. Stoltz. De la suture élastique d. l'uterus. Ann. Gynéc. 1874, Т. I, p. 301. Schlemmer. Centrbl. f. Gynæk. 1881, p. 224. Штольцъ. С.-Петербургск. городск. пріюты etc. Дисс. Сиб. 1875. Tauffer. Deutsche med. W. 1876, № 8. Trier, см. рефератъ въ Centralbl. f. Gynæk. 1881, p. 224. Uhde. Deutsche med. W. 1878, № 31 u. 33. Villeneuve. De l'opération césarienne après mort. Paris 1862. Wasseige. De l'opération césarienne suivie de l'amputation utero-ovarique. Bruxelles 1878. Wasseige. Deuxième observation etc. et description d'un nouveau constricteur. Bruxelles 1878. Wachs. Der Wittenberger Kaiserschnitt von 1610 etc. Leipzig 1868. Walter. Brit. med. Journ. 1881, p. 46.

**Опредѣленіе и цѣль.** Операцию эту правильнѣе было бы называть *подчервнымъ сѣченіемъ беременной матки*, такъ какъ сущность ея состоитъ въ томъ, что плодъ извлекается посредствомъ *разрѣза брюшныхъ стѣнокъ и матки* <sup>1)</sup>). Смотря по тому, производится ли операція

<sup>1)</sup> Этимологически названіе „Кесарское сѣченіе ( *Sectio caesarea*)“ происходитъ отъ латинскаго глагола caedere (рѣзать), на что указываетъ слѣдующее мѣсто у *Цинія*: Auspiciatus enecta parente gignuntur: sicut Scipio Africanus prior natus, primisque

на живой или умершей женщинѣ, различаютъ *кесарское съченіе на живыхъ или на мертвыхъ*. Кесарское съченіе, дѣлаемое на живыхъ, имѣеть цѣлью спасти навѣрно жизнь плода, подвергая значительной опасности жизнь матери, но лишь при такихъ обстоятельствахъ, когда родовый актъ не можетъ быть оконченъ чрезъ естественные родовые пути ни силами природы, ни помощью искусства. Кромѣ того къ кесарскому съченію прибѣгаютъ и тамъ, гдѣ роды хотя и могутъ быть окончены при помощи извѣстныхъ оперативныхъ пособій, но такихъ, послѣдствіями которыхъ бывають для плода неизбѣжная смерть, а для матери столь глубокія травматическія поврежденія, что онѣ обусловливають для нея большую опасность, чѣмъ та, которой она подвергается при кесарскомъ съченіи. На мертвыхъ эта операція дѣлается непосредственно послѣ смерти беременной или роженицы, съ цѣлью спасти плодъ.

Изъ приведеннаго выше опредѣленія кесарскаго съченія видно, что операцію эту должно отличать отъ вскрытія брюшной полости (*laparotomia*), при которой вскрывается только брюшная полость съ цѣлью извлечь плодъ, попавшій изъ матки въ брюшную полость или же развившійся тамъ первоначально, въ случаяхъ внѣматочной беременности.

#### А. КЕСАРСКОЕ СЪЧЕНІЕ НА ЖИВЫХЪ.

**Способы производства.** Для удобнѣйшаго изложенія способовъ производства операціи, извѣстной подъ общимъ именемъ *кесарскаго съченія*, раздѣлимъ ихъ на три категоріи: 1) *собственно подчревное съченіе беременной матки*, причемъ, какъ уже сказано выше, вскрывается брюшная полость и полость матки, т. е. *брюшина* разрѣзывается въ двухъ мѣстахъ. Это есть общепринятый и самый давній (классическій) способъ; 2) *подчревное съченіе влагалища* — способъ *Ritgen'a* (*Bauchfellhöhlen-scheidenschnitt, gastro-elythrotomia*)<sup>1)</sup>, при которомъ брюшина сохраняется въ цѣлости; и наконецъ 3) способъ *Porro*, состоящій въ томъ, что по вскрытіи брюшной полости и полости матки, *эта послѣдняя экстирпуруется вмѣстѣ съ яичниками и широкими связками*.

**Выборъ времени и приготовленія къ операціи.** Если выборъ времени для производства операціи зависитъ отъ оператора, т. е. если больная обращается за врачебнымъ совѣтомъ за нѣкоторое время до родовъ, то больше всего шансовъ на счастливый исходъ операціи будетъ въ томъ случаѣ, если она производится въ концѣ беременности или въ самомъ началѣ родовъ, когда больная не истощена еще родовымъ актомъ. Передъ операціею необходимо опорожнить кишечникъ и мочевой пузырь, а также проспринцовать рукавъ и тщательно вымыть со щеткою, мыломъ и дезинфицирующимъ растворомъ покровы живота.

Caesarum a caeso matris útero dictus: qua de causa et Caesones appellati (Hist. natur. Ed. Harduin. Paris 1741. T. I. Lib. VII. Cap. IX).

<sup>1)</sup> γαστήρ — животъ, ἐλυτρον — влагалище, τέμνω — рѣзать.

Слѣдующіе матеріалы и инструменты должны быть приготовлены для кесарскаго сѣченія: 1) хлороформъ (*Ziii*), 2) нашатырный спиртъ, 3) теплая и холодная вода, 4) ледъ, 5) чистыя губки, хорошо вываренныя, вымытыя и дезинфицированныя, снабженныя тесемками и предварительно сосчитанныя (всего лучше прессованныя губки—*éponges comprimées Galante'a*), 6) корпія, 7) компрессы холщевые и фланелевые, 8) полотенца въ достаточномъ количествѣ, 9) резиновая тафта или клеенка для покрытія операционнаго стола, 10) бандажъ, 11) столъ по образцу *Langenbeck'a* или какой-нибудь другой, не широкій и по росту оператора и, наконецъ, 12) средства для оживленія младенца, въ случаѣ его асфиксїи.

Инструменты: 1) бистурей брюшистый и пуговчатый <sup>1)</sup>, 2) желобоватый зондъ, 3) различные пинцеты: съ зубцами, торсионные, *B. Brown'a* и *Koerberlé, pinces hémostatiques Péan'a*. 4) одинъ изъ жомовъ (*мой жомъ-экразёръ*), 5) акушерскіе щипцы (если возможно, то съ малою тазовою кривизною), 6) тупой крючекъ, 7) длинный корнцангъ, 8) мужской эластическій катетеръ съ мандриномъ, 9) иглы для сшиванія раны, 10) шелковыя лигатуры и металлическія проволоки, 11) одну или двѣ эластическія лигатуры, 12) дренажъ для брюшной полости и дренажный троакаръ. Многіе хирурги, по крайней мѣрѣ при лапаротоміяхъ, употребляютъ *srgau*; полагаю, что можно обойтись и безъ него, поэтому неимѣніе подъ руками необходимаго для *srgau* аппарата (напр. въ провинціи) не можетъ служить препятствіемъ для производства этой операціи.

Помощниковъ нужно имѣть не менѣе пяти: одного для хлороформированія, одного у ножа оператора, двухъ для фиксированія живота и еще одного, который распоряжается инструментами. Кромѣ того должна быть акушерка для принятія младенца и, въ случаѣ необходимости, для оживленія его. Въ случаѣ, если операція производится ночью, требуется достаточное количество свѣчей и для этого еще отдѣльный помощникъ. Всѣ помощники, а равно и самъ операторъ надѣваютъ фартуки и тщательно дезинфицируютъ руки.

Хлороформирующій долженъ слѣдить за дѣйствіемъ хлороформа и ничѣмъ не развлекаться. Помощникъ у ножа слѣдитъ за дѣйствіями оператора, осушаетъ рану, вправляетъ выпадающіе иногда наружу сальникъ или петли кишекъ, накладываетъ лигатуры и особенно тщательно слѣдитъ за тѣмъ, чтобы въ брюшную полость не попадала кровь или околоплодная жидкость; онъ же помогаетъ при сшиваніи раны. Помощники, удерживающіе животъ сверху и снизу, фиксируютъ матку въ данномъ положеніи, стараясь, сколько возможно, чтобы брюшныя стѣнки находились въ соприкосновеніи съ маткою; притомъ первый изъ нихъ,

<sup>1)</sup> Нѣкоторые старинныя акушеры, а именно: *Horn, Solingen, Dionis, Levret, Stein* стар. и другіе, придумали особенныя ножи, специально назначенныя для кесарскаго сѣченія. Ножи эти, однако, совершенно оставлены, такъ какъ они не представляютъ никакихъ выгодъ предъ обыкновеннымъ бистуреемъ.



по вскрытіи матки, вводитъ указательный палецъ въ верхній уголъ маточной раны, приближаетъ его къ верхнему углу брюшной раны и чрезъ это удерживаетъ матку въ удобномъ положеніи и такимъ образомъ до извѣстной степени препятствуетъ выпаденію сальника и кишекъ.

Самъ операторъ становится справа роженицы. Помощники размѣщаются слѣдующимъ образомъ: помощникъ у ножа становится напротивъ оператора, съ лѣвой стороны оперируемой; сбоку его, у ногъ роженицы, — удерживающій животъ снизу; съ лѣвой стороны оператора становится удерживающій животъ сверху. Инструменты должны быть безукоризненно чисты, предварительно осмотрѣны и разложены въ надлежащемъ порядкѣ въ сосудѣ съ 5% растворомъ карболовой кислоты на столикѣ, который устанавливается вблизи оператора. По близости же должна находиться прислуга, подающая губки или салфетки.

Опорожнивъ прямую кишку и мочевой пузырь, роженицу хлороформируютъ до полной анестезіи и совершенно захлороформированную переносятъ на операционный столъ. Оперируемой даютъ горизонтальное положеніе на спинѣ съ приподнятымъ тазомъ; ноги заворачиваются въ теплыя одѣяла.

**I. Производство операціи по старому классическому способу** (Gastro-hysterotomia). Операція подчревнаго сѣченія беременной матки раздѣляется на 5 моментовъ, а именно: 1) Вскрытіе брюшной полости. 2) Вскрытіе матки и плоднаго пузыря. 3) Извлеченіе младенца. 4) Удаленіе послѣда. 5) Сшиваніе раны матки, а затѣмъ и брюшной раны. перевязка.

Операторъ, ставши съ правой стороны роженицы, убѣждается помощью постукиванія, нѣтъ ли петель кишекъ между переднею брюшною стѣнкою и маткою; если таковыя находятся, то онъ старается отодвинуть ихъ въ ту или другую сторону, растирая животъ рукою. Исполнивъ это и давши маткѣ такое положеніе, чтобы продольная ось ея соответствовала бѣлой линіи, поручаетъ помощникамъ удерживать матку въ этомъ положеніи, совѣтуя крѣпче прижимать брюшныя стѣнки къ маткѣ, чтобы воспрепятствовать возврату кишекъ на прежнее мѣсто.

При дальнѣйшемъ производствѣ операціи, въ виду часто встрѣчающагося при подобныхъ обстоятельствахъ выпаденія кишекъ, операторъ наблюдаетъ, чтобы петли ихъ не попали подъ ножъ или ножницы.

*1-й моментъ. Вскрытіе брюшной полости.* Вскрытіе брюшной полости ничѣмъ не отличается отъ того, какъ оно дѣлается при овариотоміи. Операторъ пальцами лѣвой руки удерживаетъ кожу, а бистурею, захваченнымъ въ правую руку наподобіе смычка, разрѣзаетъ кожу на протяженіи 14 или 15 см. (около 6 дюйм.): начиная ниже пушка, онъ ведетъ ножъ по направленію бѣлой линіи и оканчиваетъ разрѣзъ на 2 поперечныхъ пальца выше лоннаго сочлененія, чтобы не поранить мочевой пузырь; затѣмъ послонными сѣченіями достигаетъ до брюшины. Брюшину вскрываютъ слѣдующимъ образомъ: захвативъ зубчатымъ пинцетомъ, приподнимаютъ ее вверхъ; за образовавшуюся такимъ образомъ складочку помощникъ захватываетъ ее другимъ пин-

цетомъ, и складка брюшины разрѣзывается между пинцетамъ. Отверстіе въ брюшинѣ должно быть настолько велико, насколько это нужно для введенія одного или двухъ пальцевъ оператора. Разрѣзъ брюшины удлиняется внизъ и вверхъ пуговчатымъ бистурею по руководству указательнаго пальца, а въ случаѣ слишкомъ близкаго сосѣдства кишекъ или сальника, вводятъ два и даже три пальца; во всякомъ случаѣ, прежде чѣмъ рана будетъ расширена, нужно убѣдиться въ томъ, что ничего нѣтъ между пальцами и брюшиною. Расширеніе раны по желобоватому зонду, а равно и ножницами, искривленными по краю (*Backer Brown'a*), не такъ надежно, какъ по пальцу помощью пуговчатаго бистурея, фиг. 266.

Фиг. 266.



При вскрытіи брюшной полости нужно имѣть въ виду, что брюшныя стѣнки, вслѣдствіе растяженія ихъ беременною маткою, иногда бываютъ сильно истончены; поэтому въ подобныхъ случаяхъ нужно доходить до брюшины разрѣзами съ большою осторожностью, чтобы бистурею не проникнуть глубже, чѣмъ это нужно, и не поранить кишекъ и мочеваго пузыря. Въ случаѣ надобности можно увеличить разрѣзъ по направленію кверху выше пупка, причѣмъ пупокъ обыкновенно обходятъ съ лѣвой стороны, однако *Spencer Wells* не обращаетъ вниманія на это правило, да и мнѣ самому при оваріотоміяхъ не разъ приходилось безнаказанно проводить разрѣзъ прямо черезъ пупокъ, а въ случаяхъ пупочной грыжи вырѣзывать вокругъ него лоскуты тканей, и при этомъ кровотеченіе было самое незначительное.

Что касается до осложненій этого момента операціи, то мы укажемъ: 1) на кровотеченіе изъ краевъ раны: оно останавливается по общимъ правиламъ. Нужно замѣтить, что очень рѣдко приходится на-

кладывать лигатуры на артеріальныя вѣточки; въ большинствѣ случаевъ достаточно бываетъ прижатія кровоточащаго края губками или же прибѣгнуть къ гемостатическимъ пинцетамъ *Péan'a* или *Backer-Brown'a*, а также къ скручиванію сосудовъ. Во всякомъ случаѣ, кровотеченіе должно быть совершенно остановлено, прежде чѣмъ приступить ко вскрытію матки. 2) *Выпаденіе кишекъ, а также салника*; если это случится, то нужно приподнять немного края брюшной раны, выпавшіе органы вправить въ ту или другую сторону за матку, и новому выпаденію ихъ помощникъ препятствуетъ болѣе тщательнымъ прижатіемъ брюшной стѣнки къ маткѣ.

Вскрытіе брюшной полости производилось въ прежнее время *разрѣзомъ въ бѣлой линіи живота*. О немъ уже упоминаетъ *Guy de Chauliac* (1363); въ особенности же этотъ способъ утвердился въ наукѣ со времени *Leuret'a*. Этотъ послѣдній настаивалъ на томъ, что разрѣзъ долженъ дѣлаться непременно на 2—3 поперечныхъ пальца кнаружи отъ бѣлой линіи и притомъ съ лѣвой, или съ правой стороны смотря по тому, гдѣ болѣе всего выступаетъ беременная матка, т. е. съ той стороны, куда наклонено дно ея. *Stein* старш. тоже отдавалъ преимущество разрѣзу въ бѣлой линіи, только проведенному *косвенно*, т. е. снизу вверхъ и кнаружи. *Millot*, одобряя совершенно способъ *Leuret'a*, требовалъ только, чтобы разрѣзъ дѣлался съ той стороны, куда *меньше всего отклонена беременная матка*. Несмотря на то, что, благодаря авторитету *Leuret'a*, разрѣзъ въ бѣлой линіи имѣлъ на своей сторонѣ многихъ знаменитыхъ акушеровъ, каковы: *Smellie, Aitken, Bell, Hunter, Osiander* и др., способъ этотъ въ настоящее время совершенно оставленъ по слѣдующимъ причинамъ: Разрѣзъ въ бѣлой линіи по необходимости долженъ быть глубже, чѣмъ произведенный въ срединной линіи живота; при немъ гораздо чаще можно поранить значительныя кровеносныя сосуды и, наконецъ, вслѣдствіе расположенія мускуловъ живота, заживленіе раны идетъ гораздо хуже, чѣмъ при разрѣзѣ по бѣлой линіи.

Кому принадлежитъ честь введенія въ науку *разрѣза по бѣлой линіи*, способа *единственно употребительнаго въ настоящее время*, — спорили очень много. *P. de la Cerlata* (1410) первый, по мнѣнію *Siebold'a*, заговорилъ объ этомъ способѣ, но не подлелъ сомнѣнію, что *Mauriceau* первый доказалъ самымъ убѣдительнымъ образомъ всю выгоду его. Въ первый разъ на живой примѣнени его французскій хирургъ *Guénin* (1750) и *Heckel* (1769) въ Берлинѣ. Благодаря тому, что способъ этотъ во Франціи былъ сильно поддерживаемъ *Deleurye*, а въ Германіи — *Richter'омъ*, онъ вскорѣ вошелъ въ общее употребленіе, и это объясняется очень просто тѣмъ, что способъ этотъ не сопряженъ съ тѣми невыгодами, на которыя мы только что указали.

*Поперечный разрѣзъ* дѣлался на протяженіи 5—6" чрезъ прямыя мышцы и бѣлую линію. Способъ этотъ обыкновенно приписывается *Lawverjat* (1788), но онъ предложенъ еще раньше *Duncker'омъ* (1771). Несмотря на то, что *Lawverjat* удачно оперировалъ въ одномъ случаѣ по своему способу, и что о немъ весьма выгодно отзывались *Wood, Coutouly* и *Burns*, онъ все-таки не нашелъ послѣдователей.

*Косой или диагональный разрѣзъ по Stein'у* млад. (1803). По этому способу разрѣзъ начинали отъ послѣдняго ложнаго ребра одной стороны и доводили до горизонтальной вѣтви лонной кости другой (противоположной) стороны. Хирурги почти все безъ исключенія отзывались объ этомъ способѣ съ самой невыгодной стороны. Изъ акушеровъ же онъ встрѣтилъ одобреніе только со стороны *Schmidtmüller'a* и *Busch'a*, который даже сдѣлалъ попытку оперировать по этому способу на живой, съ неблагоприятнымъ однакоже исходомъ. Къ способу *Stein'a* примыкаетъ до извѣстной степени предложеніе *Zang'a* дѣлать разрѣзъ, имѣющій видъ *ломанной линіи*. Предложеніе это такъ и осталось до сихъ поръ безъ примѣненія, такъ какъ нетрудно сразу убѣдиться въ несообразности подобнаго метода.

Нѣкоторую аналогію съ вышеописаннымъ методомъ представляетъ способъ *Osiander'a* (1812), который предлагалъ войти рукою въ матку, поднять подлежащую го-

ловку и сильно отдавить ее впереди. По выступающей таким образом головкѣ дѣлается разрѣзъ на протяженіи 4—5" въ косомъ направленіи къ бѣлой линіи или къ пирамидальному мускулу и чрезъ сдѣланный разрѣзъ извлекается младенецъ. Несмотря на то, что оба случая, въ которыхъ оперировалъ *Osiander*, окончились неблагоприятно, онъ все-таки увѣряетъ, что на нихъ-то онъ и убѣдился въ рациональности своего метода, который однако не нашелъ ни одного подражателя.

**2-й моментъ. Вскрытіе матки и плоднаго яйца.** Этотъ моментъ есть самый опасный, по причинѣ неизбежнаго кровотеченія, болѣе или менѣе сильнаго, и требуетъ большаго присутствія духа со стороны оператора и усиленнаго вниманія помощниковъ.

По вскрытіи брюшной полости матка обыкновенно выпячивается въ рану въ большей или меньшей степени и узнается по сине-багровому цвѣту. Послойными продольными сѣченіями она вскрывается въ нижнемъ отдѣлѣ раны отверстіемъ длиною около 4 стм., доходящимъ до кожистой оболочки плоднаго яйца, а въ случаѣ разрыва оболочки — до поверхности тѣла младенца. При этомъ нужно имѣть въ виду, чтобы нижній уголъ раны матки приходился немного выше (около 2—3 стм.) нижняго угла брюшной раны. Въ рану матки операторъ вводитъ указательный палецъ, помѣщаетъ его между кожистой оболочкою яйца и внутреннею поверхностью матки, въ направленіи ко дну ея, и пуговчатымъ бистуреемъ расширяетъ рану почти до самаго дна. Какъ великъ долженъ быть разрѣзъ матки, трудно сказать съ положительностью, такъ какъ приходится сообразоваться съ обстоятельствами даннаго случая, главнымъ же образомъ съ величиною плода. Вообще нужно помнить, что всегда лучше сдѣлать разрѣзъ нѣсколько большій, чѣмъ меньшій, такъ какъ недостаточность разрѣза можетъ значительно затруднить слѣдующій моментъ, а именно извлеченіе плода. Большинство авторовъ по этому совѣтуютъ, чтобы длина разрѣза матки была ни въ какомъ случаѣ не меньше 10 сантиметровъ.

Нужно строго соблюдать, чтобы разрѣзъ матки пришелся по самой срединѣ ея. Если введенный палецъ на пути встрѣчаетъ дѣтское мѣсто, то оно на возможно-значительномъ пространствѣ отдѣляется пальцемъ, но ни въ какомъ случаѣ не разрѣзывается.

Одно изъ самыхъ неблагоприятныхъ, а иногда и страшныхъ осложненій разсматриваемаго момента, это—пораненіе плаценты ножомъ, такъ какъ при этомъ кровотеченіе можетъ доходить до ужасающей степени. Вслѣдствіе-то этого почти всѣ акушеры, писавшіе о кесарскомъ сѣченіи, старались придумывать какіе-либо способы для избѣжанія этого неблагоприятнаго обстоятельства. *Richter* совѣтуетъ, если операторъ попалъ ножомъ на плаценту, не обращать вниманія на кровотеченіе, какъ бы оно сильно ни было и, какъ можно скорѣе, окончить операцію. *Carus*, а за нимъ и нѣкоторые другіе, какъ-то *Ritgen* и *v. Siebold*, совѣтуютъ перевязывать кровоточащіе сосуды. Совѣтъ этотъ не выдерживаетъ никакой критики, такъ какъ здѣсь пришлось бы перевязать массу сосудовъ и потерять такимъ образомъ много драгоцѣннаго времени. Еще болѣе рискованъ совѣтъ *Jörg'a*—перерѣзать плаценту. Самое благоразумное, по нашему, будетъ состоять, какъ уже сказано выше, въ отдѣленіи плаценты настолько, чтобы она по возможности дальше находилась отъ ножа. Въ случаѣ, еслибы нельзя было избѣгнуть значительнаго пораненія плаценты, *Kilian*, вслѣдъ за *Carus'омъ*, совѣтуетъ совершенно отдѣлить ее и вывести наружу, и затѣмъ поспѣшить дальнѣйшимъ производствомъ операціи.

Для скорѣйшаго прекращенія кровотеченія изъ краевъ раны матки, которое бываетъ обыкновенно сильно, операторъ долженъ слѣшить съ

окончаніемъ операціи въ виду того, что кровотеченіе не можетъ быть совершенно прекращено раньше, чѣмъ матка сократится. Тѣмъ временемъ кровоточащіе края покрываются губками и поручаются помощнику, который захватываетъ ихъ пальцами и сжимаетъ; съ этою же самою цѣлью можно ихъ захватить въ пинцеты *Péan'a*, *Backer-Brown'a* или *Cintrat*. При всемъ этомъ помощникъ у ножа бдительно слѣдитъ, чтобы крови и водъ какъ можно меньше попадало въ брюшную полость. Вслѣдъ за вскрытіемъ матки, операторъ разрываетъ плодныя оболочки и помощникъ воспринимаетъ губками истекающую вдругъ, а подчасъ и въ большомъ избыткѣ амніотическую жидкость. По моему мнѣнію, гораздо лучше еще до вскрытія матки длиннымъ корнцангомъ захватить черезъ влагалище оболочки плоднаго яйца въ складку и по вскрытіи матки разорвать ихъ со стороны влагалища. Этимъ способомъ надежнѣе предотвращается возможность затѣка жидкости въ брюшную полость, чтѣ въ особенности важно тамъ, гдѣ имѣется мало помощниковъ или гдѣ они неопытны, или не отличаются особенною ловкостью. Мнѣ кажется, что было бы также весьма удобно удалять околоплодную жидкость изъ плоднаго яйца, проколовъ его со стороны раны помощію длиннаго троакара и, по удаленіи жидкости, разорвать оболочки <sup>1)</sup>.

**3-й моментъ. Извлеченіе младенца.** Младенецъ извлекается, смотря по положенію его: если въ ранѣ представляется головка, то введенною полу-рукою ее приподымаютъ вверхъ и затѣмъ весь младенецъ извлекается за плечики, причемъ соблюдаются приемы, изложенные при такомъ же извлеченіи чрезъ естественные родовые пути, фиг. 267.

Фиг. 267.



Если вблизи раны находится тазовой конецъ младенца, то для извлеченія за ягодицы операторъ вводитъ оба указательные пальца въ соотвѣтственные паховые сгибы младенца и поступаетъ совершенно та-

<sup>1)</sup> Уже *Wigand* и *Planchon* совѣтовали, чтобы одновременно съ тѣмъ, какъ операторъ приступаетъ къ вскрытію матки, одинъ изъ помощниковъ, со стороны рукава, разорвалъ околоплодный пузырь.

кимъ же образомъ, какъ при подобномъ же извлеченіи младенца чрезъ естественные пути, фиг. 268.

Фиг. 268.



То же самое должно сказать и по отношенію извлеченія младенца за одну или обѣ ножки (фф. 269 и 270).

Одна изъ самыхъ важныхъ предосторожностей при этомъ моментѣ, и въ особенности при извлеченіи младенца за нижній конецъ, заключается въ томъ, чтобы оно производилось во время перемижъ между маточными сокращеніями. Это необходимо для избѣжанія слѣдующаго весьма неблагоприятнаго обстоятельства, а именно — ущемленія шейки плода и пуповины краями раны матки, сокращающейся по освобожденіи туловища или головки. Въ подобномъ случаѣ извлеченіе плода замедляется; иногда при этомъ требуется расширеніе маточной раны или же наложеніе щипцовъ на головку; всѣ эти обстоятельства однако ухудшаютъ исходъ операціи. Щипцы накладываются при этомъ по правиламъ введенія ихъ въ естественные родовые пути, только опрокинутыми, т. е. тазовая кривизна ихъ должна быть обращена къ верхнему углу раны (фиг. 271). По извлеченіи младенца пуповина перерѣзывается и онъ передается акушеркѣ, которая сперва зажимаетъ конецъ пуповины пальцами, потомъ перевязываетъ ее и затѣмъ беретъ на себя дальнѣйшее попеченіе о новорожденномъ.

*4-й моментъ. Удаленіе послѣда.* Операторъ, не теряя времени, отдѣ-

ляет послѣдъ и извлекаетъ его чрезъ рану <sup>1)</sup>, затѣмъ принимаетъ самыя энергическія мѣры для остановленія маточнаго кровоточенія, которое нерѣдко бываетъ ужасающее. Кровоточеніе останавливаютъ раздраженіемъ матки, введеніемъ въ полость ея кусочковъ льда; всего лучше для этой цѣли имѣть въ готовности мѣшечки различной величины изъ гуттаперчевой тафты или же изъ холста, которые, въ случаѣ надобности, напол-

Фиг. 269.



няются льдомъ и вкладываются въ полость матки; края раны ея сближаются и вся матка обхватывается руками и равномерно сжимается.

Въ случаѣ, еслибы на поверхности раны замѣченъ былъ кровоточащій сосудъ большаго калибра, то всего вѣрнѣе перевязать его шелко-

<sup>1)</sup> *Wigand* (Beiträge zur theor. u. pract. Geburtsh. Hann. 1867. Hft. 2, p. 91), имѣя въ виду болѣе скорое зашиваніе раны и то, чтобы при отдѣленіи послѣда кровь не попала въ полость брюшины, совѣтовалъ не отдѣлять послѣдъ, а предоставить выведеніе его силамъ природы. Для этой цѣли онъ совѣтовалъ укрѣпить пуповину на палочкѣ, длиною въ 16 — 18", и вывести ее наружу чрезъ рукавъ. Несмотря на то, что совѣтъ *Wigand*'а встрѣтилъ одобреніе со стороны нѣкоторыхъ акушеровъ, какъ-то: *Jörg'a*, *Stein'a*, *Planchon'a* и *Maygrier* (придумавшаго даже особенный зондъ для этой цѣли — *sonde à délivrance*), тѣмъ не менѣе онъ никакъ не могъ привиться въ наукѣ, потому что слѣдовать этому совѣту было бы въ высшей степени рискованно. Въ самомъ дѣлѣ, кто поручится, что послѣдъ выдѣлится непременно *per vias naturales*, а не попадетъ въ брюшную полость?



вою лигатурою и длинный конецъ ея помощью катетера пропустить чрезъ зѣвъ и влагалище наружу. Этимъ способомъ мнѣ удалось однажды остановить кровотеченіе въ такомъ случаѣ, гдѣ всѣ другія средства оказались недействительными.

Фиг. 270.



Въ отчаянныхъ случаяхъ можетъ быть примѣненъ также способъ *Ritgen'a*, состоящій въ томъ, что, по опорожненіи матки, ее вытягиваютъ изъ брюшной полости наружу и прикладываютъ къ ранѣ ея губки, смоченныя холодной водой, или кусочки льда до тѣхъ поръ, пока не остановится кровотеченіе. При подобныхъ же обстоятельствахъ можетъ оказаться полезнымъ и слабый растворъ полуторохлористаго желѣза (1 ч. liquor. ferri sesquichlorat. на 8—12 ч. воды): намочивши въ растворѣ желѣза губку соотвѣтственной величины, нужно вложить ее въ полость матки. Остановивъ кровотеченіе, операторъ осторожно осматриваетъ брюшную полость, и если въ нее попала кровь или амніотическая жидкость, то удаляетъ ихъ чистыми и теплыми губками.

Во избѣжаніе кровотеченія *C. Schroeder* <sup>1)</sup> предполагаетъ въ будущемъ оперировать слѣдующимъ образомъ: по вскрытіи брюшной полости извлечь беременную матку наружу, наложить потомъ эластическую лигатуру на шейку, затѣмъ вскрыть матку и по опорожненіи ея, наложивъ шовъ и снявъ эластическую лигатуру, репонировать матку обратно въ брюшную полость. Онъ совѣтуетъ также по опорожненіи матки, дезинфицировать полость ея крепкимъ растворомъ карболовой кислоты.

**5-й моментъ. Сшиваніе раны матки.** Сшивать или не сшивать рану матки — объ этомъ велись очень жаркіе споры еще въ очень недавнее время. Прежде всѣ были того мнѣнія, что сшивать маточную рану послѣ

<sup>1)</sup> Lehrbuch d. Geburtshülfe. Bonn 1884, pag. 365.

кесарскаго сѣченія *не слѣдуетъ*. Мнѣніе это основывалось главнымъ образомъ на опасеніи относительно будущей участи оставляемыхъ въ брюшной полости лигатуръ и на томъ, что эти послѣднія трудно накладывать хорошо на матку, должствующую претерпѣть обратное развитіе. Кромѣ того говорили, что маточная рана, благодаря сокращеніямъ органа, можетъ зажить хорошо и безъ помощи лигатуръ. Правда, вслѣдствіе послѣродовыхъ маточныхъ сокращеній края раны могутъ сблизиться между собою и тогда рана заживетъ, и изъ матки, конечно, ничего не попадетъ въ брюшную полость; но, съ другой стороны, мы знаемъ также, насколько бываетъ неодинакова инволюція матки даже и послѣ совершенно нормальныхъ родовъ. Притомъ, если принять въ соображеніе точно опи-

Фиг. 271.



санныя посмертныя явленія, наблюдавшіяся также и мною въ нѣсколькихъ случаяхъ послѣ кесарскаго сѣченія, то очень часто оказывается, что наружные края маточнаго покрова бываютъ раскрыты, внутренніе же, хотя и сблизены, но рѣдко соприкасаются между собою на всемъ протяженіи; иногда края раны представляются совершенно несближенными и между ними выпячивается задняя стѣнка матки. Понятно, что въ подобныхъ случаяхъ выдѣленія изъ матки (lochia и пр.) прямо попадаютъ въ брюшную полость. Все это побуждаетъ меня слѣдовать примѣру *Spencer Wells'a* и считать необходимымъ шиваніе матки послѣ кесарскаго сѣченія.

Въ настоящее время нельзя болѣе сомнѣваться, что изъ какого бы матеріала ни были употреблены лигатуры для сшиванія раны матки, лишь бы онѣ были хорошо дезинфицированы, ихъ можно безъ всякаго вреда для оперированной оставлять въ брюшной полости, какъ „*ligatures perdues*“.

*Spiegelberg* совѣтуетъ накладывать *глубокіе* и *поверхностные* швы и нервы изъ нихъ проводить черезъ всю толщѣ стѣнки матки на разстояніи 2—2.5 см. одинъ отъ другого; поверхностные же онъ располагаетъ между ними и предназначаетъ для сближенія наружныхъ слоевъ матки и брюшины.

Способъ сшиванія брюшной и маточной раны однимъ п тѣмъ же швомъ, какъ это совѣтовали *Tyler-Smith* и *Barnes*, или вшиванія матки въ нижнюю часть брюшной раны, какъ это предлагалъ *Martin*,—сдвали примѣнимъ къ дѣлу. То же самое должно сказать и о *sutura utero-abdominalis* по способу *Pillore*'а.

Что касается до числа швовъ, то оно зависитъ, во-первыхъ, отъ длины раны, во-вторыхъ, отъ состоянія стѣнокъ матки: чѣмъ рана длиннѣе и чѣмъ матка вялѣе, тѣмъ больше должно быть наложено швовъ.

*Lauwerjat* (1753) первый предлагалъ соединять края матки кровавымъ швомъ, а *Lebas* (1769) первый примѣнилъ его на дѣлѣ. *Osiander* совѣтовалъ накладывать 2 шва и концы ихъ выводить чрезъ нижній уголъ раны, но только въ тѣхъ случаяхъ, когда, разрѣзая матку, попадаютъ на мѣсто прикрѣпленія *placentae*. *Pillore* въ *Paris* (1854) предложилъ сшивать общимъ швомъ маточную и брюшную рану (*Gazette des hôpitaux* 1854, p. 149).

Сшиваніе маточной раны послѣ кесареваго сѣченія было забыто, пока постоянно увеличивающееся число оваріотомій не доказало безвредность оставленія лигатуръ въ полости брюшины. *Martin* въ 1864 г. <sup>1)</sup> прямо высказался въ пользу сшиванія раны матки и при томъ съ раной живота. *Olshausen* въ 1874 г. <sup>2)</sup> впервые примѣнилъ такой шовъ. Особенно много стали толковать о маточномъ швѣ вскорѣ послѣ обнаруженія случая *Spencer Wells*'а <sup>3)</sup>. При оваріотоміи, по удаленіи одной опухоли, знаменитый оваріотомистъ думалъ, что имѣеть передъ собой кисту другого яичника; но, сдѣлавъ проколъ, призналъ въ ней беременную матку и, вслѣдствіе кровотеченія изъ прокола, долженъ былъ приступить къ кесарскому сѣченію матки беременной на пятомъ мѣсяцѣ. По опорожненіи матки и наложеніи двухъ лигатуръ на проколъ стѣнки, *Spencer Wells* наложилъ непрерывный обвивной шовъ на рану матки и, завязавъ шва, вывелъ нижній конецъ шелковой лигатуры черезъ маточную шейку въ руку, а верхній прихватилъ съ ножкой въ клампъ и къ нему прикрѣпилъ нижній конецъ. По удаленіи верхняго конца на 19 день послѣ операциіи, лигатура была легко вытянута за нижній конецъ и больная совершенно поправилась. Въ настоящее время въ литературѣ извѣстно уже нѣсколько удачныхъ случаевъ примѣненія маточнаго шва при кесарскомъ сѣченіи. Такъ, *Gaertler* сшилъ матку отдѣльными швами и коротко обрѣзалъ ихъ. *Veit* <sup>4)</sup> отвергаетъ пришиваніе матки къ стѣнкѣ живота и настаиваетъ на отдѣльномъ швѣ матки, потому что пришиваніе матки къ стѣнкѣ живота мѣшаетъ сокращенію ея и не останавливаетъ кровотеченія. Онъ примѣнилъ листеровскій кэтъ-гутъ (*cat-gut*) къ сшиванію матки; по его мнѣнію, отдѣльный шовъ раны матки устраняетъ два главныхъ зла: кровотеченіе и развитіе септикеміи, препятствуя затѣку отдѣленія матки въ полость брюшины. *Veit* привелъ два случая со счастливымъ исходомъ. Въ 1873 г. *Valentinotti* <sup>5)</sup> предложилъ для матки *эластическій шовъ* (резиновый шнурокъ, обмотанный шелкомъ); *Dr. Grandesso*

<sup>1)</sup> *Monatsschr. f. Geb.* Bd. 23, p. 333. <sup>2)</sup> *Wiener. Med. Woch.* 1872, p. 1182, *refer. създа натурал.* въ Лейпцигѣ 1872. <sup>3)</sup> *Medic. Times.* 1865, 30 September. <sup>4)</sup> *Berlin. Beiträge zur Geb. und Gynaek.* Bd. III, p. 45—49. <sup>5)</sup> *Archives de Tocologie.* 1874, pp. 189—190.

*de Silvestri* <sup>1)</sup> имѣлъ одинъ случай (1873) удачнаго паложенія эластическаго шва на матку. *Dr. Birnbaum* <sup>2)</sup> удачно повторилъ кесарское сѣченіе съ наложеніемъ струннаго шва на женщинѣ, у которой 1-й разъ оперировалъ *Veit. Spiegelberg* высказывается въ своемъ руководствѣ <sup>3)</sup> противъ кѣтъ-гута, ибо вслѣдствіе повторяющихся послѣродовыхъ сокращеній матки узлы струнной лигатуры (cat-gut) легко могутъ ослабнуть и распусться, что не разъ и случилось какъ у него самого, такъ и у *Tauster'a* и *Martin'a*.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ причиною смерти оперированныхъ по старому классическому способу кесарскаго сѣченія, когда не употребляли еще эластической лигатуры, служило кровотеченіе и зараженіе снаружи. Въ настоящее время и то и другое можетъ быть вполне предупреждено. Главная же опасность заключается во вторичной инфекціи путемъ прониканія гнилостныхъ очищеній даже черезъ зашитую рану матки въ брюшную полость. Избѣгнуть этой вторичной инфекціи старались, видоизмѣняя сшиваніе раны матки; къ сожалѣнію всѣ придуманныя модификаціи шва не вполне удовлетворяютъ цѣли. Всѣмъ требованіямъ маточнаго шва покуда болѣе другихъ удовлетворяетъ и потому заслуживаетъ особеннаго вниманія способъ, предложенный *Sänger* <sup>омъ</sup> и заключающійся въ томъ, чтобы по опорожненіи матки отсепаровать на протяженіи раны съ обѣихъ сторонъ брюшину, потомъ резецировать изъ обоихъ краевъ раны по клиновидному куску мускулатуры матки и затѣмъ, загнувъ отсепарованный лоскутъ брюшины внутрь раны, наложить этажный шовъ. *Leopold* <sup>4)</sup>, три раза съ успѣхомъ оперировавшій по способу *Sänger'a*, не совѣтуетъ прибѣгать къ резекціи мускулатуры матки главнымъ образомъ потому, что послѣ нея матка суживается, что можетъ воспрепятствовать беременности, и кромѣ того шансы на возможность повторенія той же операціи при слѣдующихъ родахъ становятся весьма сомнительными. *Fehling* также считаетъ невыгоднымъ и даже ненужнымъ резекцію мускулатуры матки потому, что и безъ нея легко возможно, ради той же цѣли, отсепаровать сморщившуюся, по опорожненіи матки, брюшину.

*Сшиваніе брюшной раны* ничѣмъ не отличается отъ таковаго при оваріотоміи: сообразно длинѣ раны, накладываютъ 2 или 3 глубокихъ, проникающихъ черезъ брюшину, и 4—6 поверхностныхъ металлическихъ узловатыхъ швовъ. Можно примѣнить 8-ми-образный шовъ при помощи карлсбадскихъ иглъ или *sutura clavata*, какъ это дѣлаетъ *Koeberlé* при оваріотоміи. Рана зашивается на всемъ протяженіи. Если прежде совѣтовали нижній уголь брюшной раны оставлять открытымъ и чрезъ него между переднею поверхностью матки и брюшною стѣнкою пропустить тесемку (синдонъ) шириною въ палецъ или дренажъ для свободнаго стока жидкостей изъ брюшной полости, то понятно, что при сшиваніи раны матки все это становится излишнимъ.

<sup>1)</sup> Archiv f. Gynæk. Bd. VII, p. 352.

<sup>2)</sup> Gazette de clin. 1873 Novem.

<sup>3)</sup> Lehrb. d. Geburtshülfe. 1878. Bd. 2, p. 59.

<sup>4)</sup> См. 104 засѣданіе гинекологическаго общества въ Дрезденѣ и Arch. f. Gynaek. Bd. III.

**II. Производство операціи по способу *Ritgen*'а (*Gastro-elytrotomia*).** Подчревное сѣченіе влагалища безъ поврежденія брюшины производится слѣдующимъ образомъ: Дѣлается разрѣзъ кожи параллельно Пупартовой связкѣ, начиная отъ гребешка лонной кости, по направленію къ верхней передней ости подвздошной кости, длиною отъ 15 до 17 см.; потомъ послонными разрѣзами фасцій и мышцъ достигаютъ до брюшины, которую, не вскрывая, отсепааровываютъ почти на всемъ пространствѣ подвздошной впадины по направленію къ влагалищу. Дойдя такимъ образомъ до боковой наружной поверхности влагалища, операторъ вводитъ въ него два пальца <sup>1)</sup> (указательный и средній) лѣвой руки, раздвигаетъ ихъ по возможности больше и въ то же время выпячиваетъ ими влагалище въ рану брюшной стѣнки; между пальцами разрѣзываетъ влагалище бистурею и расширяетъ рану на достаточномъ протяженіи. Когда такимъ образомъ приготовленъ искусственный путь для выведенія младенца наружу, помощникъ старается повернуть беременную матку такъ, чтобы разрѣзъ влагалища совпалъ своею длиною съ брюшною ранюю, операторъ же вводитъ руку черезъ искусственно-образованный путь въ полость матки и при предлежаніяхъ верхнимъ концемъ плода, а равно при поперечныхъ или косыхъ положеніяхъ, дѣлаетъ поворотъ на ножки; при предлежаніяхъ же нижнимъ концемъ прямо приступаетъ къ извлеченію плода.

Для того, чтобы можно было приступить къ этой операціи, необходимо совершенное раскрытіе маточнаго зѣва или, по крайней мѣрѣ, раскрытіе его на два поперечныхъ пальца при убожествѣ краевъ. Въ случаѣ недостаточнаго раскрытія зѣва совѣтуютъ приступить къ искусственному его раскрытію пальцами или дилтаторомъ.

Способъ этотъ далеко не новъ: идея о немъ родилась еще у *Joerg*'а (1806) и приведена въ исполненіе профессоромъ *Ritgen*'омъ, только — какъ мы сейчасъ это увидимъ — въ измѣненномъ видѣ; она поддержана была *Physick*'омъ въ Филадельфіи и всего болѣе занимала *Aug. Baudelocque*'а (племянника).

*Joerg* совѣтовалъ, вскрывши полость брюшины по бѣлой линіи, дѣлать, вмѣсто разрѣза матки, разрѣзъ влагалища, а въ случаѣ надобности — и маточной шейки.

*Ritgen* первый произвелъ подчревное сѣченіе влагалища на живой беременной по вышеописанному способу и назвалъ операцію *Bauchfellhöhlen-scheidenschnitt, gastro-elytrotomia*. Она ему не удалась, ибо онъ не могъ извлечь плода и долженъ былъ вскрыть полость брюшины и сдѣлать разрѣзъ самой матки; больная умерла.

*Physick* (1822) совѣтовалъ своему другу, д-ру *Horner*'у, сдѣлать поперечный разрѣзъ тотчасъ надъ лоннымъ сочлененіемъ, дойти до брюшины, отсепааровать эту послѣднюю отъ мочеваго пузыря, чтобы достигнуть до задней поверхности влагалища. *Horner* привелъ этотъ совѣтъ въ исполненіе, но о результатѣ ничего не извѣстно.

<sup>1)</sup> *Gaillard Thomas* въ Нью-Йоркѣ пытался замѣнить пальцы гистерометромъ *Barnes*'а, а другіе — зондомъ.

*Aug. Baudelocque* (племянникъ) очень много занимался этимъ способомъ производства кесарскаго сѣченія. Если разсмотрѣть его мемуары, начиная съ 1823 г., т. е. со времени появленія перваго его труда <sup>1)</sup> о подчревномъ сѣченіи влагалища (*gastro-élytrotomie*), до 1844 года, т. е. до выхода въ свѣтъ послѣдняго сочиненія о ней <sup>2)</sup>, то мы увидимъ, что имъ были придуманы слѣдующія 6 модификацій этой операціи: 1) сдѣлавши продольный разрѣзъ живота вблизи бѣлой линіи, онъ совѣтовалъ по-слоино дойти до брюшины, потомъ отсепаровать эту послѣднюю и наконецъ вскрыть разрѣзомъ влагалище въ боковой его части; 2) вскрывать влагалище послѣ вскрытія брюшной полости, какъ это дѣлается при подчревномъ сѣченіи беременной матки; 3) поступать совершенно такъ же, какъ поступалъ *Ritgen*; 4) къ предъидущему способу *Baudelocque* прибавляетъ совѣтъ, чтобы прежде, чѣмъ приступлено будетъ къ разрѣзу влагалища, перевязывать *arteriam iliacam internam*; 5) послѣ вскрытія брюшной полости продольнымъ разрѣзомъ по бѣлой линіи, *Baudelocque* предлагалъ выкатить матку черезъ рану наружу, сильно наклонить ее впередъ, разрѣзать *meso-rectum* и вскрыть заднюю стѣнку влагалища; и наконецъ 6) модификація состоитъ въ томъ, что брюшная полость вскрывается поперечнымъ разрѣзомъ по линіи, проведенной между передними верхними подвздошными остями.

Итакъ, *Baudelocque*, занимавшійся всю жизнь усовершенствованіемъ подчреваго сѣченія влагалища, очевидно имѣлъ твердое намѣреніе замѣнить опасную операцію подчреваго сѣченія беременной матки менѣе опасною. Однакоже всѣ придуманныя имъ модификаціи основывались не на прочныхъ анатомическихъ данныхъ, а на случайностяхъ, поэтому *Baudelocque* нисколько не подвинулъ дѣла и результатомъ было лишь то, что способъ *Ritgen*'а остался въ своей силѣ. Неблагополучные же результаты произведенныхъ *Baudelocque*'омъ операцій на живыхъ имѣли послѣдствіемъ, что операція эта не получила права гражданства въ наукѣ.

*Baudelocque* произвелъ эту операцію на живыхъ два раза: въ одномъ случаѣ по причинѣ сильнаго кровотеченія онъ долженъ былъ окончить предпринятое подчревное сѣченіе влагалища разрѣзомъ самой матки, извлекъ мертвое дитя, а мать умерла спустя нѣсколько часовъ послѣ операціи; въ другомъ случаѣ при производствѣ операціи онъ ранилъ *arter. iliacam externam*, перевязалъ общій стволъ ея, сдѣлалъ поворотъ на ножки мертваго плода; мать умерла спустя 74 часа послѣ операціи.

*P. Dubois*, *Velpeau*, *Jacquemier*, *Kilian* и другіе отнесли къ разбираемому способу операціи, по всей справедливости, съ невыгодной стороны.

Проф. *Gaillard Thomas* <sup>3)</sup> въ Нью-Йоркѣ и *Playfair* <sup>4)</sup> въ Лондонѣ, движимые тѣми же самыми мотивами, что и ихъ предшественники, а именно, неблагополучными исходами подчреваго сѣченія беременной матки,

<sup>1)</sup> *American journal of obstetric*. 1870.

<sup>2)</sup> *Auguste Baudelocque*. Nouveau procédé pour pratiquer l'opération césarienne. Paris 1823.

<sup>3)</sup> *A. Baudelocque*. De l'élytrotomie. Mémoire. Paris 1844.

<sup>4)</sup> *Playfair*. The science and practice of midwifery. London 1876. Т. II, p. 227.

зависящими отъ маточнаго кровотеченія, перитонита и другихъ послѣдствій операціи, пытались возстановить способъ *Ritgen'a*. Профессоръ *G. Thomas*, послѣ опыта на трупѣ, произвелъ *gastro-elytrotomiam* на живой, находившейся въ агоніи, вслѣдствіе воспаленія легкихъ, и извлекъ обмершаго ребенка, который, спустя часъ послѣ операціи, вмѣстѣ съ матерью умеръ. Послѣ этого, спустя около пяти лѣтъ, *Alex. J. C. Skene* сообщилъ два случая описываемой операціи, окончившіеся благополучно для матери и ребенка. *P. Budin*<sup>1)</sup> на основаніи опыта, произведеннаго на трупѣ, а равно подъ влияніемъ благополучныхъ исходовъ у *Skene* поддерживаетъ эту операцію, высказываясь однакоже въ пользу ея очень осторожно, и предлагаетъ оперировать слѣдующимъ образомъ: вскрыть полость брюшины разрѣзомъ достаточной длины, начиная отъ гребешка лонной кости и оканчивая его вблизи передней верхней подвздошной ости, потомъ приподнять и изолировать кишки помощью теплыхъ салфетокъ и наконецъ вскрыть влагалище сбоку немного ниже прикрѣпленія его къ шейкѣ (?); вскрывши влагалище, проникнуть въ полость матки и сдѣлать извлеченіе младенца.

На вопросы, — какова будущность этого способа и дастъ-ли онъ лучшіе результаты, чѣмъ подчревное сѣченіе беременной матки, — трудно отвѣтить что-либо положительное по причинѣ малочисленности фактовъ. Изъ пяти оперированныхъ этимъ способомъ въ двухъ случаяхъ (*Skene*) матери и дѣти остались въ живыхъ, но у обѣихъ матерей былъ поврежденъ мочевой пузырь. Не могу однакоже не сказать, что я не рѣшился бы на производство *gastro-elytrotomiae* на живой, потому что способъ этотъ идетъ въ разладъ съ анатомическими данными, а равно и основными хирургическими правилами, да, кромѣ того, и техника операціи сложнѣе, чѣмъ таковая при подчревномъ сѣченіи беременной матки.

**Показанія.** Показанія къ кесарскому сѣченію бываютъ *безусловныя* и *условныя*.

Прежде, чѣмъ приступить къ разбору показаній, считаемъ нужнымъ сказать нѣсколько словъ о томъ, какъ врачъ долженъ дѣйствовать по отношенію къ субъекту, у котораго рѣшено сдѣлать кесарское сѣченіе. Мы считаемъ совершенно излишнимъ распространяться о томъ, что столь серьезная операція можетъ и должна быть дѣлаема только *e consilio* съ двумя, по крайней мѣрѣ, товарищами, на опытность которыхъ можно положиться. Положимъ, консультація рѣшила, что другого исхода нѣтъ, что безъ кесарскаго сѣченія обойтись нельзя. Какъ поступить по отношенію къ несчастной роженицѣ? Печальная обязанность объявить исходъ консультаціи возлагается обыкновенно на того акушера, котораго роженица знаетъ ближе, или же на того, въ авторитетъ котораго она больше вѣритъ. Все загрузденіе въ данномъ случаѣ состоитъ въ томъ, въ какой формѣ объявить ей объ этомъ; скрыть отъ нея сопряженную съ операціей опасность не только противно самымъ обыкновеннымъ правиламъ честности, но и бесполезно.

Съ другой стороны, изложить ей, безъ всякихъ обиняковъ, все угрожающія опасности — значило бы совершенно деморализовать ее. Намъ кажется, что въ этомъ случаѣ лучше всего держаться середины: прежде всего нужно постараться изложить роже-

<sup>1)</sup> *P. Budin*. Progrès medical. 1877, p. 719. *Albert Masson*. De la gastroélytrotomie. Paris 1878.



нищѣ необходимость операціи такимъ образомъ, чтобы она могла совершенно проникнуться ею, затѣмъ, намекнувъ объ опасностяхъ, сопряженныхъ съ операціей, въ то же время выставить въ выгодномъ свѣтѣ всѣ шансы на спасеніе. Какъ бы то ни было, къ такой операціи, какъ кесарское сѣченіе, должно приступать, только получивъ на то полное согласіе со стороны роженицы. Она, и только она одна, можетъ располагать своею жизнью. Исключеніе изъ этого кореннаго правила составляютъ только тѣ случаи, въ которыхъ роженица находится въ состояніи невмѣняемости вслѣдствіе психоза. Еслибы роженица, будучи въ здоровомъ умѣ, упорно отказывалась дать свое согласіе на операцію, то врачу ничего болѣе не оставалось бы, какъ предоставить ее собственной участи. Впрочемъ обыкновенно бываетъ такъ, что роженица, сначала упорно отказывавшаяся отъ операціи, при дальнѣйшемъ теченіи родовъ, видя невозможность окончанія ихъ, сама настойчиво требуетъ операціи.

Къ безусловнымъ показаніямъ относятся такіе случаи, въ которыхъ таза суженъ до такой степени, что чрезъ каналъ его никоимъ образомъ не можетъ пройти *зрѣлый плодъ* не только живой, но и мертвый, даже уменьшенный въ объемѣ или разъятый на части. При подобныхъ обстоятельствахъ можетъ случиться и такъ, что невозможно даже ввести руку въ полость матки для какихъ бы то ни было манипуляцій. Подобныя условія могутъ встрѣтиться преимущественно при тазахъ рахитическихъ и остеомалатическихъ, а также при суженіяхъ, обусловленныхъ болѣе или менѣе плотными новообразованиями (энхондромы, остеомы, экзостозы, остеосаркомы, остеохондромы и т. д.), гдѣ размѣръ въ самомъ суженномъ мѣстѣ таза *меньше 6 см.* (2<sup>1</sup>/<sub>4</sub>").

Упомянутыя нами выше границы крайняго суженія таза дѣйствительно считались безусловнымъ показаніемъ къ кесарскому сѣченію еще очень недавно, именно до тѣхъ поръ, пока нѣкоторые англійскіе акушеры не обнародовали результатовъ своихъ эмбриотомій, предпринятыхъ при подобныхъ условіяхъ. Такъ какъ они въ этихъ случаяхъ оканчивали роды помощью разъятія плода, то само собою понятно, что извѣстная степень суженія, принимавшаяся до тѣхъ поръ обыкновенно за абсолютное показаніе къ кесарскому сѣченію, въ глазахъ очень многихъ англійскихъ акушеровъ стала считаться показаніемъ условнымъ. Выше мы уже подробно привели мнѣніе на этотъ счетъ *Barnes'a* и отсылаемъ туда читателя, такъ какъ мнѣніе, высказанное *Barnes'омъ*, есть какъ бы *profession de foi* новѣйшаго англійскаго акушерства. Несмотря однако на весь авторитетъ *Barnes'a* и нѣкоторыхъ другихъ представителей англійскаго акушерства, я ни въ какомъ случаѣ не могу согласиться съ этимъ. Защитники эмбриотоміи очевидно имѣютъ главнымъ образомъ въ виду замѣнить одну операцію другой, т. е. кесарское сѣченіе эмбриотоміей или, другими словами, проводятъ параллель между этими двумя операціями. Подобный образъ дѣйствія однако ничѣмъ не оправдывается, такъ какъ въ сущности между этими двумя операціями не существуетъ ни малѣйшей аналогіи. При кесарскомъ сѣченіи дѣло идетъ о спасеніи, если возможно, двухъ жизней, при эмбриотоміи же одна жизнь приносится завѣдомо въ жертву другой. Кромѣ того, — и это самое важное, — кесарское сѣченіе хотя бы замѣнить операціей, которая представляетъ нисколько не болѣе шансовъ для спасенія жизни матери, и къ тому же извѣстно, что результаты эмбриотоміи нерѣдко даютъ

гораздо худшіе результаты, чѣмъ кесарское сѣченіе, предпринимаемое въ надлежащее время и при извѣстныхъ предосторожностяхъ. При этомъ не можемъ не указать еще на одно тоже очень важное, по нашему мнѣнію, обстоятельство: техническія трудности, представляемыя эмбриотоміей при высшихъ степеняхъ суженія таза, до такой степени значительны, что преодоленіе ихъ требуетъ въ высшей степени опытной и искусной руки. Въ виду всего этого намъ кажется совершенно позволительнымъ спросить: къ чему намъ замѣнять кесарское сѣченіе эмбриотоміей, когда послѣдняя, кромѣ трудностей въ производствѣ и жертвуя завѣдомо жизнью младенца, сулитъ нисколько не болѣе шансовъ къ сохраненію даже одной жизни, т. е. матери? На основаніи всего вышесказаннаго мы твердо убѣждены, что принципы новѣйшей англійской акушерской школы относительно кесарскаго сѣченія, едва-ли приобрѣтутъ приверженцевъ изъ числа тѣхъ, которые сколько нибудь вдумывались въ этотъ вопросъ. Если ужъ сдѣлать уступку въ этомъ отношеніи, то можно допустить ее только при мертвомъ плодѣ. *Если же плодъ живъ, то суженія таза меньше 6 сантиметровъ мы должны по необходимости считать абсолютнымъ показаніемъ къ кесарскому сѣченію.*

Условными показаніями разсматриваемой нами операціи служатъ:

1) Суженіе таза, достигающее такой степени, что доношенный младенецъ хотя и можетъ пройти чрезъ его каналъ, но не иначе, какъ уменьшенный въ объемѣ или разъятый на части. При этомъ должно быть принято во вниманіе одно необходимое условіе, а именно, чтобы плодъ былъ живъ, жизнеспособенъ и чтобы предварительно не было прибѣгаемо къ усиленнымъ попыткамъ къ извлеченію его чрезъ естественные родовые пути (щипцы, поворотъ съ извлеченіемъ). Показаніе къ кесарскому сѣченію при подобныхъ условіяхъ потому именно условно, что существуютъ наблюденія, показывающія, что при *суженіяхъ таза отъ 6 до 8 см.* ( $2\frac{1}{4}$ —3") болшею частью приходилось прибѣгать къ кесарскому сѣченію; затѣмъ бывали случаи, въ которыхъ роды, при конъюгатѣ около 8 см., оканчиваемы были благополучно щипцами, поворотомъ на ножки съ послѣдовательнымъ извлеченіемъ и очень рѣдко однѣми силами природы. При подобныхъ обстоятельствахъ требуется опредѣлить не только степень суженія таза, его причину, форму, но и то, имѣемъ-ли мы дѣло съ обще- или частично-суженнымъ тазомъ. Кромѣ того, необходимо опредѣлить, хотя бы приблизительно, величину плода и самымъ точнымъ образомъ — то, что онъ живъ, а также по возможности, что онъ жизнеспособенъ.

Такимъ образомъ, составивъ себѣ возможно точное понятіе объ отношеніи величины плода къ ёмкости таза, слѣдуетъ выжидать раскрытія зѣва и истеченія околоплодныхъ водъ; въ этомъ періодѣ родовъ, если предложитъ головка, точнѣе опредѣляемъ ея положеніе, размѣры и очертаніе, способность конфигурироваться и т. п. и, припавъ въ соображеніе силу родовой дѣятельности матки, приходимъ къ тому или другому заключенію.

Если при подобныхъ обстоятельствахъ, по убѣжденію врачей, роды

не могут окончиться благополучно для матери и для младенца ни сами собою, ни искусственно чрезъ естественные родовые пути, то, по моему убѣжденію, слѣдуетъ рѣшиться на подчревное сѣченіе беременной матки. При частично-суженныхъ тазахъ, и въ особенности при суженіяхъ этой категоріи вслѣдствіе остеомалачіи, показанія къ разбираемой операціи еще болѣе условны и еще болѣе могутъ поставить врача въ затруднительное положеніе по отношенію къ тому, на что рѣшиться. Извѣстно, что при остеомалачіи тазовыя кости представляются мягкими, гибкими, соединенія ихъ до нѣкоторой степени подвижными, и вслѣдствіе этого тазовой каналъ при прохожденіи плода измѣняется и ёмкость его увеличивается до такой степени, что младенецъ рождается силами природы безъ всякаго участія со стороны искусства, иногда даже въ такихъ случаяхъ, когда уже было твердо рѣшено прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію (*Osiander, Tyler-Smith, Müller, Ф. К. Гуненбергер*). По *Weber-Ebenhof*'у разстояніе сближенныхъ сѣдалищныхъ бугровъ можно было увеличить отъ 2''1''' до 3''11''' , а разстояніе горизонтальныхъ вѣтвей лонныхъ костей — отъ 1'' до 2'', копчикъ же — отвести отъ симфиза отъ 2''3''' до 7''3''' . Въ случаѣ *Müller*'а при доношенномъ и хорошо развитомъ плодѣ (вѣсъ 3875 грм.) Conj. diag. суженнаго таза = 2<sup>3</sup>/<sub>4</sub>'' (7 стм.); за вычетомъ 1/<sub>4</sub>'' на клювовидный выступъ лонныхъ костей и 1/2'' для вычисленія С. в. получалось 2<sup>1</sup>/<sub>4</sub>'' (6 стм.) и роды окончены благополучно щипцами. Несмотря на только-что приведенную статистику, не слѣдуетъ однако увлекаться въ этомъ отношеніи, потому что по статистикѣ *Litzmann*'а на 76 женщинъ съ остеомалатическими тазами въ 7 случаяхъ произошелъ разрывъ матки, а 4 умерли, не разрѣшившись. Въ виду всего этого необходимо при рѣшеніи разсматриваемаго вопроста подвергать каждый случай строгому анализу и никакъ не увлекаться одними измѣреніями.

Иногда при суженіи таза отъ 7<sup>3</sup>/<sub>4</sub> до 9 стм. (3 до 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub>'' ) и даже при нормальномъ тазѣ мать можетъ потребовать кесарскаго сѣченія; это можетъ имѣть мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, если предшествовало нѣсколько трудныхъ родовъ, при которыхъ, вслѣдствіе необыкновенной величины плода, роды оканчиваемы были или труднымъ извлеченіемъ щипцами плода, умиравшаго во время операціи, или же когда роды приходилось оканчивать помощью уменьшенія объема плода. При подобныхъ условіяхъ, если время еще не пропущено, то обязанность врача настаивать на производствѣ преждевременныхъ родовъ. На кесарское же сѣченіе здѣсь можно рѣшиться только при настойчивомъ требованіи со стороны роженицы, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ роды могутъ быть всегда окончены нормальнымъ путемъ послѣ уменьшенія объема плода съ меньшимъ вредомъ для матери. Впрочемъ, нужно замѣтить, что врачу въ практикѣ рѣдко будетъ поставлена подобная дилемма, такъ какъ мать, прямо вслѣдствіе присущаго каждому человѣку инстинкта само-сохраненія, всегда предпочитаетъ разъятіе младенца кесарскому сѣченію.

2) *Ракъ матки* нѣкоторые новѣйшіе англійскіе акушеры относятъ почти къ безусловнымъ показаніямъ къ кесарскому сѣченію. Наше мнѣ-

ніе на этотъ счетъ высказано нами на стр. 385. Здѣсь мы прибавимъ только, что *Schroeder* <sup>1)</sup> высказался согласно съ нашимъ мнѣніемъ, что при значительномъ распространеніи рака матки извлеченіе даже уменьшеннаго въ объемѣ плода въ высшей степени опасно для матери и что, жертвуя жизнью плода, мы можемъ только не надолго продлить и безъ того потерянную жизнь матери, а потому въ иодобныхъ случаяхъ мы считаемъ кесарское сѣченіе при живомъ плодѣ законно-показаннымъ. Статистика *Cohnstein*'а <sup>2)</sup> и случаи *Oldham*'а, *Greenhalgh*'а и *Newman*'а служатъ прямымъ подтвержденіемъ нашего мнѣнія.

3) *При различныхъ по мѣсту развитія опухоляхъ, запружающихъ полость таза*, когда онѣ представляются наблюденію акушера въ концѣ беременности и особенно во время родовъ при полной редовой дѣятельности, нужно быть очень осторожнымъ и, прежде чѣмъ рѣшиться на кесарское сѣченіе, необходимо сдѣлать неоднократную попытку вправить опухоль сначала безъ хлороформа, а потомъ при содѣйствіи глубокаго наркоза; если и это не удастся, то нужно прибѣгнуть къ пробаторному проколу опухоли и затѣмъ опять попробовать вправить ее. Какъ бы то ни было, но при условіяхъ, гдѣ распознаваніе опухоли своевременно не было установлено и гдѣ оно во время родовъ не можетъ быть сдѣлано, слѣдуетъ лучше медлить, чѣмъ торопиться, такъ какъ природѣ, а иногда и искусству съ помощью легчайшихъ, чѣмъ кесарское сѣченіе, пособій удастся устранить затрудненія, которыя на первый взглядъ кажутся непреодолимыми (см. стр. 231 и 232).

4) *При беременности двойнями* дозволяется кесарское сѣченіе только при абсолютномъ суженіи таза; при конъюгатѣ же въ 5 см. (2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>) и болѣе роды могутъ быть окончены другими пособиями.

Выше уже было упомянуто о томъ, что въ старину число показаній къ кесарскому сѣченію было весьма значительно. Такъ напр. у *Rousset* въ числѣ показаній находимъ чрезмѣрную величину плода, уродливость его, неправильныя положенія и проч. Оттого-то и случалось, что субъекты, которыхъ при первыхъ родахъ подвергали кесарскому сѣченію, впоследствии разрѣшались безъ всякаго пособия искусства. Такъ дѣло шло до *de la Motte*'а и *Levret*'а, которые стали вооружаться противъ подобной многочисленности показаній къ кесарскому сѣченію и законнымъ (раціональнымъ) показаніемъ считали только одно, а именно—наивысшія степени суженія таза. Такъ какъ пельвиметрія въ то время была еще въ младенчествѣ, то *de la Motte* считалъ позволительнымъ прибѣгать къ кесарскому сѣченію во всѣхъ случаяхъ, гдѣ тазовой каналъ суженъ въ такой степени, *что нельзя провести черезъ него руку*. *Stein* старш. считалъ абсолютнымъ показаніемъ суженіе таза въ 7.5 см. (3<sup>1</sup>/<sub>2</sub>"); граница, установленная *Baudelocque*'омъ, а именно, суженіе таза въ 6.5 см. (2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>"), была принята большинствомъ акушеровъ.

**Уходъ и послѣдовательное леченіе.** Повязка, а равно и перевязка раны дѣлаются строго антисептическія. Обыкновенно повязка оставляется на нѣсколько дней; въ случаѣ же появленія мѣстныхъ воспалительныхъ припадковъ, повязку снимаютъ ранѣе. Необходимо

<sup>1)</sup> *K. Schroeder*. Lehrbuch der Geburtshülfe. Bonn 1884, pag. 361.

<sup>2)</sup> *Cohnstein* Ueber die Complication der Schwangerschaft. Archiv für Gyn. Bd. V, p. 366.

также вышоласкивать матку теплымъ растворомъ сулемы (1 : 3000) или карболовой кислоты (2<sup>0</sup>/о); вышоласкиванія эти повторяются, смотря по надобности, 3—4 раза въ день. Противовоспалительное леченіе назначается сообразно съ характеромъ воспаленія: снаружи кладутъ на животъ пузыри со льдомъ; въ послѣдствіи, когда воспалительные припадки уменьшатся, ледъ можетъ быть замѣненъ согрѣвающимися компрессами; впрочемъ съ этими послѣдними спѣшить нечего, и если больная хорошо переноситъ ледъ, то лучше оставить его на болѣе продолжительное время. Внутри, смотря по обстоятельствамъ, назначаются: сулема, хининъ, кислоты и возбуждающія средства.

Послѣ кесарскаго сѣченія, какъ и послѣ оваріотоміи, оперированныя иногда весьма сильно страдаютъ вслѣдствіе *тошноты, рвоты и болей* въ животѣ.

Случающіяся въ первые часы послѣ операціи, тошнота и рвота бывають нерѣдко послѣдствіемъ хлороформированія и легко устраняются даваемыми внутрь ледяными пилюлями, висмутомъ (3—5 gr. pro dosi), содой, зельтерской водой и, въ крайнемъ случаѣ, наркотическими средствами: *t-ra opii* (по 2—3 капли нѣсколько разъ въ день), хлоральгидратомъ (gr. 10—15 p. d. sub forma suppositorii). Рвота же, появляющаяся на 2-й и 3-й день, есть уже симптомъ воспаленія брюшины и рѣдко уступаетъ вполне вышеперечисленнымъ средствамъ.

Боли вслѣдствіе сдѣланныхъ во время операціи разрѣзовъ постепенно утихаютъ, особенно при мѣстномъ леченіи холодомъ. Если же это оказывается недостаточнымъ, то страданія больныхъ стараемся уменьшить подкожными впрыскиваніями морфія ( $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{8}$  gr.). Этого же можно достигнуть и наркотическими суппозиторіями (съ опіемъ или гидратъ-хлораломъ).

Силы больной поддерживаются лучше всего хорошимъ питаніемъ, и потому молоко (особенно съ прибавленіемъ коньяку или водки), крѣпкій бульонъ, яйца, кофе, легкое вино должны быть предлагаемы съ перваго же дня; еслибы вслѣдствіе упорной рвоты больная была не въ состояніи принимать пищу per os, въ такомъ случаѣ необходимо немедленно прибѣгнуть къ питательнымъ клистирамъ.

При появленіи первыхъ признаковъ начинающагося упадка силъ (предвѣстникомъ котораго бывають неравномѣрность пульса, несоотвѣтственность частоты его съ высотой температуры, охлажденіе конечностей и т. д.), необходимо прибѣгнуть къ возбуждающимъ средствамъ: шампанское, ammonium carbonic. (2—3 gr. p. d.), *t-ra moschi* ( $\mathcal{A}$ — $\mathcal{B}$  p. d. въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній).

Брюшная рана перевязывается съ соблюденіемъ антисептики, смотря по обстоятельствамъ, то рѣже, то чаще. Брюшные швы начинаютъ снимать постепенно на 6—7 день и сначала всегда удаляютъ тѣ изъ нихъ вокругъ которыхъ появляется краснота и раздраженіе покрововъ. До совершеннаго заживленія брюшной раны больная должна безусловно оставаться въ постели, и въ первые дни лежать исключительно на спинѣ, воздерживаясь отъ всякаго напряженія брюшнаго пресса. Для

выведенія мочи необходимо вводитъ катетеръ черезъ каждыя 6—8 часовъ. Съ очищеніемъ кишечнаго канала торопиться не слѣдуетъ и промывательное едва-ли можетъ понадобится ранѣе 5-го дня. Если оперированная родильница крѣпкаго сложенія и заживленіе раны идетъ удовлетворительно, то при избыткѣ молока дозволяется даже кормленіе грудью.

**Предсказаніе.** Никто не станетъ спорить о томъ, что травматизмъ, причиняемый кесарскимъ сѣченіемъ, слишкомъ глубоко потрясаетъ организмъ роженицы; но, съ другой стороны, считать кесарское сѣченіе какою-то ужасною операціею, которая должна быть изгнана изъ науки, едва-ли рationally. Правда, цифра смертности для матерей печальна: она по имѣющимся до сихъ поръ статистическимъ даннымъ <sup>1)</sup> доходитъ почти до 56%; для новорожденныхъ же она равняется 30%. Кромѣ того, противники разсматриваемой операціи еще утверждаютъ, что навѣрно много смертныхъ случаевъ остается неизвѣстными, такъ какъ нѣкоторые неохотно обнародовываютъ случаи, имѣвшіе печальный исходъ. Все это съ перваго взгляда кажется неоспоримымъ, но едва-ли основательно упрекать самую операцію, если она дѣлается у женщины, изнуренной продолжительною болѣзнію во время беременности, какъ это бываетъ, напр., при остеомалаци, ракѣ матки и другихъ злокачественныхъ новообразованіяхъ въ полости таза, а равно у роженицы, истощенной продолжительностью родовъ, маточнымъ кровотеченіемъ, да кромѣ того уже испытавшей травматическія поврежденія вслѣдствіе попытокъ окончить роды другими, болѣе легкими, пособіями искусства. Я согласенъ также, что можетъ быть найдется много неопубликованныхъ случаевъ со смертельнымъ исходомъ, по, съ другой стороны, сколько и такихъ случаевъ, въ которыхъ операція была дѣлаема не во-время, небрежно и не по правиламъ искусства? Развѣ ошибки по отношенію къ технической сторонѣ операціи всегда сообщаются откровенно и безъ утайки? А между тѣмъ, для дѣйствительной, безпристрастной оцѣнки операціи было бы необходимо знать всѣ тѣ случаи, въ которыхъ смерть произошла, напр., отъ ущемленія въ брюшной ранѣ кишки, сальника и т. п.

По *Michaëlis*'у на 258 умерло 140=54,3%.

По *Kayser*'у (De eventu Sect. Caes., Novii. 1841; см. *Wittlenger's* Analecten f. d. Geb. 1849, p. 532) на 341 умерло 214=62,7%, почти 63%.

|                                 |            |             |
|---------------------------------|------------|-------------|
| По <i>Churchill</i> 'ю на . . . | 451 умерло | 211 = 44,5% |
| „ <i>Figuer</i> 'у „ . . .      | 790 „      | 424 = 53,6% |
| „ <i>West</i> 'у „ . . .        | 409 „      | 251 = 61,0% |
| „ <i>Constantin</i> 'у „ . . .  | 135 „      | 55 = 40,8%  |
| „ <i>Murphy</i> „ . . .         | 447 „      | 301 = 63,3% |
| „ <i>Guëniot</i> „ . . .        | 156 „      | 104 = 66,6% |

Статистику послѣднихъ шести авторовъ заимствуемъ у *M. Joulin*'а (Traité complet d'Accouchemens. Paris 1867, p. 1093).

Слѣдовательно общая цифра смертности составляетъ 55,8%.

<sup>1)</sup> *Mayer* (разборъ *Bromel*'я Sulla gastrosterotomia. Napoli 1867). Wiener med. Woch. 1868. № 67; на 1605 оперированныхъ (въ Англіи, Германіи, Франціи, Бельгіи, Италіи, Америкѣ) умерло 867=55%.

По странамъ: въ Америкѣ смертность всего меньше=33%, въ Бельгiи всего больше=63%.

По авторамъ: по *Constantin*'у всего меньше=40,8%.  
по *Kayser*'у=63%.  
по *Gueniot* всего больше=66,6%.

Процентъ смертности послѣ кесарскаго сѣченія у отдѣльныхъ хирурговъ, оперировавшихъ значительное число случаевъ, представляется весьма различнымъ, но вообще даже въ сравнительно недавнее время онъ былъ хуже приведеннаго средняго процента. Такъ у *Stoltz*'а изъ 6 оперированныхъ умерли 2, у *Winckel*'я изъ 15—8, у *Kilian*'а изъ 7—3, у *Simon*'а изъ 23—19; у многихъ операторовъ всѣ случаи оканчивались смертью, напр. у *Seutin*'а—всѣ 14, у *P. Dubois*—всѣ 17, у *Depaul*'я—всѣ 4, у *Künecke*—всѣ 6 и т. д.

Статистика нѣкоторыхъ отдѣльныхъ мѣстностей, въ которыхъ можно было собрать всѣ случаи кесарскаго сѣченія съ исходами, также оказывается неутѣшительною. Такъ по статистикѣ *Fries*'а въ Виттенбергѣ было всего 13 случаевъ кесарскаго сѣченія съ 12 смертельными исходами; въ Касселѣ, по *Dohrn*'у—10 случаевъ съ 9 смерт. исходами и въ Нассау по *Thewald*'у и *Franqué*—22 случая съ 17 смерт. исходами; слѣдовательно изъ 45 операций 38 (85%) окончились смертью <sup>1)</sup>. По статистикѣ *Harris*'а въ Соединенныхъ Штатахъ изъ 120 оперированныхъ умерло 70 (58,3%).

У насъ въ Россiи всѣ случаи кесарскаго сѣченія на живыхъ, за исключенiемъ двукратно произведенной въ Ригѣ на одной и той же женщинѣ операцин (*Зоммеромъ* въ 1796 и *Роде* въ 1810 г.) и однократно *Глишинскимъ* въ Варшавѣ, окончились смертью матерей; для дѣтей же эта операциа была благопріятнѣе: спасено нѣсколько младенцевъ. Кесарское сѣченіе на мертвыхъ не спасло, сколько мнѣ извѣстно, ни одного ребенка. Мнѣ самому дважды привелось сдѣлать кесарское сѣченіе на живыхъ. Обѣ матери умерли. Одинъ младенецъ извлеченъ живымъ и прожилъ нѣсколько лѣтъ.

Дѣлать оцѣнку какой бы то ни было операцин по однимъ голымъ цифрамъ, какъ это въ большинствѣ случаевъ дѣлается, я никакъ не могу считать основательнымъ. Чтобы вывести что-либо положительное изъ статистическихъ данныхъ, нужно имѣть подъ рукою наблюденія, добросовѣстно составленныя, распредѣлить (категоризировать) ихъ надлежащимъ образомъ, смотря по тому, произошла-ли смертъ въ данномъ случаѣ только отъ операцин, или же совмѣстно съ операциею и отъ другихъ неблагопріятныхъ обстоятельствъ. Смотря съ этой точки зрѣнія на имѣющуюся до сихъ поръ статистику кесарскаго сѣченія и принимая во вниманіе примѣненіе антисептики и усовершенствованіе технической стороны, чему не мало способствовала оваріотомія и получающая все болѣе и болѣе гражданства въ наукѣ гистеротомія, нужно надѣяться, что взглядъ на разсматриваемую нами операцию вскорѣ измѣнится и результаты ея будутъ благопріятнѣе.

Технику разсматриваемой операцин многіе акушеры считаютъ легкою; это отчасти и справедливо: на живой женщинѣ операциа можетъ быть окончена въ теченіи 10 минутъ. Но сколько зато требуется напряженнаго вниманія, ловкости и акуратности, а кто дѣлаетъ ее въ первый разъ, — то и присутствія духа!

Статистика смертности дѣтей тоже ничего не доказываетъ, потому что въ число умершихъ попали и тѣ случаи, въ которыхъ сердцебіенія до операцин не было или оно уже было неправильно, ссылаться же на

<sup>1)</sup> *Charpentier*. Traité pratique des accouchem. Paris 1883. Т. II, p. 749.



то, что дѣти умирають въ послѣдствіи, не обращая вниманія на обстановку и жизненные условія, — нераціонально.

Плодъ съ яснымъ сердцебіеніемъ, жизнеспособность котораго не подорвана продолжительностью потужной дѣятельности матки или попытками окончить роды помощью другихъ оперативныхъ пособій, рѣдко можетъ умереть во время операціи.

Нельзя не упомянуть здѣсь о счастливыхъ исходахъ кесарскаго сѣченія, произведеннаго по нѣскольку разъ (до 4-хъ) на одной и той же женщинѣ, которые какъ будто говорятъ въ пользу того, что предсказаніе при повторномъ кесарскомъ сѣченіи благоприятно.

Операція эта была произведена съ успѣхомъ нѣсколько разъ надъ одной и той же женщиной: 4 раза *Michaelis*'омъ у извѣстной *Adametz* <sup>1)</sup>, столько же разъ *Oettler*'омъ въ Грейцѣ у рахитической швен <sup>2)</sup>, въ *Revue thérapeutique* (15 Sept. 1870) сообщенъ подобный же случай <sup>3)</sup>; по 3 раза: *Kilian* (отецъ) у *Charrubel* <sup>4)</sup>; *Le Maistre* у *Faure*, *Balber* у *Mautz*; *Winckel* у *Sieper* <sup>5)</sup> и *Merrinas* <sup>6)</sup>; по 2 раза: *Kilian*, *Mayer* (въ Боннѣ), *Hubertin*, *Engeltrum*, *Rhode* и *Sommer*, *Wiedemann*, *Daristè* (sen.), *Rouwin*, *Mascart*, *Mestenhauer*, *Bowen*, *Barjavel*, *Stoltz*, *Pagenstecher*, *Veit* и др.

**III. Подчревное сѣченіе беременной матки съ послѣдовательнымъ вырѣзываніемъ ея вмѣстѣ съ придатками.** Кесарское сѣченіе по способу Porro. Oophoro-hysterectomia caesarea. Amputatio utero-ovarica (Porro). Ovaro-hysterectomia caesarea (Negri). Gastro-hysterectomia (Isaac E. Taylor).

**Историческія замѣчанія.** Идея о томъ, что послѣ удаленія беременной матки вмѣстѣ съ ея содержимымъ можно ожидать выздоровленія, впервые высказана была въ Италіи докторомъ *Giuseppe Cavallini*, который въ 1768 г. издалъ во Флоренціи сочиненіе подъ заглавіемъ: „Медико-хирургическіе опыты вырѣзыванія матки у нѣкоторыхъ животныхъ“ и т. д. <sup>7)</sup> Въ сочиненіи этомъ онъ описываетъ нѣсколько опытовъ, произведенныхъ имъ на собакахъ и овцахъ, въ томъ числѣ одинъ опытъ на сукаѣ, у которой онъ удалилъ матку, содержащую девять щенковъ. Несмотря на то, что животное это погибло на 4-й день отъ внутренняго кровотеченія изъ недостаточно тщательно перевязанныхъ сосудовъ (*vasa ad uterum pergentia*), *Cavallini* все-таки высказалъ убѣжденіе, что матка не составляетъ органа безусловно необходимаго для жизни, и выразилъ надежду, что современемъ операцію эту можно будетъ производить надъ женщинами. Докторъ *G. Michaelis* въ Марбургѣ въ краткой замѣткѣ по поводу одного случая кесарскаго сѣченія, помѣщенной имъ въ журналѣ *Siebold*'а „*Lucina*“ за 1809 г., говоритъ, что еслибы по незнанію или по ошибкѣ матка была совсѣмъ удалена, то реакція со стороны организма была бы значительно меньше, чѣмъ послѣ кесарскаго сѣченія, и прибавляетъ: „Въ самомъ дѣлѣ, это еще вопросъ, не было ли бы кесарское сѣченіе менѣе опасно, еслибы за нимъ слѣдовало удаленіе всей матки,—органа, который въ сущности при подобныхъ условіяхъ (какъ тѣ, которыя требуютъ именно кесарскаго сѣченія) не только не нуженъ, но даже вреденъ“. Докторъ *J. Blundell* въ лекціяхъ, читанныхъ въ *Guys's Hospital* въ Лондонѣ въ 1828 г. <sup>8)</sup>, высказываетъ убѣжденіе, что опасность кесар-

<sup>1)</sup> Neue Zeitschrift f. Geb. Bd. 5, p. 1. <sup>2)</sup> Monatsschrift f. Geb. Bd. 34, p. 441.

<sup>3)</sup> *Шредеръ*. Акушерство. Спб. 1876, p. 299. <sup>4)</sup> Die operative Geburtshülfe. Bonn 1849. Bd. 1, p. 765. <sup>5)</sup> Mon. f. Geb. u. Fr. Bd. 9, p. 298. <sup>6)</sup> Ibid. Bd. 10, p. 379.

<sup>7)</sup> Tentamina medico-chirurgica de felice in quibusdam animantibus uteri extractione, auctore Josepho Cavallino, in Regno Florentino nosocomio Chirurgiae clinicae magistro atque historiographo. Florentiae 1768. <sup>8)</sup> Lancet 1828, Vol. II, p. 167.

скаго сѣченія можетъ быть значительно уменьшена полнымъ удаленіемъ матки. „Быть можетъ“, — говоритъ онъ, — „такой способъ операціи окажется блестящимъ усовершенствованіемъ ея“. Кромѣ того, д-ръ *Blundell* предлагалъ перерѣзывать послѣ кесарскаго сѣченія Фаллопиевы трубы съ цѣлью предотвратить новое зачатіе. Изъ 4-хъ кроликовъ, у которыхъ *Blundell* произвелъ вырѣзываніе матки, три выжили, четвертый же погибъ отъ соскользнувшей лигатуры.

Затѣмъ опыты надъ вырѣзываніемъ беременной матки у животныхъ производили: д-ръ *Feser* въ 1862 г., *Fogliata* <sup>1)</sup> въ Пизѣ, *Porro* въ Павіи и одинъ изъ моихъ талантливыхъ учениковъ д-ръ *G. E. Рейнъ* <sup>2)</sup> въ Спб. (нынѣ профессоръ въ Кіевѣ). Опыты д-ра *Рейна* состояли въ томъ, что онъ вслѣдъ за вскрытіемъ брюшной полости у кошекъ и кроликовъ перевязывалъ беременную матку въ надвлагалищной ея части, быстро вскрывалъ матку, извлекалъ дѣтенышей и вслѣдъ за этимъ вырѣзывалъ уже самую матку. При этомъ во всѣхъ случаяхъ ему удавалось извлекать дѣтенышей живыми. Нѣкоторые изъ этихъ опытовъ были произведены въ моемъ присутствіи. Д-ръ *Рейнъ* на основаніи благоприятныхъ результатовъ, полученныхъ имъ во многихъ случаяхъ, и исходя изъ того соображенія, что операція эта можетъ быть примѣнена къ человѣку, пришелъ къ заключенію, что а ргіогі вырѣзываніе беременной матки должно имѣть преимущество передъ классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ по слѣдующимъ тремъ причинамъ:

1) кровотеченіе можетъ быть совершенно устранено предварительнымъ перевязаніемъ маточной шейки и широкихъ связокъ;

2) въ брюшной полости послѣ операціи не остается раненаго органа, долженствующаго подвергнуться процессу обратнаго развитія; и наконецъ

3) полное удаленіе матки устраняетъ возможность зачатія и тѣмъ самымъ избавляетъ оперированную женщину отъ опасности, связанной съ новою беременностью.

Въ 1869 году, въ первый разъ, случайно произведено было вырѣзываніе беременной матки на живой женщинѣ д-ромъ *Horatio Storer* <sup>3)</sup> въ Бостонѣ. Онъ, производя кесарское сѣченіе, по причинѣ запруженія тазовой полости фиброміомами матки, не могъ никакимъ способомъ остановить кровотеченіе изъ маточной раны и, какъ на крайнее средство, рѣшился на удаленіе матки. Несмотря на то, что больная находилась въ родахъ трое сутокъ, она все-таки прожила 68 часовъ послѣ операціи.

Первая напередъ обдуманная и рѣшенная ампутація матки и яичниковъ, въ связи съ кесарскимъ сѣченіемъ, произведена у женщины профес. *Ed. Porro* въ Павіи (нынѣ профес. въ Миланѣ) 21-го мая 1876 года <sup>4)</sup>.

Операція увѣнчалась полнымъ успѣхомъ: мать и младенецъ были спасены, что заставило обратить серьезное вниманіе на эту операцію, какъ на замѣну классическаго кесарскаго сѣченія. Въ томъ же году появился мемуаръ *Porro*: „Della Amputazione utero-ovarica come complemento di taglio Caesareo“; съ этого времени операція приобрѣла широкую извѣстность подъ именемъ „*operazione Porro*“. Вскорѣ затѣмъ она была произведена два раза въ Италіи и одинъ разъ въ Германіи, но со смертельными исходами для матерей. Наконецъ въ іюнь 1877 г. произведена была удачная операція по способу *Porro* въ вѣнскомъ родильномъ домѣ профес. *Spaeth* <sup>5)</sup> и съ тѣхъ поръ она производилась относительно довольно часто.

*Статистика операцій Porro*. Въ виду того, что при дальнѣйшемъ изложеніи операціи *Porro* и при описаніи различныхъ видоизмѣненій нѣкоторыхъ деталей въ производствѣ ея придется сослаться на результаты, достигнутые при томъ или другомъ способѣ, привожу здѣсь статистику этой операціи, собранную д-ромъ *Cl. Godson* <sup>5)</sup>,

1) Contribuzione allo Studio della Amputazione dell'Utero negli Animali Domestici. Osservazione Cliniche e Sperimenti fatti nella Scuola Zootattica della R. Università d Pisa.

2) Медицинскій Вѣстникъ 1876 г., № 44.

3) Journal of the Gynecological Society of Boston. Vol. I, p. 223.

4) Небезынтересно, что *Porro* не очень смѣло приступалъ къ своей операціи, опасаясь обвиненій чисто этическаго свойства, именно въ томъ, что онъ „изуродуетъ“ женщину, и потому испросилъ предварительное благословеніе епископа павійскаго.

5) *Cl. Godson*. Porro's Operation. The British medical Journal 1884, № 1204, pp.

как самую полную. При этомъ считаю необходимымъ замѣтить, что *Godson* всѣ случаи удаленія беременной матки вполнѣ рационально раздѣляетъ на 3 категоріи: 1) истинная операція *Porro*, подъ которою онъ подразумѣваетъ кесарское сѣченіе, сопровождающееся удаленіемъ матки вмѣстѣ съ ея придатками, не исключая и яичниковъ, и съ оставленіемъ только цервикальной части ея; 2) удаленіе матки и яичниковъ, предпринимаемое въ такомъ срокѣ беременности, когда плодъ нежизнеспособенъ, и 3) операція, предпринимаемая для удаленія плода изъ брюшной полости путемъ лапаротоміи, сопровождающейся удаленіемъ разорвавшейся матки и яичниковъ.

По статистикѣ *Godson'a*, доведенной до конца 1884 г., число истинныхъ операцій *Porro*, со включеніемъ одного (5-го) случая проф. *Breisky* и трехъ операцій, произведенныхъ въ Россіи (1 — въ Казани въ 1881 г.; 1 — въ Харьковѣ въ 1882 г.; 1 — въ Одессѣ въ 1884 г.), достигаетъ въ настоящее время 156. Число это можно считать почти совершенно вѣрнымъ. такъ какъ *Godson*, при собираніи статистическихъ данныхъ, не ограничился существующими отчетами, напр. *Harris'a* <sup>1)</sup>, и случаями, разсѣянными въ періодической прессѣ, но обращался къ каждому оператору въ отдѣльности и во всѣ клиники и родильные дома, относительно которыхъ можно было полагать, что эта операція въ нихъ производилась. По его статистикѣ всего болѣе произведено операцій *Porro* въ Италіи, — 56 разъ, со смертностью матерей 57% и дѣтей 16%; затѣмъ въ Австріи—33 раза, со смертностью матерей 39,3% и дѣтей 6% въ Германіи—28 разъ, со смертностью матерей 57% и дѣтей 25%; во Франціи—15 разъ, со смертностью матерей 66,6% и дѣтей 33,3%. И наконецъ въ Великобританіи—9 разъ, со смертностью матерей 88,8% и дѣтей 33,3%. Включивъ сюда единичные случаи операцій, произведенныхъ въ другихъ странахъ, получится число всѣхъ произведенныхъ до 1885 г.—156; средний процентъ смертности для матерей—56, и для дѣтей—18,4. Самые благоприятные результаты какъ для матерей, такъ и для дѣтей получены въ Австріи и преимущественно въ Прагѣ у профес. *Breisky*. Въ Италіи и Австріи было по одному случаю двойней, родившихся живыми.

*Показаніями* къ операціи въ этихъ 156 случаяхъ служили: въ 100 случаяхъ — рахитъ; въ 30—остеомалачія; въ 8—фиброиды матки, въ 4-хъ — *pelvis sana*; въ 3-хъ — *atresia vaginae*; въ 3-хъ—in *extremis*; въ 2-хъ—*osteosarcoma pelvis*; въ 1-мъ—Робертсовскій тазъ; въ 1-мъ—тазъ, обезображенный въ дѣтствѣ переломомъ костей (колесомъ телеги); въ 1-мъ *arthritis deformans*; въ 1-мъ—ракъ маточной шейки; въ 1-мъ—дермоидная опухоль въ тазу; и наконецъ въ 1-мъ—частичный разрывъ матки. (Итого 156).

*Причиной смертельнаго исхода* операціи показаны: въ 25-ти случаяхъ септический перитонитъ; въ 11 — *septicaemia*; въ 21—*peritonitis*; въ 16-ти—*shock*; въ 3-хъ—*tetanus*; въ 2-хъ — вторичное кровотеченіе; въ 2-хъ — *pneumonia et bronchitis* (существовавши до операціи); въ 1-мъ—кровотеченіе (первичное) изъ ножки; въ 1-мъ—ущемленіе кишки; въ 1-мъ — *embolia* (какъ послѣдствіе *phlegmasia dolens*); въ 1-мъ—заворотъ брыжейки съ послѣдовательнымъ кишечнымъ кровотеченіемъ; въ 1-мъ—потеря крови и отравленіе карболовою кислотою; въ 1-мъ — ретракція ножки; въ 1-мъ анемія, и наконецъ въ одномъ—анемія мозга. (Итого 88).

Ножка была опущена въ брюшную полость (внутрибрюшинный способъ) въ 14-ти случаяхъ; изъ нихъ въ 4-хъ послѣдовало выздоровленіе и въ 10-ти—смертельный исходъ; въ 142 случаяхъ ножка была выведена наружу (въбрюшинный способъ); изъ этихъ послѣднихъ выздоровѣли 64, умерли 78.

Въ Россіи истинная операція *Porro* произведена, насколько мнѣ извѣстно, 4 раза. Первая операція *Porro* произведена д-ромъ *Фицкимъ* <sup>2)</sup> въ Варшавѣ 21-го октября 1880 г. у женщины 27 лѣтъ, рожавшей въ 1-ый разъ съ рахитическимъ тазомъ (*K*—2", т. е. 5 см.); роды до операціи продолжались уже трое сутокъ. Операція произведена подъ *spina* и продолжалась 45 мин. Младенецъ извлеченъ живымъ. Ножка была захвачена въ *serre-pouce* *Cintrat*, затѣмъ наложена лигатуровская повязка. Опериро-

142—159 и 1885 г. № 1255 (*Porro's operation: supplement*), pp. 120—121. Сообщение на 51 съѣздѣ англійскихъ врачей (*British Medical Association*).

<sup>1)</sup> *American Journal of medical Sciences* 1880.

<sup>2)</sup> *Operacja cięcia cesarskiego sposobem Porro. Pam. Tow. lek. Warsz. 1880.*

ванная чувствовала себя хорошо до 4-го дня; на 5-й день внезапно появился оритотонус, и чрезъ нѣсколько часовъ послѣдовала смерть. При вскрытіи найденъ ограниченный гнойный перитонитъ.

*Вторая операція Porro* произведена въ клиникѣ проф. В. М. Флоринскаго д-ромъ Боголюбовымъ у женщины 30 л., рожавшей въ 7-й разъ, и описана д-ромъ И. Львовымъ<sup>1)</sup>. Показаніемъ къ операціи послужили сильныя остеомататическія измѣненія таза (Conj. diag. 9.5, d. transvers. exitus 5.0, между сближенными частями на границѣ нисходящихъ вѣтвей лонныхъ и восходящихъ сѣдалищныхъ костей—2.5 стм.). До операціи больная находилась въ родахъ болѣе 3-хъ сутокъ (75½ ч.) и около сутокъ безъ воды; отдѣленіе изъ полости матки имѣло видъ мясныхъ помоевъ съ гнилымъ запахомъ. Операція продолжалась 2½ часа. Послѣ разрѣза брюшной стѣнки, въ полости живота найденъ свѣжій серозно-фибринозный выпотъ. Попытка вывести матку наружу чрезъ разрѣзъ безъ вскрытія ея (по способу Рейна) не удалась, поэтому она вскрыта in situ. Ножка вшита въ нижній уголокъ раны. Для обеззараживанія ножки на нее наложенъ былъ мѣшокъ съ гипсомъ, пропитаннымъ дегтемъ (Gipsteer—Müller'a), и затѣмъ сверху карболованна вата. Больная прожила послѣ операціи 1½ сутокъ и умерла отъ септического перитонита.

*Третья операція Porro* произведена д-ромъ П. Ясинскимъ<sup>2)</sup> 2-го ноября 1882 г. у primipara 24-хъ лѣтъ съ рахитическими измѣненіями позвоночника (Cyrho-scoliosis lumbalis) и таза (K—8 стм., d. rectus exitus—6.5, d. transv. exitus, между сѣдалищными буграми,—6 стм.). Операція начата спустя 2 часа отъ начала родовъ и продолжалась 1½ часа. Листеровская повязка. Больная умерла на 4-й день при явленіяхъ упадка силъ. При вскрытіи найденъ перитонитъ (не въ рѣзкой формѣ) и заворотъ брыжейки съ послѣдательнымъ кишечнымъ кровотеченіемъ (?). Послѣднему обстоятельству авторъ приписываетъ главнымъ образомъ летальную исходъ операціи.

*Четвертый случай* еще неописанный. Операція произведена д-ромъ Ракуза въ Одессѣ въ 1884 г. Объ этомъ случаѣ мнѣ лично сообщилъ проф. Рейнъ, видѣвшій больную выздоровѣвшею отъ операціи. Показаніемъ служила остеосаркома таза и бедра. Культи матки была укрѣплена снаружи.

Для полноты статистики операцій удаленія беременной матки, совместно съ ея придатками изъ брюшной полости, считаю необходимымъ упомянуть, что въ литературѣ описано 10 случаевъ, въ которыхъ при фиброміомахъ матки предпринята была гистеротомія, во время производства которой оказалось, что въ полости матки находились нежизнеспособные плоды (на 9-й до 26-й недѣляхъ беременности). По техникѣ, операціи эти близко подходятъ къ операціи *Porro*, рѣзко отличаея отъ нея по сроку беременности, въ которомъ производилась операція, и по тому, что операція въ этихъ случаяхъ предпринималась совсѣмъ съ другою цѣлю; беременность же большею частью вовсе не была распознана. Изъ этихъ 10-ти случаевъ 6 выздоровѣли и 4 умерли.

Затѣмъ извѣстны еще 7 случаевъ, въ которыхъ послѣ разрыва матки sub partu, для удаленія плода изъ брюшной полости, предпринята была лапаротомія съ послѣдующимъ удаленіемъ разорвавшейся матки совместно съ яичниками. Во всѣхъ этихъ случаяхъ (кромъ одного) операція предпринималась въ такое время, когда роженницы находились въ самомъ безнадежномъ состояніи (in extremis) и плодъ былъ уже мертвъ. Всѣ операціи окончились смертью матерей большею частью въ теченіи первыхъ двухъ сутокъ. Первая такого рода операція произведена 22-го ноября 1878 г. д-ромъ Оскарромъ Прево въ Москвѣ<sup>3)</sup> у женщины 33 лѣтъ, рожавшей въ 5-й разъ, спустя 10 час. послѣ разрыва матки, при явленіяхъ начинавшагося уже перитонита. Операція произведена подъ тимоловымъ srgau и продолжалась 45 мин. Ножка была перевязана шелковою лигатурою и захвачена serre-noeud Péan'a. Листеровская повязка. Послѣ операціи частыя кровотечения изъ ножки. Оперированная прожила до 5-го дня.

Наконецъ остается еще упомянуть о 5-ти случаяхъ удаленія беременной матки,

1) Врачъ 1881, № 35, стр. 579 и слѣд.

2) Кесарское сѣченіе по способу Порро. Харьковъ 1885 г.

3) American Journal of Obstetr. October 1880.

изъ которыхъ одинъ случай *Storer'a* упомянуть былъ выше; изъ остальныхъ же случаевъ *Sänger'a* <sup>1)</sup> въ Лейпцигѣ относится къ маткѣ, пораженной фиброміомою, и два случая (*C. Th. Litzmann'a* <sup>2)</sup> въ Килѣ и *Salin'a* <sup>3)</sup> въ Стокгольмѣ) относятся къ двойной и двурогой маткѣ, причѣмъ во всѣхъ трехъ случаяхъ операція предпринята была, спустя 2½—5 мѣсяцевъ послѣ окончанія срока беременности для удаленія плода вмѣстѣ съ маткою и яичниками. Изъ этихъ трехъ случаевъ два (*Salin'a* и *Sänger'a*) окончились выздоровленіемъ. Въ пятомъ случаѣ <sup>4)</sup> предполагалась трубнояичниковая беременность на 8-мъ мѣсяцѣ, не подтвердившаяся при операціи, и больная умерла на 2-й день отъ перитонита.

Въ заключеніе не могу не указать на то, что успѣшные результаты овариотоміи, гистеротоміи и вообще операцій въ полости брюшины немало благоприятствовали развитію операціи *Porro*; опыты же на животныхъ, произведенные нѣкоторыми врачами, и особенно проф. *Рейномъ*, на строго научныхъ началахъ и съ опредѣленною цѣлью, положили прочное основаніе техники этой операціи, такъ что она въ настоящее время уже не составляетъ рѣдкаго явленія. Не подлежитъ сомнѣнію, что въ будущемъ нужно ожидать отъ операціи *Porro* несравненно болѣе благоприятныхъ результатовъ, чѣмъ отъ классическаго кесарскаго сѣченія.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

G. Braun. Wien. med. Wochenschr. 1879, № 12—16. E. Braun. Centralbl. f. Gynæk. 1882, № 25. C. Braun. Wien. med. Wochenschr. 1883, № 45—46. Breisky Arch. f. Gynæk. Bd. IV. Breisky. Centralbl. f. Gynæk. 1881, № 10. Breisky. Allg. Wien. med. Z. 1882, № 28. Burckhardt. Diss. inaug. Halle 1879. Bayer. Arch. f. Gynæk. Bd. XVIII. Breus. Sitz. d. Geselsch. d. Aerzte in Wien, 28 Jan. 1881. Brambilla. Turin 1880. Bompiani. Ann. di ostetr. etc. 1881. Barsotti. L'imparziale 1883, № 6. Cohnstein. Centralbl. f. Gynæk. 1881, № 12. Carafi. Progrès méd. 1882, № 33. Cuzzi. Ann. di ostetr. 1883. De-jace. Prec. verb. d. l'acad. roy. d. méd. d. Belg. 1882. De-jace. Bull. d. l'acad. d. méd. d. Belg. 1882, T. XVI. Denarié-Foschier. Arch. d. tocolog. 1883. Denaré. Lyon méd. 1883. Denariés. Lyon méd. 1883. Eustache, см. зазд. 6-ой секціи интернац. конгр. въ Лондонѣ 1881 г. Ehrendörfer. Arch. f. Gynæk. Bd. XX. Foschier. Lyon méd. 1879. Fischel. Prag. med. Wochenschr. 1883. Fehling. Arch. f. Gynæk. Bd. XX. Fehling. Centralbl. f. Gynæk. 1884, № 2. Fehling. Samml. klin. Vortr. № 248. Grigg. New-Jork. med. record. 1882. Godson. Brit. med. Journ. 1884. Imbert de la Touche. De l'amputation utero-ovarique. Paris 1878. Harris. Am. J. of med. sc. 1880. Harris. Am. J. of obstetr. 1881. Harris. The Am. J. of the med. sc. 1882. Halbertsma. Weckblad v. h. Nederl. Tydschr. voor Geneesk. 1880. Heusner. Centralbl. f. Gynæk. 1883, № 42. Heilbrunn. Ibid. 1885, № 1. Ingerslew. Hosp. Tidende 1880. Kabierske. jun. Centrbl. f. Gynæk. 1883, № 18—19. King. Am. J. of obstetr. 1884. Levy. Kopenhagen 1880. Levy. Wien. klinik. 1880. Levis. Centralbl. f. Gynæk. 1881, № 9. Lumpe. Arch. f. Gynæk. Bd. XXIII. Lucas-Championnière. Gaz. méd. d. Paris 1882. Maygrier. Paris 1881. P. Müller. Festschrift. Berlin. 1882. Mangiagalli. Ann. di ostetr. etc. 1883. Mangiagalli. Milano 1884. Menzel. Centrbl. f. Gynæk. 1885, № 15. Negri. Ann. di ostetr. etc. 1881. Negri. Ibid. 1882. Nerazini. Comment. clin. di Pisa 1877. Nicolini. Ann. univ. di med. etc. 1881. Porro. Della amputazione utero-ovarica etc. Milano 1876. Pawlik. W. med. Wochenschr. 1879. Pinard. Ann. d. Gyn. 1879. и 1880. Peruzzi. Il Raccoglitore 1880. Prochownick. D. med. Wochenschr. 1882. Rein (Спб.). Ann. d.

<sup>1)</sup> Centralbl. f. Gynæk. 1882.

<sup>2)</sup> Retention einer ausgetragenen Frucht in dem unvollkommenentwickelten Horne eines uterus bicornis, von dr. Werth. Archiv. f. Gynaek. Bd. XVII, Hft. 2.

<sup>3)</sup> Kaiserschnitt nach Porro. Uterus duplex. Centrbl. f. Gynaek. 1881, № 9. (Hygiea 1881, № 3).

<sup>4)</sup> An unpremeditated Porro's operation. Brit. Med. Journ. 27 Aug. 1881.

Gyn. 1881. Рейнъ. Мед. Вѣстникъ 1876, № 44. Рейнъ. Проток. засѣд. общ. русск. вр. въ Спб. 16 окт. 1876 г. Рейнъ. Ежедневная клиническая газета 1881 г., №№ 14—18. Richardson. Am. J. of the med. sc. 1881. Rumpel. Centrbl. f. Gynæk. 1883, № 11. Späth. W. med. Wochenschr. 1878. Schlemmer. Stuttgart 1881. Sp. Wells. Brit. Med. Journ. 1881. Sänger. Leipzig 1882. Simpson. Brit. med. Journ. 1881. Simpson, Edinb. med. Journ. 1884. Schmalfuss. Centrbl. f. Gynæk. 1884, № 14. Tibone. Arch. d. tocol. 1879. Veit. Z. f. Gebkd. u. Gynæk. Bd. V. Wasseige. Bull. d. Acad. d. méd. d. Belge. T. XII. Wasseige. Acad. roy. d. med. d. Belg. 1880. Werth. Arch. f. Gynæk. Bd. XVIII. Werth. Ibid. Bd. XVIII. Weber. Allg. W. med. Z. 1883. Zweifel. Arch. f. Gynæk. Bd. VII.

**Определение и цѣль операціи.** Операціей *Porro* называется видъ кесарскаго сѣченія, при которомъ, кромѣ извлеченія плода, вырѣзывается еще и матка съ яичниками. Цѣль этой операціи та же, что и классическаго кесарскаго сѣченія, съ тою только разницею, что удаленіе матки уменьшаетъ опасность для матери какъ во время операціи, такъ и послѣ нея. Во время операціи представляется возможность устранить кровотеченіе, послѣ же операціи предотвращается просачиваніе послѣ родовыхъ отдѣленій въ полость брюшины и кромѣ того предупреждается возможность забеременѣть вновь.

**Показанія.** Въ настоящее время, въ виду малочисленности фактовъ, нѣтъ возможности строго разграничить показанія, при какихъ именно обстоятельствахъ слѣдуетъ предпочесть тотъ или другой видъ кесарскаго сѣченія. Поэтому показанія для операціи *Porro* покуда почти тѣ же, что и для классическаго кесарскаго сѣченія, за исключеніемъ случаевъ смерти роженицы, въ которыхъ операція можетъ быть произведена по классическому способу.

Изъ приведенной выше статистики видно, что всего чаще показаніемъ къ операціи *Porro* служили значительныя степени суженія таза подъ вліяніемъ рахита и остеомаляции, затѣмъ множественныя фиброміомы матки и зарощеніе рукава.

**Выборъ времени** для производства операціи, безъ сомнѣнія, и при этомъ видѣ кесарскаго сѣченія имѣетъ большое вліяніе на исходъ ея; больше всего шансовъ на благопріятный исходъ операціи будетъ въ томъ случаѣ, если она производится въ концѣ беременности или въ самомъ началѣ родовъ, когда больная не истощена еще родовымъ актомъ. Кромѣ того, при сказанномъ условіи операція можетъ быть лучше обставлена въ отношеніи помѣщенія, помощниковъ и т. д.

Что же касается *притовленій* къ операціи *Porro*, то они тѣ же, что и при классическомъ кесарскомъ сѣченіи.

**Производство операціи.** Когда больная захлороформирована и положена на операціонный столъ, и брюшныя покровы ея дезинфицированы, то приступаютъ къ операціи.

**1-й моментъ. Вскрытіе брюшной полости** ничѣмъ не отличается отъ вскрытія ея при классическомъ способѣ кесарскаго сѣченія (см. стр. 578), за исключеніемъ того, что если при слѣдующемъ моментѣ

предполагается, не вскрывая матки, извлечь ее из брюшной раны (способъ *Müller'a*), то разръзъ долженъ быть сдѣланъ нѣсколько длиннѣе, т. е. онъ долженъ быть продолженъ на 2 поперечныхъ пальца выше пупка.

*2-й моментъ.* Вскрытіе матки и плоднаго яйца производится или а) *in situ*, какъ при классическомъ способѣ кесарскаго сѣченія, или же б) матка предварительно извлекается изъ брюшной полости и затѣмъ уже вскрывается.

При вскрытіи матки по первому способу въ общемъ должно придерживаться правилъ, изложенныхъ при кесарскомъ сѣченіи (стр. 581), хотя при операциіи *Porro* не требуется, чтобъ разръзъ точно приходился по срединной линіи матки, а равно менѣе обращается вниманія на отношеніе нижняго угла маточнаго и брюшнаго разръзовъ. Вслѣдствіе этого разръзъ маточной стѣнки, даже *in situ*, при описываемой операциіи можетъ быть произведенъ нѣсколько быстрѣе.

Второй способъ извѣстенъ подъ именемъ *Müller'овскаго*. *Peter Müller*<sup>1)</sup> при первой своей операциіи, произведенной 4-го февраля 1878 г., примѣнилъ способъ, по которому д-ръ *Рейнъ* производилъ свои эксперименты на животныхъ, т. е. онъ извлекъ матку изъ полости живота и, не вскрывая ее, стянулъ надвлагалищную часть маточной шейки эластическою лигатурою для того, чтобы избѣжать какъ кровотеченія, такъ и излітія околоплодной жидкости въ полость брюшины, что въ его случаѣ имѣло особенно важное значеніе, такъ какъ плодъ былъ гнилой, а у роженицы существовалъ гнилостный эндометритъ. Несмотря на то, что операциія была предпринята при крайне неблагоприятныхъ условіяхъ, а именно, роженица была истощена, роды были запущены и протекали, какъ только что упомянуто, съ полною картиною септического эндометрита, тѣмъ не менѣе оперированная выздоровѣла и довольно скоро. Изъ только-что сказаннаго видно, что этотъ способъ ничѣмъ не отличается отъ способа *Рейна*, кромѣ замѣны обыкновенной лигатуры эластическою. Въ виду этого правильнѣе будетъ называть этотъ способъ *Рейнъ-Müller'овскимъ*.

Извлечение невскрытой матки черезъ разръзъ брюшной стѣнки, если онъ только достаточно длиненъ, не представляетъ затрудненій при обычной у такихъ роженицъ обвислости живота и истонченіи передней брюшной стѣнки, вслѣдствіе чего матка сама собою выпячивается изъ раны, въ особенности, если нажимать на края послѣдней. Въ случаѣ же затрудненія при извлеченіи матки, можно повернуть ее немного вокругъ продольной оси, такъ чтобы въ просвѣтъ раны вставился тотъ или другой бокъ ея. Вслѣдъ за извлеченіемъ матки наружу, между заднею поверхностью ея и брюшною раною помѣщается или теплая влажная губка, или теплая же салфетка (то и другое должны быть предварительно дезинфицированы) для того, чтобы закрыть брюшную рану и

---

<sup>1)</sup> *P. Müller*. Ein Kaiserschnitt mit Extirpation des Uterus. Centrbl. f. Gynaek. 1878, № 5.



предупредить выпаденіе кишекъ и сальника. Еслибъ послѣдніе все-таки выпали, то они вправляются и удерживаются помощникомъ.

Если матка вскрывается *in situ*, т. е. раньше стягиванія нижняго отрѣзка ея эластическою лигатурою или жомомъ, то во избѣжаніе сильнаго кровотеченія, появляющагося въ случаѣ вскрытія матки въ области прикрѣпленія дѣтскаго мѣста, совѣтовали, а нѣкоторые и до сихъ поръ совѣтуютъ еще, прежде нежели приступить къ операціи, произвести тщательное выслушиваніе живота для того, чтобы, руководствуясь маточнымъ шумомъ, опредѣлить положеніе дѣтскаго мѣста. Къ сожалѣнію практика не подтверждаетъ этого.

*Godson*, на основаніи одного своего случая, говоритъ, что интенсивный синебагровый цвѣтъ видимой части матки можетъ служить вѣрнымъ указаніемъ мѣста прикрѣпленія плаценты, и въ случаѣ прикрѣпленія ея къ передней стѣнкѣ, совѣтуетъ вскрывать (даже разрывать пальцами) матку надъ внутреннимъ звѣномъ въ поперечномъ направленіи. Но, спрашивается, какая же требуется отъ оператора опытность, чтобы умѣть отличить мѣсто прикрѣпленія плаценты по незначительному измѣненію оттѣнка цвѣта? *Halbertsma* для того, чтобы обойти ножомъ мѣсто прикрѣпленія плаценты, совѣтовалъ сначала опредѣлить его пробнымъ проколомъ, а *Cohnstein* предлагаетъ вскрывать матку по задней поверхности ея съ примѣненіемъ дренажированія брюшной и тазовой полостей. По поводу всѣхъ этихъ предложеній необходимо замѣтить, что *все они очень ненадежны и что, оперируя по способу Рейнз-Мюллер'а, нѣтъ ни малѣйшаго основанія опасаться разрыва плаценты, еслибы даже пришлось наткнуться на нее.*

**3-й моментъ. — Извлеченіе младенца.** При вскрытіи плоднаго пузыря и извлеченіи младенца, въ особенности, если послѣднее производится безъ наложенія предварительной эластической лигатуры на нижній отрѣзокъ матки и безъ извлеченія матки изъ брюшной полости, соблюдаются тѣ же правила, какъ и при классическомъ способѣ кесарскаго сѣченія; въ случаѣ же труднаго извлеченія младенца при операціи *Porro* можно, не стѣсняясь, увеличить кверху разрѣзъ матки, чтобы быстрѣе освободить младенца. За какую часть извлекать младенца: за голову, ножки или шейку, — я считаю при операціи *Porro* совершенно безразличнымъ. Извлеченіе младенца при производствѣ операціи по способу *Reinz-Müller*'а не представляетъ ни малѣйшаго затрудненія, такъ какъ не только разрѣзъ матки можетъ быть удлинень *ad libitum*, но даже матка можетъ быть распластана безъ всякаго вреда для больной. Впрочемъ, при ножныхъ и поперечныхъ положеніяхъ плода случается иногда, что эластическою лигатурою захватывается ножка или другая мелкая часть; во всѣхъ подобныхъ случаяхъ послѣднюю удастся освободить, не прибѣгая къ снятію лигатуры.

Относительно послѣднихъ двухъ моментовъ считаю необходимымъ замѣтить, что, вскрывается ли матка *in situ* или же по способу *Reinz-Müller*'а, во всякомъ случаѣ необходимо стараться вскрыть и извлечь младенца какъ можно быстрѣе; въ первомъ случаѣ для того, чтобы тотчасъ же приступить къ стягиванію нижняго отрѣзка матки и тѣмъ остановить кровотеченіе; во-второмъ же случаѣ быстрота этой манипуляціи требуется потому, что плодъ весьма плохо переноситъ внезапное прекращеніе притока крови къ дѣтскому мѣсту, и даже у самыхъ ис-

кусныхъ и опытныхъ операторовъ случалось, что при малѣйшемъ промедленіи во 2-мъ и 3-мъ моментахъ младенецъ извлекаемъ былъ въ глубокой асфиксіи, а иногда даже мертвымъ (*Fehling*).

По извлеченіи младенца изъ матки, операторъ перевязываетъ пуповину или же перерѣзаетъ ее, не перевязывая, и передаетъ младенца помощнику, самъ же приступаетъ къ отдѣленію дѣтскаго мѣста. Въ это же время другой помощникъ выполняетъ слѣдующій моментъ операціи.

*4-й моментъ. Стягиваніе матки въ нижнемъ отрѣзкѣ.* Если операція производится безъ наложенія предварительной эластической лигатуры, то тотчасъ же по извлеченіи младенца одинъ изъ помощниковъ обхватываетъ матку и особенно края маточной раны, стараясь по возможности воспрепятствовать истеченію крови изъ зіяющихъ сосудовъ, другой же помощникъ быстро накладываетъ эластическую лигатуру немного выше сводовъ рукава на нижній отрѣзокъ матки, причемъ необходимо одновременно захватить въ петлю и придатки ея съ цѣлью прекращенія притока крови къ маткѣ; нѣкоторые операторы употребляютъ для этой цѣли жомъ (клямпъ), экразёръ или *serre-pouce*.

При способѣ *Reinz-Müller*'а предварительная лигатура накладывается ранѣ вскрытія матки. Для этого эластическая лигатура обводится вокругъ нижняго отрѣзка матки на разстояніи 2 — 3 поперечныхъ пальцевъ надъ сводами, сильно стягивается и завязывается узломъ, который зажимается торсионнымъ или *Péan*'овскимъ пинцетомъ; удерживаніе узла однимъ изъ помощниковъ не надежно. Послѣ удаленія младенца и послѣда операція въ техническомъ отношеніи мало отличается отъ гистеротоміи.

*5-й моментъ. Удаленіе (ампутація) матки и придатковъ ея.* По извлеченіи матки наружу, стянувши крѣпко нижній отрѣзокъ ея и перевязавши, въ случаѣ надобности, кровоточащіе сосуды, отрѣзываютъ матку ножомъ на разстояніи 2—3 поперечныхъ пальцевъ выше эластической лигатуры, причемъ вмѣстѣ съ маткою удаляются также яичники и яйцепроводы. По удаленіи матки тщательно очищаютъ операціонное поле отъ излившейся крови и околоплодной жидкости и приступаютъ къ слѣдующему моменту операціи.

*6-й моментъ. Приспособленіе ножки (вѣрнѣе культи) и уходъ за нею.* При операціи *Porro* подобно тому, какъ при оваріотоміи и гистеротоміи, поступаютъ съ культею двоякимъ образомъ: или а) выводятъ ее наружу и укрѣпляютъ въ нижнемъ углу брюшной раны—*внѣбрюшинный способъ*, или же б) послѣ предварительнаго наложенія лигатуръ опускаютъ ее въ брюшную полость—*внутрибрюшинный способъ*.

а) *Внѣбрюшинный способъ* примѣняется значительно чаще внутрибрюшиннаго и состоитъ въ слѣдующемъ: По наложеніи на нижній отрѣзокъ матки эластической лигатуры и по отнятіи матки, ножка прямо вшивается въ нижній уголъ брюшной раны и удерживается двумя крѣпкими длинными стальными иглами, для чего и прокалываютъ ими культю немного выше лигатуры и притомъ такъ, чтобы иглы перекрещивались подъ угломъ; благодаря этому, онѣ прочно удержи-

ваются на покровахъ живота и въ то же время препятствуютъ втяги-  
ванію культи. До вшиванія культи въ брюшную рану необходимо  
соскоблить острою ложечкою слизистую оболочку культи матки и  
тщательно дезинфицировать всю культю 5% растворомъ карболовой  
кислоты или іодоформомъ.

При вшиваніи культи въ брюшную рану необходимо помощьюъ  
нѣсколькихъ швовъ привести въ тѣсное соприкосновеніе со всѣхъ сто-  
ронъ брюшинный покровъ культи съ таковымъ же покровомъ брюшной  
стѣнки.

б) *Внутрибрюшинный способъ* состоитъ въ томъ, что надъ сжи-  
мающею лигатурою продѣвается черезъ культю игла съ двойною  
шелковою лигатурою; послѣ удаленія иглы, лигатура разрѣзается попо-  
ламъ и одною изъ полученныхъ такимъ образомъ двухъ лигатуръ  
крѣпко перевязывается одна половина культи, второю же лигатурою  
перевязывается другая половина культи; затѣмъ выравниваются края  
ея, причеиъ эластическая лигатура и все лишнее, не исключая и вре-  
менныхъ лигатуръ, если таковыя были наложены, — удаляется, культя  
же опускается въ тазовую полость. Нѣкоторые акушеры и между про-  
чимъ *C. Schroeder* совѣтуютъ, по наложеніи отдѣльныхъ лигатуръ на  
болѣе крупныя сосуды, зашивать культю этажнымъ швомъ.

Впервые внутрибрюшинный способъ примѣненъ былъ профес. *Veit*омъ въ Боннѣ  
21-го марта 1880 г. Почти одновременно съ нимъ (8-го апрѣля 1880 г.) профес. *Isaac Taylor*  
въ Нью-Йоркѣ примѣнилъ тотъ же способъ, полагая, что до него попка опу-  
скалась въ полость брюшины во всѣхъ случаяхъ. Какъ видно изъ статьи *Taylor*'а въ  
*Amer. Journ. of Medical science*, July 1880, онъ вовсе не зналъ о случаѣ *Veit*'а. Обѣ  
оперированныя однако умерли, несмотря на то, что общее состояніе ихъ до операціи  
было благопріятное.

Сравнивая выгоды и невыгоды внутрибрюшиннаго и внѣбрюшиннаго  
способовъ ухода за культей, я за первымъ изъ нихъ не вижу никакого  
преимущества, кромѣ болѣе простаго ухода за ней послѣ операціи, за  
внѣбрюшиннымъ же способомъ остается то главное преимущество, что при  
немъ мы можемъ, въ случаѣ появленія кровотеченія изъ культи, быстро  
остановить таковое, для чего достаточно наложить вторую эластическую  
лигатуру надъ раньше наложенной и затянуть ее покрѣпче. При  
внутрибрюшинномъ же способѣ, какъ бы крѣпко ни были наложены  
лигатуры, даже если въ полость брюшины опущена эластическая ли-  
гатура, обратное развитіе культи изъ ткани послѣродовой матки со-  
вершается такъ быстро, что ни шелковая, ни даже эластическая лига-  
тура не обезпечиваютъ оперированную отъ кровотеченія въ такой мѣрѣ,  
какъ при укрѣпленіи культи въ брюшной ранѣ. Сверхъ того, въ опу-  
щенной въ брюшную полость культѣ совершается регрессивный процессъ  
и усиленное отдѣленіе съ внутренней поверхности ея продуктовъ, ко-  
торыя легко могутъ попасть въ брюшную полость и вызвать вторичное  
септическое зараженіе; это тѣмъ болѣе возможно, что культя при по-  
средствѣ канала шейки сообщается съ наружнымъ воздухомъ. Несом-  
нѣнно, что хорошіе результаты, получаемые отъ внѣбрюшиннаго спо-  
соба при оваріотоміяхъ и гистеротоміяхъ, побудили хирурговъ испытать

этотъ способъ ухода за культёю и при операціи *Porro*, но такъ какъ культя послѣ операціи *Porro* обладаетъ только что упомянутыми ей присущими особенностями, то внутрибрюшинный способъ ухода за ней менѣе пригоденъ, нежели внѣбрюшинный. Наконецъ противъ опусканія культы въ брюшную полость говоритъ также и статистика: изъ 14 оперированныхъ по этому способу умерло 10, т. е. 71,7%, между тѣмъ какъ при внѣбрюшинномъ способѣ изъ 142 умерло 78, т. е. 55%, причемъ надо принять во вниманіе, что вообще внутрибрюшинный способъ примѣняемъ былъ въ случаяхъ болѣе благоприятныхъ, нежели внѣбрюшинный, такъ какъ при запущенныхъ родахъ и особенно при явленіяхъ септического эндометрита едвали кто либо рѣшился бы примѣнить внутрибрюшинный способъ.

Итакъ, отдавая вполне преимущество внѣбрюшинному способу ухода за культёю и стягиванію ея эластическою лигатурою вышеописаннымъ образомъ, не могу не сказать нѣсколькихъ словъ по поводу сжимающихъ аппаратовъ, т. е. кламповъ, экразеровъ и т. под., такъ какъ выборъ того или другого изъ этихъ инструментовъ для сжатія культы не остается безъ вліянія на исходъ операціи. Нѣкоторые изъ этихъ инструментовъ слишкомъ громоздки и хлопотливы. *Porro*, а за нимъ почти всѣ операторы въ Италіи, употребляютъ *serre-noeud Cintrat*, при этомъ они или оставляютъ его подъ повязкою, или же употребляютъ его только для стягиванія проволочной петли и затѣмъ снимаютъ. Такъ какъ случалось, что аппаратъ *Cintrat*, оставленный на ножкѣ, соскальзывалъ во время рвоты, то, во избѣжаніе этого, совѣтуютъ еще продѣвать чрезъ культю длинныя иглы. Кромѣ того, не разъ случалось, что при затыгиваніи петли аппаратомъ *Cintrat* проволока разрывалась. Несмотря однакоже на это, *Breisky* въ послѣднихъ двухъ случаяхъ (5-мъ и 6-мъ) накладывалъ эластическую лигатуру только временно; послѣ же удаленія матки онъ укрѣплялъ культю снаружи посредствомъ двухъ перекрещивающихся иглъ, выше и ниже которыхъ накладывалъ по одной общей петлѣ *serre-noeud'a Cintrat*, послѣ чего онъ удалялъ эластическую лигатуру. Точно такъ же поступаютъ *Hegar* и *Fehling*. Въ Вѣнѣ вмѣсто проволочной петли примѣняется цѣпочная. Она накладывается при помощи экразера *Chassaignac'a*, видоизмѣненнаго *Péan'омъ* и *Billroth'омъ*. Мнѣ кажется, что этому послѣднему способу можно сдѣлать тотъ упрекъ, что цѣпь экразера легко прорѣзываетъ ножку и причиняетъ кровотеченіе изъ нея, вслѣдствіе чего приходилось прибѣгать къ наложенію клампа. Въ виду всего сказаннаго, изъ всѣхъ жомовъ и экразеровъ мой жомъ-экразеръ, кажется, былъ бы болѣе другихъ пригоденъ.

Остается еще упомянуть, что многіе операторы довольствовались наложеніемъ металлическихъ или шелковыхъ лигатуръ на культю и шиваніемъ ея въ брюшную рану, но этотъ способъ, разумѣется, мало гарантируетъ отъ вторичнаго кровотеченія изъ культы, особенно, если процессъ обратнаго развитія ея совершается быстро.

7-й моментъ. Шиваніе брюшной раны ничѣмъ не отличается отъ

сшиванія ея при классическомъ кесарскомъ сѣченіи и вообще при лапаротоміяхъ. Что касается культуры, то, укрѣпивъ ея надлежащимъ образомъ въ нижнемъ углу раны, какъ сказано выше, необходимо дезинфицировать ея присыпкою іодоформа или 5% растворомъ карболовой кислоты, или 8% растворомъ *Zinci magiatici*, или наконецъ отжечь ея термокаутеромъ *Paquelin'a* и присыпать іодоформомъ. При зашиваніи брюшной раны нѣкоторые совѣтуютъ сначала наложить нѣсколько швовъ для соединенія между собою листовъ брюшины и затѣмъ накладывать швы, проходящіе чрезъ всю толщю брюшныхъ стѣнокъ и захватывающіе брюшину. Раньше стягиванія швовъ необходимо еще разъ удостовѣриться въ чистотѣ брюшной полости. Зашивъ брюшную рану и наполнивъ влагалище іодоформною марлею, накладываютъ строго антисептическую повязку.

Послѣдовательное леченіе ничѣмъ не отличается отъ такового же при лапаротоміяхъ вообще. Въ случаѣ появленія кровотеченія изъ культуры, за чѣмъ необходимо слѣдить особенно тщательно, повязка снимается и сжимающій аппаратъ стягивается покрѣпче, или же накладывается новая эластическая лигатура.

**Сравнительная оцѣнка** операціи *Porro* и классическаго кесарскаго сѣченія. Сравнивая операцію *Porro* съ классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ, оказываются слѣдующія преимущества операціи *Porro*:

1) Кровотеченіе какъ во время производства операціи, такъ и послѣ нея представляетъ гораздо меньше опасности, чѣмъ при классическомъ способѣ кесарскаго сѣченія. Опасность со стороны кровотеченія почти совершенно устраняется при производствѣ операціи *Porro* по способу *Reinz-Müller'a* и при внѣбрюшинномъ уходѣ за культурою. Въ виду этого, способу *Reinz-Müller'a* слѣдуетъ отдать предпочтеніе, хотя противъ него дѣлаютъ два возраженія: во 1-хъ, что при немъ требуется нѣсколько болѣшій разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, и во 2-хъ, что жизнь плода подвергается болѣшей опасности, нежели при вскрытіи матки *in situ*. Первое возраженіе вовсе несущественно, такъ какъ увеличеніе разрѣза брюшныхъ стѣнокъ на 2—3 см. не можетъ имѣть никакого значенія, доказательствомъ чего служатъ случаи *Breisky*; второе же возраженіе, какъ мы видѣли выше, справедливо, но опасность для младенца можетъ быть избѣгнута, если при производствѣ операціи позаботиться, чтобы между наложеніемъ предварительной эластической лигатуры и извлеченіемъ младенца прошелъ какъ можно меньшій промежутокъ времени.

2) При операціи *Porro*, особенно если матка вскрывается послѣ предварительнаго извлеченія ея изъ брюшной полости и культура выводится наружу, въ брюшную полость не должно *вовсе* попадать ни крови, ни околоплодныхъ водъ, и не могутъ просачиваться послѣродовыя очищенія, вслѣдствіе чего *избѣгается опасность септического зараженія*.

3) *Новая беременность невозможна*. Обстоятельство это также чрезвычайно важно, ибо роды при высокихъ степеняхъ суженія таза представляютъ величайшую опасность для женщины, и даже, избавивъ

ее одинъ разъ отъ этой опасности (положимъ — классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ), было бы въ высшей степени нераціонально подвергать ее этой опасности во 2-ой, 3-й и т. д. разъ.

Обращаясь затѣмъ къ сравнительной статистикѣ операций *Porro* и классическаго кесарскаго сѣченія, я, согласно съ *Godson*'омъ и *Fehling*'омъ, нахожу слѣдующее:

При первомъ взглядѣ результаты операций *Porro* могутъ показаться не особенно удовлетворительными: общая смертность простирается до 56 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Но чтобы оцѣнить надлежащимъ образомъ сравнительныя достоинства той и другой операціи, необходимо принять во вниманіе также результаты, которые давало кесарское сѣченіе, произведенное по классическому способу. Такъ въ вѣнскомъ родильномъ домѣ въ теченіи ста лѣтъ не было ни одного случая выздоровленія послѣ классическаго кесарскаго сѣченія, между тѣмъ профес. *C. Braun* въ теченіи одной недѣли произвелъ три операціи *Porro* и всѣ больныя выздоровѣли. Въ *Maternité* въ Парижѣ, начиная съ 1787 года, всѣ случаи кесарскаго сѣченія также оканчивались смертью, пока въ 1879 г. профес. *Tarnier* не произвелъ эту операцію по способу *Porro*; больная выздоровѣла, несмотря на то, что состояніе ея до операціи было очень неблагопріятное. Далѣе проф. *Chiara* въ Миланѣ сообщаетъ, что на родинѣ операціи *Porro* — въ Италіи — изъ 62 случаевъ, оперированныхъ *Porro*, *Cazzati*, *Billi* и имъ самимъ по классическому способу, выздоровѣло только 3, между тѣмъ, почти въ половинѣ (въ 24 изъ 56) операцій *Porro* получился счастливый исходъ, несмотря на то, что операція эта производилась 36 различными хирургами. Затѣмъ въ Лондонѣ д-ръ *Greenhalgh* произвелъ десять разъ классическое кесарское сѣченіе съ единственнымъ счастливымъ исходомъ. Въ Прагѣ же проф. *Breisky* произвелъ 6 разъ <sup>1)</sup> операцію *Porro* и во всѣхъ 6-ти случаяхъ матери и дѣти спасены. Вообще высокій общій процентъ смертности при операціи *Porro*, самъ по себѣ не имѣетъ никакого значенія, такъ какъ онъ главнымъ образомъ обусловливается тѣми случаями, гдѣ операція эта предпринималась послѣ предшествовавшихъ безуспѣшныхъ попытокъ окончить роды другими оперативными пособіями: поворотомъ, церфорациею и т. д. и гдѣ больныя находились еще до операціи въ крайне неблагопріятномъ состояніи. Поэтому если взять личную статистику операторовъ, производившихъ значительное число операцій и притомъ не при столь неблагопріятныхъ условіяхъ, какъ только что указанныя, то результаты операціи оказываются довольно удовлетворительными. Такъ *C. Braun* произвелъ операцію *Porro* 12 разъ съ 8-ю счастливыми исходами и 11-ю живыми дѣтьми, самъ *Porro* — 5 разъ съ 4 счастливыми исходами и 5-ю живыми дѣтьми, и *Breisky* — 6 разъ, всѣ со счастливымъ исходомъ для матерей и дѣтей. Изъ статистики этихъ 4-хъ операторовъ оказывается, что изъ 28 матерей умерло только 6, т. е. 21,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>;

<sup>1)</sup> Шестая операція профес. *Breisky* произведена въ 1885 г., а потому не могла быть включена въ вышеприведенную статистику.

дѣти же спасены все, кромѣ одного,—результатъ для оперированныхъ гораздо болѣе благоприятный, чѣмъ тѣ, которыхъ достигли *Hegar* и *Schroeder* при гистероміотоміяхъ.

Съ другой стороны нельзя не обратить вниманія также и на то, что операція *Porro* производилась съ соблюденіемъ антисептики, между тѣмъ какъ классическое кесарское сѣченіе дѣлалось безъ соблюденія ся.

*Sänger* на конгрессѣ въ Копенгагенѣ (въ августѣ 1884 г.) заявилъ, что въ послѣднее время произведено съ соблюденіемъ антисептики и съ сшиваніемъ матки всего приблизительно 24 операціи классическаго кесарскаго сѣченія, причемъ матерей выздоровѣло 10, т. е. 41,6%.

## Б. КЕСАРСКОЕ СѢЧЕНІЕ НА МЕРТВЫХЪ.

Вопросъ относительно кесарскаго сѣченія на мертвыхъ, благодаря новѣйшимъ клинико-статистическимъ изысканіямъ, а также и экспериментальнымъ изслѣдованіямъ, которыхъ, къ сожалѣнію, однако, еще очень мало, стоитъ въ настоящее время совершенно на другой почвѣ, чѣмъ онъ стоялъ еще нѣсколько десятковъ лѣтъ тому назадъ.

**Показанія.** Коль скоро женщина умираетъ въ ту эпоху беременности, когда живой утробный младенецъ можетъ жить самостоятельную жизнью, т. е. когда беременность достигла 28 недѣль, то, съ медицинской точки зрѣнія, врачъ обязанъ позаботиться о спасеніи плода. Спасеніе же его возможно только въ такомъ случаѣ, если онъ очень скоро будетъ отдѣленъ отъ умершаго организма матери. Этими немногими словами формулируется показаніе къ кесарскому сѣченію на мертвыхъ. Но если не трудно установить это показаніе въ общихъ чертахъ, то относительно частныхъ случаевъ оно представляетъ величайшія затрудненія. Прежде всего мы въ правѣ спросить: неужели у всякой беременной, умершей начиная съ 28 недѣли беременности, безразлично должно быть дѣлаемо кесарское сѣченіе? Мы уже видѣли выше, что какъ *церковныя*, такъ и *гражданскія* законоположенія рѣшили этотъ вопросъ въ смыслѣ положительномъ. Новѣйшія медицинскія изысканія сильно пошатнули прежнія воззрѣнія на этотъ предметъ. Въ самомъ дѣлѣ, если прежде всего остановимся на статистическихъ изслѣдованіяхъ по этому поводу, то не трудно убѣдиться въ томъ, что добытые въ этомъ отношеніи результаты въ высшей степени неутѣшительны.

Такъ по *Neumann'u* и *Lange* <sup>1)</sup> на 331 кесарское сѣченіе *post mortem* счастливый исходъ для дѣтей былъ только въ 6 или 7 случаяхъ, въ 13 же дѣти прожили всего только нѣсколько часовъ.

По *Schwarz'u* <sup>2)</sup> въ 107 случаяхъ не спасено ни одного плода, по-

<sup>1)</sup> *Lange*. Krit. und statist. Bemerk. zur Lehre des Kaiserschnitt an Todten. *Casper's* Wochenschrift. 1847, № 23—26.

<sup>2)</sup> *Schwarz*. D. Kaiserschnitt an Todten. *Monatsschr. f. Gebkd. u. Fr.* Bd. XVIII. Sppl., p. 121.



тому этотъ авторъ считаетъ операцію бесполезной и всё относящіяся къ ней предписанія закона ненужными. Несмотря однако на всю безусиѣнность результатовъ относящейся сюда статистики, ни въ какомъ случаѣ нельзя ужъ слишкомъ отрицательно относиться къ разсматриваемому нами вопросу. Если позволительно очень недовѣрчиво относиться къ баснословнымъ разсказамъ, циркулировавшимъ на этотъ счетъ въ наукѣ, то, съ другой стороны, заслуживаютъ полнаго довѣрія наблюденія такихъ людей, какъ *Breslau*, *Hecker'a*, *Pingler'a*, *Brotherston'a*, *Hoscheck'a* и др., доказывающія несомнѣннымъ образомъ, что при извѣстныхъ обстоятельствахъ спасеніе плода по смерти матери возможно. Для рѣшенія разсматриваемаго вопроса чрезвычайно важно знать, какъ долго утробный младенецъ переживаетъ смерть матери? Обыкновенно этотъ срокъ опредѣляется въ 5—15 минутъ. Въ этомъ отношеніи очень важны опыты *Breslau* <sup>1)</sup> на животныхъ. Упомянутые опыты привели къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) Не подлежитъ сомнѣнію, что человѣческой плодъ, подобно дѣтенышамъ животныхъ, переживаетъ свою мать, въ случаяхъ внезапной и насильственной смерти ея. 2) Можно допустить, что человѣческой плодъ переживаетъ свою мать немного долѣе, чѣмъ плоды животныхъ. 3) Кесарское сѣченіе, предпринимаемое позднѣе, чѣмъ по истеченіи 15—20 минутъ по смерти матери, не можетъ уже дать живаго плода. 4) Если мать умираетъ отъ болѣзней крови (холеры, тифа, скарлатины или оспы), то нельзя разсчитывать на сохраненіе жизни плода, такъ какъ въ этихъ болѣзняхъ смерть плода предшествуетъ смерти матери. То же самое должно сказать и относительно случаевъ острыхъ отравленій матери такими ядами, которые быстро измѣняютъ кровь. Итакъ, на основаніи всего вышесказаннаго, должно придти къ заключенію, что кесарское сѣченіе на мертвыхъ ни въ какомъ случаѣ не должно быть вычеркнуто изъ числа акушерскихъ операцій. Съ этимъ почти всё согласны. Но съ другой стороны, мы уже упомянули выше о томъ, что врачу въ практикѣ приходится въ этомъ случаѣ сталкиваться съ очень серьезными затрудненіями.

Первое и главное затрудненіе состоитъ въ томъ, что мы не имѣемъ достаточно надежныхъ способовъ для опредѣленія момента дѣйствительнаго наступленія смерти беременной или роженицы. Въ наукѣ извѣстенъ цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ приступлено было къ кесарскому сѣченію не на мертвыхъ, а только на мнимоумершихъ (обмершихъ). *Peu* приводитъ подобный случай изъ своей практики; *Trinchi-netti* сообщаетъ разсказъ объ операціи, произведенной малоопытнымъ хирургомъ на мнимоумершей беременной, которая умерла отъ кровотечения только во время самой операціи. *Reinholdt* (1829 г.) привелъ случай, гдѣ беременная очнулась только во время разрѣза живота, а послѣ родила благополучно. *Bodin* упоминаетъ о случаѣ хирурга *Penard'a*, который, по извлеченіи младенца, едва успѣлъ наложить первый шовъ на брюшную рану, какъ больная очнулась, и *Penard* убѣ-

<sup>1)</sup> *Breslau*. M. f. Geburtsk. Bd. 20, p. 62.

жалъ, оставивъ рану незащитой. Послѣ того, оператора едва уговорили вернуться, и больная оправилась отъ операціи, отдѣлавшись только брюшной грыжей. *D'Outrepoint*'у едва удалось избѣгнуть неблагопріятныхъ послѣдствій въ подобномъ же случаѣ. *Rigandeaux*, который былъ приглашенъ сдѣлать кесарское сѣченіе у мнимоумершей, окончилъ роды поворотомъ и такимъ образомъ спасъ мать и младенца. *Mende* въ подобномъ случаѣ окончилъ роды щипцами.

Въ 1860 — 61 гг. въ Парижской медицинской академіи, по почину маститаго *Lejumeau de Kergaradeck*'а, происходили очень оживленныя пренія по поводу кесарскаго сѣченія на мертвыхъ. *Lejumeau* требовалъ, чтобы академія ходатайствовала предъ французскимъ правительствомъ объ изданіи закона, который обязывалъ бы всякаго врача производить кесарское сѣченіе на всѣхъ мертвыхъ беременныхъ, даже умершихъ въ *первыя мѣсяцы* беременности. Вся академія единогласно высказалась противъ предложенія *Kergaradeck*'а <sup>1)</sup>.

Поэтому каждый врачъ, поставленный въ необходимость произвести кесарское сѣченіе на мертвой, невольно медлитъ, желая какъ можно болѣе вѣрно убѣдиться въ дѣйствительномъ наступленіи смерти. А между тѣмъ такимъ образомъ, можетъ быть, упускается благопріятный моментъ. Какъ выйти изъ подобнаго затрудненія? Если смерть была не насильственная (не внезапная) и врачу пришлось быть свидѣтелемъ послѣднихъ минутъ больной, то онъ имѣлъ возможность наблюдать предсмертныя явленія (агонію), которыхъ вмѣстѣ съ тщательнымъ выслушиваніемъ сердца (для контролированія прекращенія сердцебіенія) совершенно достаточно для того, чтобы на основаніи ихъ приступить къ операціи. Медлить здѣсь было бы непростительно, такъ какъ при подобныхъ условіяхъ каждая потерянная минута имѣетъ громадное значеніе. Мало того, если врачу приходится присутствовать при смерти беременной, умирающей отъ какого либо зимотическаго процесса или же давняго страданія органовъ дыханія (*tuberculosis*) или сердца и пр., то едва ли будетъ раціонально выжидать момента наступленія смерти, такъ какъ въ этихъ случаяхъ плодъ умираетъ раньше матери <sup>2)</sup>. При подобныхъ условіяхъ должно рѣшиться на кесарское сѣченіе *во время агоніи* беременной, коль скоро существуютъ положительные признаки жизни плода. Если же дѣло идетъ о насильственной смерти беременной, то врачъ, котораго приходится звать, попадаетъ обыкновенно слишкомъ поздно, и ему не предстоитъ особенныхъ затрудненій, такъ какъ жизнь иногда давно уже угасла. Если и при подобныхъ условіяхъ приступаютъ къ операціи, то это дѣлается единственно для очищенія совѣсти и во исполненіе буквы закона.

Заканчивая статью о кесарскомъ сѣченіи на мертвыхъ, не можемъ не упомянуть о томъ, что образъ дѣйствія врача долженъ быть различенъ, смотря по тому, имѣетъ ли онъ дѣло съ беременной или же

<sup>1)</sup> Дебаты эти очень подробно приведены въ *Schmidt's Jahrb.* 1863, Bd. 117, p. 179.

<sup>2)</sup> См. стр. 215 исторію родовъ, относящуюся къ фиг. 123.

роженицей. Если дѣло идетъ о смерти беременной, то понятно, что здѣсь, въ видахъ спасенія младенца, ничего болѣе не остается дѣлать, какъ прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію. Если же, наоборотъ, дѣло идетъ о смерти, застигнувшей женщину во время родовъ, то можетъ возникнуть вопросъ, что лучше: кесарское ли сѣченіе или же быстрое окончаніе родовъ чрезъ естественные родовые пути? Мы думаемъ, что здѣсь не должно встрѣтиться никакого затрудненія въ выборѣ. Если роженица умираетъ на нашихъ глазахъ вслѣдствіе той или другой причины и при этомъ родовые пути приготовлены настолько, что окончаніе родовъ тѣмъ или другимъ способомъ (поворотъ на ножки съ извлеченіемъ или щипцы) возможно и притомъ очень скоро, то всегда предпочтемъ его кесарскому сѣченію. Мы утверждаемъ это главнымъ образомъ потому, что, приступая къ окончанію родовъ чрезъ естественные родовые пути, не теряемъ напрасно времени для того, чтобы убѣдиться въ дѣйствительномъ наступленіи смерти роженицы, причемъ, слѣдовательно, мы имѣемъ гораздо болѣе шансовъ на спасеніе младенца.

**Производство.** Кесарское сѣченіе на мертвыхъ производится по тѣмъ же правиламъ и съ соблюденіемъ тѣхъ же предосторожностей, какъ и на живыхъ. Послѣ операціи шиваніе раны и перевязка должны быть сдѣланы по всѣмъ правиламъ искусства.

## ГЛАВА XVII.

### Вскрытіе брюшной полости. Лапаротомія. Чревосѣченіе. (Laparotomia s. gastrotomia obstetricia. Gastrotomie. Bauchschnitt. Gastrotomy).

**Историческія замѣчанія.** Первое указаніе на лапаротомію находимъ у *Albucasis'a* (XII стол.): онъ упоминаетъ о случаѣ, въ которомъ изъ нарыва въ области пупка у одной женщины извлечены были косточки. Это, слѣдовательно, собственно не лапаротомія въ тѣсномъ смыслѣ, а расширеніе отверстия нарыва. Извѣстный флорентинскій врачъ *Nicolaus Nicolo* (XIV ст.) упоминаетъ о вышеприведенномъ случаѣ по поводу подобной же операціи, произведенной во Флоренціи. Первый совершенно достовѣрный случай лапаротоміи, сообщенный *Math. Cornax'омъ* (1545) описанъ къ сожалѣнію такъ темно, что трудно рѣшить, сдѣлана ли была операція вслѣдствіе разрыва матки или же при вѣматочной беременности. Старинная акушерская литература представляетъ немало относящихся сюда случаевъ, но большинство изъ нихъ описано столь недостаточно, что для статистическихъ цѣлей они не имѣютъ никакого значенія. Впрочемъ, казуистика ближайшаго къ намъ времени, а также и послѣднихъ годовъ достаточно обширна, такъ что, принимая ее въ соображеніе, можно придти къ нѣкоторымъ положительнымъ заключеніямъ относительно разсматриваемой нами операціи.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Albers. Salz. Med. Z. 1721. Cyprian. Epist. historica exhibens foet. humanpost XXI menses ex uteri tuba, matre salva et seperstite excisi. Lugd. Batav. 1700. Czihak. Scanzoni's Beitr. zur Gebh. 1860. Donati. De medic. mirab. hist. L. IV, cap. 20. Depaul. De la gastrotomie etc. Gaz. d. hôp. 1874, № 25. Fiedler. Diss. d. laparot., nôvissimoque ejus exemplo. Vitebsk 1811. Friedreich. Virchow's Arch. Bd. XXIX. Greenhalgh. Lancet 1867. Hecker. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XIII. Hicks. Obst. Trans. Vol. VII. Jörg. N. Z. f. Gebkd. Bd. IV. Kilian. Die Geburtslehre 1839—40, Bd. II. Kiwisch. Klin. Vortr. etc. 1852, 2-te Abth. Keller. D. grossesses extrautérines. Paris 1872. King. Med. report etc. by Mitchill 1817. Meadows. Trans. of Obstetr. Soc. of Lond. Vol. XIV. Mothe. Mélanges d. Chirurg. Paris 1812. Martin. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XXI u. Bd. XXXI. Naegele. Lehrb. d. Gebh. 7-te Aufl. Кузнецкій. Лапаротомія при вѣматочной беременности. Дневн. Казанскаго Общ. врачей 1884, № 3, 4 и 5. Муратовъ. Случай чревосѣченія при вѣматочной беременности, съ благопріятымъ исходомъ. Мед. Обозрѣніе 1885, № 1. Славянскій. Чревосѣченіе при вѣматочной беременности. Русск. Медицина 1884 г., № 41, 42 и 43. Сутугинъ. Къ вопросу о способахъ производства и

показаніяхъ къ чревосѣченію. Врачъ 1884 г. № 29. Сутугинъ. Къ казуистикѣ вѣматочной беременности. Медиц. Вѣст. 1876. № 22 и 23. Sprengel. Gesch. d. Chirurg. Th. I. Stegmeyer. De laparotomia. Diss. inaug. Tübingen 1828. Stachelhausen. De laparotomia et operationibus, quibus antecedere solet. Bonnae 1837. Stadfeldt, см. рефератъ въ Centrbl. f. Gynaek. 1880, № 1. Saxtorph. Acta nova regiae societ. med. Holfin. 1818, Vol I. Schreyer. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XIV. Stoltz. Gaz. méd. d. Strasbourg 1866, № 12. Simpson. Edinb. med. Journ. 1864. Schröder. Lehrb. d. Geburtsh. 1884. Trosk. Am. Journ. of med. sc. 1848. Thuessink. Verhandlungen etc. Nederlandsche Instit. von Wettenschap. Zesde. Ded. 1823. К. Змигродскій. Къ вопросу о чревосѣченіи при вѣматочной беременности. Сиб. 1885 г. Winckel. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XXII.

**Опредѣленіе и цѣль.** Задача этой операціи, какъ показываетъ ея названіе, состоитъ въ томъ, что вскрываютъ брюшную полость съ цѣлью извлеченія изъ нея живаго или мертваго младенца.

**Показанія.** Такъ какъ установка *показаній* при столь опасной операціи, какова лапаротомія, несравненно затруднительнѣе, чѣмъ самое производство ея, то мы и остановимся прежде всего на показаніяхъ. Вообще говоря, лапаротомія можетъ потребоваться при двоякаго рода обстоятельствахъ, а именно когда дѣло идетъ: 1) о вѣматочной беременности и 2) о разрывахъ матки въ послѣднія недѣли беременности или же во время самыхъ родовъ.

1) **Лапаротомія при вѣматочной беременности.** Начиная съ *W. Hunter'a*, операція эта при вѣматочной беременности нашла нѣсколькихъ очень жаркихъ защитниковъ въ лицѣ *Baudelocque'a*, *Velpeau*, *Desormeaux* и др. Многіе же германскіе акушеры, и во главѣ ихъ *Naegele* старшій, вполне высказались противъ лапаротоміи. Несмотря однако на это, *Kiwisch*, а также *Kilian* защищаютъ разсматриваемую операцію при вѣматочной беременности. *Kiwisch* приводитъ статистику исходовъ вѣматочной беременности въ 100 случаяхъ, изъ которыхъ умерло вообще 82 и выздоровѣло 12 беременныхъ; послѣ же лапаротоміи въ 6 случаевъ въ 1 спасены мать и младенецъ; въ 2 только мать; въ 1 только младенецъ, а въ 2 умерли мать и младенецъ. Противъ этой статистики *Kiwisch'a* возсталъ *Hecker*; онъ приводитъ статистику 132 случаевъ вѣматочной беременности со смертельнымъ исходомъ въ 42%, хотя и сознается, что наряду съ опубликованными случаями много случаевъ съ несчастнымъ исходомъ остались неизвѣстными.

Изъ 136 случаевъ въ 16 была произведена лапаротомія; изъ нихъ 11 кончились выздоровленіемъ и 5 умерло. Въ 11-ти случаяхъ 8 дѣтей умерли до операціи и въ 3-хъ они были живы, и изъ нихъ только 2 извлечены живыми.

На основаніи того убѣжденія, что нѣкоторые случаи операцій остались неопубликованными, *Hecker* высказывается въ томъ смыслѣ, что лапаротомія и вообще оперативное вмѣшательство при вѣматочной беременности оправдывается только въ крайнихъ случаяхъ и то при заведомо живыхъ и доношенныхъ плодахъ.

*Czihak* поддерживалъ мнѣніе *Scanzoni*, выраженное въ его руко-

водствѣ къ акушерству, что лапаротомія и кольпотомія ранѣе 7—8 мѣсяцевъ беременности опаснѣе самой внѣматочной беременности и что даже послѣ этого срока операція, при невозможности остановить кровотеченіе, противопоказана даже при живомъ илодѣ и допускается только въ тѣхъ случаяхъ, когда происходитъ разрывъ плоднаго мѣшка или появляются какія-либо другія явленія, угрожающія жизни больной.

*M. Depaul* привелъ статистику *Keller*'а и другихъ: всего при живомъ доношенномъ плодѣ—9 случаевъ, изъ которыхъ въ 7 дѣти извлечены живыми (8 дѣтей, такъ какъ разъ были двойни), въ 2—мертвыми. При мертвомъ плодѣ и въ нормальный срокъ беременности чревосѣченіе сдѣлано было въ 21 случаѣ, изъ которыхъ 16 удачныхъ и 5 неудачныхъ. *Meadows* привелъ одинъ случай лапаротоміи при мертвомъ плодѣ, окончившійся смертью беременной вслѣдствіе кровотечения и *collapsus*. Изъ этихъ 22 случаевъ лапаротоміи при мертвомъ плодѣ смертельно окончились 6-ть случаевъ, т. е. 27%. *Barnes* въ своемъ курсѣ оперативнаго акушерства (р. 276) предлагаетъ лапаротомію даже въ томъ случаѣ, если при внѣматочной беременности околоплодный мѣшокъ выпячивается въ полость таза и если онъ *не можетъ быть вправленъ въ полость живота*. *Schraeder*, на основаніи успѣховъ овариотоміи съ одной стороны и вообще тяжелыхъ исходовъ внѣматочной беременности съ другой, высказался за лапаротомію при внѣматочной беременности, когда плодъ живъ, *особенно если при этомъ констатируются какія нибудь угрожающія явленія для матери*. По смерти же плода онъ совѣтуетъ выжидательную терапію и только въ рѣдкихъ случаяхъ рекомендуетъ помогать усиліямъ природы къ выдѣленію продукта зачатія.

2) **Лапаротомія при разрывахъ матки.** При разрывахъ матки въ концѣ беременности по статистикѣ *Trosk*'а, смертность при выжидательномъ способѣ леченія = 78%, при искусственномъ окончаніи родовъ чрезъ естественные родовые пути = 68%, послѣ лапаротоміи = 24%. Если даже допустить, что часть случаевъ лапаротоміи осталась неизвѣстной, то приведенная статистика всетаки говоритъ въ пользу лапаротоміи при разрывахъ матки, когда нельзя бываетъ вывести плодъ нормальнымъ путемъ. Счастливые случаи *Sommer*'а, *Frank*'а, *Baudelocque*'а, *Kilian*'а, *Hoebcke*, *Ryan*'а, *Ogden*'а, *Whinery*, *Winckel*'я и другихъ положительно говорятъ въ пользу лапаротоміи. *Winckel* два раза дѣлалъ со счастливымъ исходомъ лапаротомію, вслѣдствіе разрыва рубца матки послѣ предшествовавшего въ предыдущую беременность кесарскаго сѣченія.

Резюмируя все вышеприведенное, можно придти относительно показаній къ лапаротоміи къ слѣдующимъ заключеніямъ. Операція эта показана: 1) при внѣматочной беременности (брюшной), когда плодъ вполне созрѣлъ, сердцебіеніе его ясно и нѣтъ ни малѣйшаго сомнѣнія въ діагностикѣ; въ противномъ случаѣ лучше всего слѣдовать совѣту большинства акушеровъ и выжидать. При мертвомъ плодѣ можно рѣшиться прибѣгнуть къ лапаротоміи только тогда, когда внезапно наступаетъ разрывъ плоднаго мѣшка съ признаками внутренняго

кровотеченія, или развиваются угрожающіе для жизни беременной припадки со стороны брюшныхъ органовъ.

Что касается до вскрытія нарывовъ, составляющихъ одинъ изъ исходовъ внѣматочной беременности, то и здѣсь не слѣдуетъ спѣшить вскрытіемъ ихъ, а выжидать до тѣхъ поръ, пока не обнаружится ясное зыбленіе въ опухоли и природа не укажетъ на мѣсто вскрытія истонченіемъ тканей и краснотою кожи.

Я наблюдалъ 11 случаевъ внѣматочной беременности: 4 случая явной брюшной беременности съ послѣдовавшими въ срокъ окончанія беременности родовыми болями и выходомъ отпадающей оболочки при отсутствіи сердцебіенія плода. Изъ нихъ у трехъ женщинъ плодъ превратился въ литонедіонъ (одна изъ числа этихъ женщинъ послѣ этого 2-жды благополучно родила), двѣ изъ нихъ живутъ благополучно и по настоящее время, четвертая умерла. Изъ остальныхъ семи: въ 2-хъ случаяхъ былъ сдѣланъ проколъ (у одной чрезъ rectum, у другой—черезъ брюшную стѣнку) раньше перехода въ нарывъ, при относительно хорошемъ общемъ состояніи, обѣ умерли; остальные 5 мало по малу поправились.

2) Лапаротомія показана при полномъ и обширномъ разрывѣ матки, когда весь плодъ проскользнулъ изъ полости матки въ брюшную полость и нѣтъ возможности извлечь его оперативными пособиями черезъ естественные родовые пути.

3) Показаніе къ вскрытію брюшной полости—съ цѣлью перевязки кровоточащихъ сосудовъ въ тѣхъ несчастныхъ случаяхъ, когда, при трубной внѣматочной беременности въ первой половинѣ ея, разрывается фаллопиева труба или большіе сосуды маточной части плоднаго мѣшка, сопряжено съ громадными затрудненіями. Здѣсь главное дѣло въ томъ, что 1) точное распознаваніе этого вида внѣматочной беременности крайне трудно; 2) отысканіе кровоточащихъ сосудовъ въ массѣ крови не легче и, наконецъ, 3) туалетъ брюшины иногда неисполнимъ. *Kiwisch* едва ли перешелъ границу возможнаго, говоря, что если въ подобныхъ случаяхъ кровоточащихъ сосудовъ нельзя найти, то нужно вырѣзать всю матку.

**Производство операци.** Лапаротомія производится по правиламъ, изложеннымъ при кесарскомъ сѣченіи, съ тѣмъ только различіемъ, что иногда приходится сдѣлать разрѣзъ не по бѣлой линіи, а гдѣ нибудь сбоку ея. Разрѣзъ дѣлается внѣ бѣлой линіи въ тѣхъ исключительныхъ случаяхъ, когда при внѣматочной беременности плодъ лежитъ слишкомъ глубоко въ боковыхъ областяхъ живота. При этомъ необходимо однакоже соблюдать, чтобы разрѣзъ былъ сдѣланъ на томъ мѣстѣ, гдѣ прощупываются наиболѣе крупныя части плода, и чтобы направленіе разрѣза было по возможности продольное (*Kilian, Fiedler*). Что касается до разрѣза, то его нужно дѣлать длиннѣе, чтобы имѣть возможность удобнѣе дѣйствовать въ глубинѣ и чтобы при извлеченіи младенца не встрѣчалось никакихъ затрудненій. По вскрытіи брюшной полости и плоднаго мѣшка, младенецъ извлекается наружу, пуповина перевязывается, а дѣтское мѣсто, смотря по обстоятельствамъ, или удаляется изъ брюшной полости, или оставляется въ ней. Въ послѣднемъ случаѣ пуповина перерѣзывается какъ можно ближе къ корню ея и



вмѣстѣ съ оболочками плоднаго яйца извлекается. Оставленное въ брюшной полости дѣтское мѣсто можетъ подвергнуться благопріятной метаморфозѣ, т. е. сосуды материнской части его облитерируются и тѣмъ устранится самая большая опасность — кровотеченіе.

Въ 1880 году проф. *Litzmann* <sup>1)</sup> въ одномъ случаѣ вынужденъ былъ вмѣстѣ съ мертвымъ плодомъ удалить также и весь плодный мѣшокъ, который легко разрывался при захватываніи и поэтому не могъ быть шитъ въ кожную рану. Въ этомъ случаѣ ножка образована была изъ фаллопиевой трубы и широкой связки, перевязана катгутъ и опущена въ брюшную полость. Большая выздоровѣла.

При вѣматочной беременности труднѣе всего бороться съ кровотеченіемъ и *Jörg* первый предложилъ, по извлеченіи плода, отрѣзывать пуповину у корня ея и, перевязавъ остающуюся часть послѣда (дѣтское мѣсто, оболочки), вывести лигатуры наружу чрезъ нижній уголь раны, чтобы, по отдѣленіи послѣда природой, вытянуть его кнаружи при помощи лигатуръ. *Albers*, *Thuessink* и *Saxtorph* высказались противъ ученія *Jörg'a*, тогда какъ *Kiwisch* поддерживалъ его.

Д-ра *Meadows* и *Schroeder* высказались также за способъ *Jörg'a*, хотя *Schroeder* и цитируетъ извѣстный удачный случай *Schreyer'a*, гдѣ этотъ операторъ случайно удалилъ послѣдъ, потому что еще до заживленія раны послѣдъ сокращеніемъ брюшныхъ мышцъ подвинуть былъ къ ранѣ и потому легко извлеченъ (такъ что и здѣсь отдѣленіе было произведено почти силами природы). Въ случаѣ *Scott'a*, сообщенномъ *Meadows'омъ*, отдѣленіе дѣтскаго мѣста сопровождалось очень сильнымъ кровотеченіемъ, которое и способствовало печальному исходу операціи отъ коллапса. *Braxton-Hicks* совѣтуетъ шить плодный мѣшокъ въ рану живота.

Лапаротомія, дѣлаемая вслѣдствіе разрыва матки во время беременности или родовъ, или вслѣдствіе свѣжаго (пронесеннаго на нашихъ глазахъ) разрыва плоднаго яйца при вѣматочной беременности, наконецъ, предпринимаемая при *graviditas extra-uterina* для спасенія плода по истеченіи нормальнаго срока беременности, называется *первичной (Laparotomia primaria)*. Если же разрывъ плоднаго яйца при вѣматочной беременности произошелъ уже давно, и вслѣдствіе этого развилось воспаленіе брюшины, то операція, производимая послѣ того, какъ исчезнуть при соответствующемъ леченіи всѣ воспалительныя припадки и облитерируются плацентарныя сосуды, называется *вторичной лапаротоміей (L. secundaria)*. *Spiegelberg* указываетъ на промежутокъ между 10 и 20 мѣсяцами отъ зачатія, какъ на лучшее время для производства этой послѣдней.

Когда же находящійся въ брюшной полости плодъ подвергся мацераци и процессу распада съ послѣдующимъ воспаленіемъ окололежащихъ частей и образованіемъ гдѣ либо абсцесса, то *вскрытіе этого абсцесса* ножомъ, каленымъ желѣзомъ, химическими каустическими средствами въ строгомъ смыслѣ не должно называться лапаротоміею.

Въ послѣднее время въ русской литературѣ описано нѣсколько удачныхъ случаевъ лапаротоміи при вѣматочной беременности. Привожу вкратцѣ описаніе этихъ случаевъ.

Въ случаѣ проф. *К. Ф. Славянскаго* произведено удаленіе плода путемъ лапаротоміи съ оставленіемъ плоднаго мѣшка (*laparokelyphotomia* — по автору) у женщины 33 л., рожавшей 1 разъ, спустя приблизительно 4 мѣсяца по истеченіи срока родовъ: „По вскрытіи брюшныхъ стѣнокъ и брюшины, стѣнка плоднаго мѣшка представилась

<sup>1)</sup> *Litzmann*. Archiv f. Gynæk. 1881. Bd. XVIII, p. 1.

плотно сращенною съ переднею брюшною стѣнкою старыми, весьма сосудистыми перепонками, при попыткѣ раздѣленія которыхъ появилось сильное кровотеченіе; поэтому мѣшокъ вскрытъ длиннымъ разрѣзомъ, причемъ излилось около 2 литровъ гноевидной жидкости. Плодъ лежалъ косвенно: ягодицы внизу и влѣво; пуловина была короткая, не болѣе 4 см.; плодъ оказался прирощеннымъ къ стѣнкамъ плоднаго мѣшка кожей головы, ягодицъ, мошонки, правой голени и стопы, такъ что пришлось извлекать его по частямъ; участки же плотно сращенной кожи со стѣнками были оставлены *in situ* по причинѣ кровоточенія при попыткахъ отдѣленія ихъ; точно также пришлось оставить пѣликомъ всю стопу. Стѣнки плоднаго мѣшка въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ онъ были отдѣлены отъ брюшной стѣнки, снова припшты къ краямъ кожной раны обвивнымъ шелковымъ швомъ, полость мѣшка выполнена карболованною марлей и салициловою ватой<sup>4</sup>. Сверху наложена листеровская повязка. Оставленная ступня выдѣлилась на 10 день, нагноеніе же изъ раны продолжалось долго, и больная выписана спустя  $\frac{1}{2}$  года послѣ операціи.

Д-ру П. В. Кузнецкому<sup>1)</sup> въ Нижнетагильскомъ госпиталѣ пришлось въ 1882 г. въ двухъ случаяхъ брюшной беременности удалить весь плодный мѣшокъ, причемъ оставшуюся часть широкой связки и фаллопиевой трубы онъ вшилъ въ брюшную рану. Обѣ больныя также выздоровѣли.

Затѣмъ въ 1884 году удаленіе всего плоднаго мѣшка произведено д-ромъ В. В. Сутушинымъ<sup>2)</sup> въ С.-Петербургѣ и А. А. Муратовымъ<sup>3)</sup> въ Москвѣ, въ обоихъ случаяхъ съ опущеніемъ ножки въ брюшную полость.

Случай д-ра Сутушина. Больная 20 лѣтъ, родила 1 разъ 2 года тому назадъ. Крови прекратилась съ января 1883 г., съ марта больная замѣтила сирава внизу живота опухоль, которая стала замѣтно увеличиваться. Въ маѣ внезапно появилась рвота и сильныя боли въ животѣ, вскорѣ впрочемъ прекратившіяся; около этого же времени она начала ощущать движенія плода. Послѣ того больная чувствовала себя въ теченіи 3 мѣсяцевъ сносно. Въ августѣ у нея появился ознобъ и сильнѣйшія боли внизу живота, рвота и обморокъ, послѣ чего движеніе плода прекратилось. Въ тотъ же день изъ половыхъ органовъ вышелъ кусокъ какъ бы мяса величиною въ кулакъ. На 3 день послѣ обморока появились крови, продолжавшіяся 2 дня и повторившіяся черезъ мѣсяць. Затѣмъ кровей не было почти 5 мѣсяцевъ и больная чувствовала себя хорошо. За врачебною помощью она обратилась по причинѣ увеличенія живота и была помѣщена въ гинекологическій баракъ Рождественской городской больницы, гдѣ я видалъ больную вмѣстѣ съ д-ромъ Сутушинымъ и вполне подтвердилъ діагнозъ внѣматочной (брюшной) беременности. Чревосѣченіе произведено 19 апр. 1884 г. Послѣ обнаженія опухоли, введенною рукою констатировано сплошное, но рыхлое сращеніе ея со стѣнкою живота, которое разъединено безъ особеннаго кровоточенія. Черезъ разрѣзъ плоднаго мѣшка извлеченъ слегка мацерированный младенецъ, затѣмъ легко извлеченъ наружу и весь плодный мѣшокъ вмѣстѣ съ кистовидно-перерожденнымъ яичникомъ и правой фаллопиевой трубой. Подъ мѣстомъ прикрѣпленія плоднаго мѣшка, ниже яичника, широкая связка раздѣлена на 8 пучковъ, которые и перевязаны шелковыми лигатурами. Затѣмъ плодный мѣшокъ и яичникъ удалены, перевязаны отдѣльно всѣ зіяющіе сосуды; ножка опущена въ брюшную полость и черезъ Дугласову складку проведенъ въ рукавъ дренажъ, верхній конецъ котораго вшитъ въ нижній уголъ раны. Послѣ операціи выздоровленіе шло почти безъ повышенія температуры.

Въ случаѣ д-ра А. А. Муратова у больной поставленъ былъ діагнозъ *Cystoma ovarii sin.* Послѣ вскрытія брюшной полости опухоль оказалась сращенною съ соседними органами слабыми и некроотичными перемычками, которая легко отдѣлена пальцами, и лишь при проколѣ предполагаемой кисты троакаромъ оказалось, что мѣшокъ

<sup>1)</sup> Дневникъ Казанскаго общества врачей 1884 г. №№ 3, 4 и 5.

<sup>2)</sup> В. В. Сутушинъ. Къ вопросу о способахъ производства и показаніяхъ къ чревосѣченію. Врачъ 1884 г. № 25 и 26.

<sup>3)</sup> А. А. Муратовъ. Случай чревосѣченія при внѣматочной беременности, съ благопріятнымъ исходомъ. Отд. оттискъ изъ журн. „Медицинское Обозрѣніе“ 1885, № 1.

наполненъ вонючею жидкостью; введеннымъ же въ проколъ пальцемъ оцунана ручка плода. Поэтому отверстіе было расширено и извлеченъ 7-ми-мѣсячный мадерированный плодъ. Затѣмъ извлеченъ былъ весь плодный мѣшокъ, почка раздѣлена на 9 отдѣловъ, перевязана 9-ю катгутовыми лигатурами и опущена въ брюшную полость. Рана брюшныхъ покрововъ зашита 3-хъ-этажнымъ швомъ. Больная выздоровѣла, несмотря на нагноеніе въ краяхъ раны и на значительный пара- и периметритическій экссудатъ, вскрытый черезъ рукавъ и почти одновременно произвольно вскрывшійся черезъ мочевою пузырь.

**Разрѣзъ свода рукава** (Colpotomia, Elytrotomia, Laparotomia vaginalis, Gastrotomia vaginalis).

Эта операція предложена была *Mathe* о́мъ и *King* о́мъ въ замѣнъ вскрытія брюшной полости чрезъ стѣнки живота.

Вскрытіе брюшной полости чрезъ разрѣзъ свода рукава принималось для извлеченія плода при вѣматочной беременности также и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ младенецъ живъ. Для этого, отыскавъ въ сводѣ рукава самое выпяченное мѣсто, разрѣзываютъ рукавъ острокопечнымъ бистуреемъ въ поперечномъ направленіи и потомъ, расширивъ пуговчатымъ бистуреемъ разрѣзъ, извлекаютъ младенца щипцами, послѣдъ же оставляютъ въ маткѣ.

Несмотря на кажущуюся рациональность, элитротомія не привилась въ наукѣ, такъ какъ остановка кровотока въ случаѣ, еслибы для этого потребовалась перевязка сосудовъ, несравненно затруднительнѣе, чѣмъ при лапаротоміи. Впрочемъ, недавно *Gaillard Thomas* описалъ одинъ случай, гдѣ онъ съ успѣхомъ примѣнилъ кольпотомію.

Ненужно смѣшивать элитротомію со *вскрытіемъ* черезъ сводъ влагалища *нарыва*, образовавшагося при вѣматочной беременности, а также и съ *прокалываніемъ плоднаго пузыря*, производимымъ при помощи троакара черезъ задній сводъ рукава съ цѣлью убить плодъ, если послѣдній достижимъ черезъ задній сводъ и если распознаваніе вѣматочной беременности сдѣлано съ несомнѣнной точностью. Способъ этотъ впервые былъ предложенъ *Basedow* ымъ (1863) и затѣмъ къ нему совѣтовали прибѣгать *Riecke*, *Kiwisch* и *Scanzoni*. *Martin* произвелъ проколъ два раза съ успѣхомъ, *Greenhalgh*, *Stoltz* и *Koeberle*—по одному разу и тоже съ успѣхомъ. Въ одномъ случаѣ *Simpson* и *Hutchinson* должны были проколъ превратить въ разрѣзъ; больная выздоровѣла. *Naegele* и *Schroeder* рекомендуютъ этотъ способъ въ случаѣ возможности ранняго діагноза. У насъ покойный профессоръ *Горвицъ* въ примѣчаніи къ переводу акушерства *Schroeder*'а <sup>1)</sup> высказался въ пользу активнаго вмѣшательства при вѣматочной беременности, особенно въ пользу прокола, на основаніи одного случая, сообщеннаго имъ въ протоколахъ Общества Русскихъ Врачей въ С.-Петербургѣ за 1870 г. *Braxton-Hicks* получилъ неблагоприятные результаты. *Friedreich* осуществилъ совѣтъ *Joulin*'а и убилъ плодъ выпрыскиваніемъ морфія въ плодное яйцо посредствомъ шприца *Праваца*. *Bruci* и *Baccheti* съ успѣхомъ примѣняли при вѣматочной беременности электропунктуру (*Naegele*).

<sup>1)</sup> *Шредеръ*. Акушерство, Спб. 1876, стр. 348.

Что касается до меня, то я полагаю, что проколь въ началѣ беременности хотя и можетъ принести неоспоримую пользу, но, при шаткости распознаванія внѣматочной беременности въ этомъ срокѣ, долженъ быть примѣняемъ съ большою осторожностью, по причинѣ возможности раненія одного изъ крупныхъ сосудовъ, и только дальнѣйшимъ наблюденіямъ предстоитъ окончательно рѣшить значеніе подобнаго прокола.

Во всякомъ случаѣ, коль скоро путемъ наблюденія мы убѣдимся, что имѣемъ дѣло съ внѣматочною беременностью, проколь плоднаго яйца, при трубной или трубно-яичниковой беременности, смотря по обстоятельствамъ, чрезъ сводъ влагалища или чрезъ брюшныя стѣнки, долженъ быть примѣняемъ смѣлѣе и чаще, чѣмъ у насъ до сихъ поръ дѣлается.

Въ 1876 г. у одной дамы 27 лѣтъ, беременной во 2-й разъ д-ръ *И. Ѳ. Баландинъ* сдѣлалъ въ моемъ присутствіи и съ общаго согласія проколь плоднаго яйца, при 10-ти-недѣльной трубной внѣматочной беременности лѣвой стороны. Большая выздоровѣла.

Въ декабрѣ 1881 г. мнѣ съ д-ромъ *И. Ѳ. Смоленскимъ* пришлось прервать внѣматочную беременность (по всей вѣроятности трубно-яичниковую) на 4-мъ мѣсяцѣ. Исходъ операциі былъ вполне благополучный (см. «Врачъ» 1882 г., № 24).

## ГЛАВА XVIII.

Объ операціяхъ, производимыхъ съ цѣлью увеличить ёмкость таза во время родового акта.

Къ этой группѣ операцій относятся: 1) расщепленіе лоннаго сочлененія, 2) распиливаніе одной изъ лонныхъ костей вблизи самаго сочлененія и 3) распиливаніе обѣихъ горизонтальныхъ вѣтвей лонныхъ костей.

1) *Расщепленіе лоннаго сочлененія* (Symphyseotomia, Synchrondrotomia. Schaamfugeschnitt. Section de la symphise du pubis. Symphyseotomy). Идею этой операціи приписываютъ *Severin* и *Pineau* (1575 г.), а первое производство ея—*de la Courvée* въ Варшавѣ (1585 г.); *Riolan*<sup>1)</sup> и *Ambr. Paré*<sup>2)</sup> сообщаютъ, что въ древнія времена въ различныхъ странахъ даже молодымъ дѣвушкамъ разрѣзали лонное сочлененіе для облегченія родовъ; у *Galen*'а находимъ также указаніе на эту операцію. Но первый случай описалъ (будучи студентомъ въ 1768 г.) и удачно примѣнилъ ее на живой въ 1777 г. *Sigault*, почему эта операція извѣстна подъ именемъ „*Сиолитовской*“.

Въ Германіи эту операцію ввелъ *C. v. Siebold* (въ 1778 г.). Во Франціи *Baudelocque* первый возсталъ противъ нея; ему послѣдовали *Osborn* и *Denman* въ Англіи, *Lauverjat* и др. Болѣе чѣмъ гдѣ либо производили симфизиотомію въ Италіи. *Morisani*<sup>3)</sup> въ 1881 году сообщилъ о 50-ти случаяхъ симфизиотоміи, произведенной въ Неаполѣ съ 1868 по 1880 г. имъ самимъ, *Noli* и *Martini*. *Morisani* сравниваетъ результаты этой операціи съ результатами эмбриотоміи и при этомъ ссылается на статистику проф. *Tibone* (въ Туринѣ) и *Chiara* (въ Миланѣ), изъ которыхъ у перваго послѣ эмбриотоміи умерло 21<sup>0</sup>/<sub>0</sub> и у втораго 24<sup>0</sup>/<sub>0</sub> матерей, между тѣмъ какъ у него изъ 50 матерей умерло 10 (20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Сравненіе это не выдерживаетъ однако самой снисходительной критики уже потому, что къ эмбриотоміи нерѣдко приступаютъ въ запущенныхъ случаяхъ, когда роженицѣ угрожаютъ другія опасности помимо эмбриотоміи.

<sup>1)</sup> *Riolan*. Manuel anat., p. 696. <sup>2)</sup> *Am. Paré*. Oeuvres. Livre 24, chap. 13. <sup>3)</sup> *Morisani*. De la Symphyseotomie. (Travail présenté au Congrès international de Londres). Annales de Gynécologie 1881, Dec.

Симфизиотомія производится пуговчатым вогнутымъ бистуреемъ; сдѣлавъ предварительно разрѣзъ кожи живота надъ лоннымъ сочлененіемъ въ 3—5 см. длиною, разрѣзается хрящъ его. По окончаніи родовъ стараются иммобилизовать тазъ.

Въ извѣстномъ сочиненіи *S. Pincau* (Opuscul. physiolog. et anatom. etc.) мѣсто, намекающее на симфизиотомію, гласитъ слѣдующимъ образомъ: *praeterea ignobiliores partes nobilioribus semper ministrant et obsequuntur, nec non continentes seu externae non tantum dilatari, sed etiam securi tuto possunt, ut internis succuratur, ut Galenus ait. De la Courvée* произвелъ симфизиотомію не на живой, а на умершей роженицѣ, слѣдовательно—съ цѣлью обойти кесареокое сѣченіе послѣ смерти. Въ настоящее время трудно понять, какимъ образомъ предложеніе этой операціи со стороны *Sigault*'а могло возбудить такой энтузіазмъ и ввести въ заблужденіе цѣлый факультетъ, рѣшившіи выбить медаль въ честь этого великаго (?) открытія. *Sigault*, произведшій при помощи *Leroy* симфизиотомію несчастной *Souchot*, завѣдомо обманулъ факультетъ, увѣряя его, что она послѣ операціи чувствуетъ себя совершенно хорошо. Когда же ее изслѣдовали черезъ нѣсколько времени, то оказалось, что она положительно не можетъ двигаться отъ страшныхъ и мучительныхъ болей. *Baudelocque* своими точными изслѣдованіями вліянія симфизиотоміи на увеличеніе ёмкости таза (*An in partu propter angustiam pelvis impossibili symphysis ossium pelvis secanda?* Paris 1776) нанесъ смертельный ударъ симфизиотоміи, послѣ котораго она уже никогда не могла оправиться.

Недавно д-ръ *Robert Harris* <sup>1)</sup> собралъ всѣ случаи симфизиотоміи, произведенной до 1880 г. Изъ статистики его оказывается, что до 1858 года операція эта произведена была 70 разъ; матерей умерло 26 (т. е. 37%), дѣтей же погибло 47 (т. е. 67%). Затѣмъ въ теченіи 8 лѣтъ (1858—1866) операція эта вовсе не дѣлалась. Съ 1867 г. къ ней начали опять прибѣгать въ Италіи, особенно въ Неаполѣ, гдѣ она произведена 53 раза, причѣмъ матерей умерло только 10 (т. е. 19%); дѣтей же родилось живыми 42, слѣдовательно смертность ихъ=20,75%.

Въ послѣднее время горячимъ защитникомъ симфизиотоміи выступилъ д-ръ *A. Корнъ* <sup>2)</sup> изъ Вятки, который при этомъ основывается какъ на приведенной статистикѣ *Harris*'а, такъ и на собственныхъ наблюденіяхъ, сдѣланныхъ въ 1881 г. (см. его диссертацию) и показавшихъ, что связки крестцово-подвздошныхъ сочлененій не разрываются даже при значительномъ растяженіи лоннаго сочлененія.

2. *Распиливаніе лонной кости* было предложено *Cambon*'омъ <sup>3)</sup> и нѣсколько только видоизмѣнено *Stoltz*'емъ.

3. *Распиливаніе обѣихъ горизонтальныхъ вѣтвей лонныхъ костей* предложено было *Aitken*'омъ въ 1876 году. При производствѣ этой операціи (*Principles of midwifery*, Т. III, р. 83), онъ совѣтовалъ, распиливъ лонныя кости, по извлеченіи младенца, заживлять рану, не удаляя самыхъ костей и не сближая перепиленныхъ костей, въ виду облегченія послѣдующихъ родовъ.

Съ тѣхъ поръ какъ щипцы, операціи, уменьшающія объемъ плода, и въ особенности возбужденіе преждевременныхъ родовъ получили право гражданства въ наукѣ, симфизиотомія и сродныя ей операціи были какъ нераціональныя совершенно справедливо оставлены. На основаніи работы

<sup>1)</sup> La Semaine Médicale 1883, № 10, pag. 43.

<sup>2)</sup> Berliner klin. Wochenschrift. 1885, № 12, pag. 189.

<sup>3)</sup> *Christoforis*. Die Resectio publica subperiosteae als Ersatz für die schwereren geburthülflichen Operationen. Schmidt's Jahrb. Bd. CIII, p. 196.

*Ahlfeld*'а нельзя не придти къ заключенію, что разъединеніе одного изъ тазовыхъ сочлененій очень мало увеличиваетъ ёмкость таза, — для этого необходимо разъединеніе двухъ сочлененій, и только тогда получается увеличеніе діаметровъ таза приблизительно на 2 см. Это подтверждается имѣющимися въ литературѣ наблюденіями, причемъ во всѣхъ случаяхъ была констатирована подвижность непременно двухъ сочлененій таза. Кромѣ того, если принять въ расчетъ, что, при значительныхъ степеняхъ суженія намъ приходится имѣть дѣло бѣльшею частью съ рахитическими тазами, которые, по наблюденіямъ *Кориа* <sup>3)</sup>, менѣе способны растягиваться, чѣмъ нерахитическіе, то будетъ понятно, что увеличеніе ёмкости такого таза послѣ симфизіотоміи не можетъ быть настолько значительно, чтобы удовлетворить цѣли операціи. Послѣдствія какъ симфизіотоміи, такъ и распиливанія лонныхъ костей, указанна *Diffenbach*'омъ, какъ-то: затѣки гноя, саріес, параличи нижнихъ конечностей и несращеніе симфиза, настолько тяжелы, что операціи эти никоимъ образомъ не могутъ конкурировать не только съ эмбриотомією, но даже и съ кесарскимъ сѣченіемъ.

---

<sup>3)</sup> *А. Кориа*. Къ вопросу о вліяніи беременности на подвижность сочлененій таза. Дисс. Сиб. 1881 г.



## ОТДѢЛЪ III.

### ОБЪ ОПЕРАЦІЯХЪ НАДЪ ПОСЛѢДОМЪ И ПУПОВИНОЙ.

Сюда относятся слѣдующія операциі: 1) искусственное отдѣленіе дѣтскаго мѣста и выведеніе послѣда, 2) вправленіе выпавшей пуповины.

## ГЛАВА XIX.

Искусственное отдѣленіе послѣда и выведеніе его наружу. (*Operatio ad placentam removendam. Separatio placentae et extractio secundinarum. Délivrance compliquée ou artificielle. Künstliche Lösung und Entfernung der Nachgeburt, die Nachgeburtsoperationen. The removal of the placenta*).

**Историческія замѣчанія.** Вопросъ относительно неправильностей выдѣленія послѣда долженъ былъ искони занимать врачей, такъ какъ разстройство родоваго акта въ этомъ срокѣ принадлежитъ къ самымъ частымъ въ акушерской практикѣ. Древніе врачи уже очень хорошо знали объ опасности, которая угрожаетъ роженицѣ въ случаѣ задержанія послѣда, и поэтому, начиная съ *Hippocrates'a*, всѣ они совѣтовали способствовать скорѣйшему изверженію его. Предлагаемыя ими для этого средства состояли въ употребленіи способовъ и веществъ, усиливающихъ дѣятельность брюшнаго пресса. Первое мѣсто между ними занимали средства чихательныя (*sternutatoria*), дутье въ бутылку и пр.; кромѣ того, иногда потягивали за пуповину, привязывали къ свободному концу ея какую нибудь тяжесть, наконецъ, иногда пользовались тяжестью неотдѣленнаго еще отъ матери младенца, какъ средствомъ для удаленія послѣда. Нигдѣ, однако, нѣтъ прямыхъ указаній, чтобы гиппократовской школѣ извѣстно было то, что мы называемъ операцией отдѣленія дѣтскаго мѣста. Нужно полагать, что древніе врачи сильно боялись этой операциі. Такъ *Aëtius Amidensis* и *P. Aegineta* учатъ въ случаѣ задержанія послѣда, если не помогаютъ чихательныя и изгоняющія средства, войти рукою въ матку, захватить послѣдъ и осторожно тащить его; если же извлечь его оказалось невозможнымъ, то вывести обратно руку и предоставить изгнаніе послѣда усиліямъ природы. *Mauriceau* и *Deventer* увѣряли, что задержаніе послѣда можетъ повести за

собою столь опасныя послѣдствія, что всегда должно стараться содѣйствовать скорѣйшему удаленію его изъ полости матки. На основаніи этого они совѣтовали при каждаго родахъ удалять послѣдъ рукою. Благодаря авторитету *Mauriceau* и *Deventer'a*, къ этому ученію присоединились многіе другіе извѣстные акушеры, и такимъ образомъ привился такъ называемый *активный способъ дѣйствія* по отношенію къ послѣду въ противоположность *пассивному способу дѣйствія*, нашедшему въ *Ruysch'ѣ* одного изъ главныхъ защитниковъ. Извѣстно, что этотъ послѣдній описалъ въ маточномъ днѣ особенный мускуль, который будто бы назначенъ для того, чтобы изгонять послѣдъ и который онъ поэтому назвалъ *m. detrusor placentae*. Онъ училъ никогда не трогать послѣда и предоставить изгнаніе его природѣ. Между этими двумя крайними ученіями явилось третье, которое защищали *Levet* и *Roederer*, учившіе, что въ извѣстныхъ случаяхъ необходимо активное участіе искусства. Какъ бы то ни было, но ученіе *Ruysch'a* еще отзывалось до сихъ поръ, въ чемъ можно достаточно убѣдиться при встрѣчѣ у постели роженицы съ акушерками старой школы, которые въ случаяхъ задержанія послѣда еще слишкомъ медлятъ, теряя напрасно иногда драгоцѣнное время. Въ послѣдніе годы, благодаря усиліямъ нѣмецкихъ акушеровъ, ученіе о пособіяхъ при задержаніи послѣда достигло высшей степенн совершенства.

Въ этомъ отношеніи мы должны упомянуть въ особенности о *Crede*, распространившемъ и усовершенствовавшемъ способъ удаленія послѣда посредствомъ *выжиманія его (expressio placentae)*. Еще во второй половинѣ 18-го столѣтія (1779) извѣстный англійскій акушеръ *Wallace-Johnson* упоминаетъ о наружныхъ приемахъ для удаленія послѣда, но онъ какъ-то не привился въ практикѣ, пока о нихъ снова не заговорилъ *Busch*, настаивавшій на томъ, что приему этому должно непременно научить повивальныхъ бабокъ. *Crede*, бывшій ассистентъ *Busch'a*, видоизмѣнилъ нѣсколько приемы своего учителя и, если его нельзя считать изобрѣтателемъ этого способа, то во всякомъ случаѣ онъ возвелъ его, такъ сказать, въ систему и много содѣйствовалъ общему распространенію его. Въ настоящее время уже нельзя толковать объ активномъ способѣ дѣйствія въ случаяхъ задержанія послѣда, такъ какъ терапия этого патологическаго состоянія основана на весьма твердыхъ показаніяхъ. Вслѣдствіе этого теперь вообще встрѣчаются рѣже случаи такъ называемаго залуценнаго задержанія послѣда и это нельзя не считать очень важнымъ успѣхомъ новѣйшаго акушерства.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

- Aeppli. Zürich 1776. Ahlfeld. Berichte u. Arbeit. Leipzig 1883. Ahlfeld. Schmidt's Jahrb. Bd. CXLVII, № 1. Bossi. Wien. med. Wochschr. 1862, № 22—26. Bossi. Ibid. 1863. № 30—32. *Crede*. Klin. Vortr. p. 445 u. 599. *Crede*. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XVI, Hft. 4. *Crede*. Arch. f. Gynæk. Bd. XVII. Clay. Dubl. Quart. Journ. of med. sc. Vol. XX. Caillant. Thèse du doctorat. Paris 1852. Campe. Sitz. v. 25 April 1884 d. Gesellsch. f. Gebh. u. Gynæk. z. Berlin. Даниловичъ. Дисс. Спб. 1883. Dugès. Manuel d'obstétr. Paris 1826. Duncan. Edinb. Med. Journ. 1871. Dohrn. D. med. Wochschr. 1881. Dohrn. Ibid. 1883. Dyhrenfurth. Arch. f. Gynæk. Bd. XXII. Engelmann. Amer. Journ. of obstetr. 1881. Fehling. Festschr. z. *Crede's* Jubil. Leipzig 1881. Friedländer. Berl. klin. Wochschr. 1877, № 27. Göschler. Allg. Wien. med. Z. 1863, № 37. Горвицъ. Медиц. Вѣстн. 1868. Гольдбергъ. Дисс. Спб. 1868. Halm. Ueb. d. Nachgeburtstör. Würzb. 1822. Hüter. D. Path. u. Ther. d. 5-ten Geburtsper. Marburg 1828. Hohl. D. Klinik. 1861. Hegar. D. Path. u. Ther. d. Placentarretentionen. Berlin 1861. Jürgerslev. Howitz Gynæk. og obstetr. Meddelelser Bd. IV, Hft. 3. Ingleby. A pract. treat. of uter. hemorrhage. Lond. 1828. Ясинскій. Медиц. Вѣстн. 1867. Jones. Brit. med. Journ. 1878. Каменевъ. Дисс. Спб. 1864. Kranz. De processibus placentæ in partu vitalibus. Monachii 1829. Kabierske. Centrbl. f. Gynæk. 1881, № 7. Levret, см. его Essais sur l'abus, etc. Paris 1766. Lemser. D. physiolog. Lösung d. Mutterkuchens. Gies-sen 1865. Lumpe. Arch. f. Gynæk. Bd. XXIII. Maugrier. Sur la délivrance. Paris 1802.

Mayer. Verh. d. Gesellsch. f. Geburtsh. in Berlin. 2-ter Jahrg., p. 37. Paetsch. Ibid., p. 22. Prochownick. Centrbl. f. Gynæk. 1885, № 28. Ploss. Festschr. zu Credé's Jubil. Leipzig 1881. Riedel. Verh. d. Gesellsch. f. Geburtsh. in Berlin. 2-ter Jahrg., p. 61. Rooyen. Monatschr. f. Gebkd., Bd. XX. Ribemont-Dessaignes. De la délivrance etc. Paris 1883. Reid. Glasgow med. journ. 1883. Stoltz. De la délivrance. Strasbourg 1834. Strassmann. D. Klinik. Bd. XIX, Hft. 1. Schüking. Centrbl. f. Gynæk. 1879, № 14. Schüking. Berl. klin. Wochenschr. 1877. B. Schultze. D. med. Wochenschr. 1880. № 51—52. Spiegelberg. Ibid. 1881, № 4. Spiegelberg. Würzb. med. Z. Bd. II, 1851. Schule. Monatschr. f. Gebkd. Bd. XXII. Spaeth Allg. Wien. med. Z. 1882, № 3. Stadtfeld. Sitz. v. 12 August d. intern. medic. Congr. zu Kopenhagen. Trush. Am. Journ. of obstetr. 1877. Trush. Ibid. 1878. Teuffel. D. med. Wochenschr. 1882. Winckel. Monatschr. f. Gebkd. Bd. XXI. Wigand. V. d. Ursachen etc. Hamburg 1863. Weiss. Centrbl. f. Gynæk. 1881, № 11. Wilson. Am. Journ. of obstetr. 1882.

**Определение и цель.** *Искусственнымъ отдѣленіемъ дѣтскаго мѣста* (separatio placentae) называется операція, помощью которой пальцами руки, введенной въ полость матки, дѣтское мѣсто отдѣляется отъ стѣнокъ матки; *выведеніемъ же послѣда* (*extractio placentae* правильнѣе же—*extractio secundinarum*) называется извлеченіе его изъ полости матки или влагалища, когда плацента уже отдѣлилась сама собою или же помощью искусства.

**Способы производства.** Прежде чѣмъ мы перейдемъ къ изложенію производства рассматриваемой операціи, считаемъ необходимымъ вкратцѣ коснуться нормальнаго механизма изверженія послѣда и различныхъ разстройствъ его, требующихъ вмѣшательства искусства.

Постепенное отдѣленіе плаценты отъ мѣста прикрѣпленія ея начинается, вѣроятно, съ излитіемъ водъ, когда болѣе или менѣе значительно уменьшаются діаметры матки. Съ изверженіемъ же плода, матка настолько уменьшается въ объемѣ, что плацента должна непремѣнно быть уже большею частью свободна, такъ какъ стѣнка матки, на которой она сидитъ, сокращаясь, должна отдѣлиться отъ нея. Поэтому вѣрнѣе сказать: матка отдѣляется отъ плаценты, а не плацента отъ матки. Итакъ, единственная причина отдѣленія дѣтскаго мѣста состоитъ въ уменьшеніи поверхности, къ которой она прикрѣпляется. Вслѣдствіе-то этого, черезъ нѣсколько минутъ по изверженіи плода, дѣтское мѣсто уже цѣликомъ или же большею частью своей поверхности бываетъ отдѣлено отъ матки и находится близъ зѣва. Вслѣдствіе уменьшенія полости матки, происходящаго по рожденіи младенца, плацента складывается вдвое, т. е. загибается на свою паружную поверхность, такъ что она идетъ впередъ внутреннею (фетальною) поверхностью и, приближаясь къ зѣву, вставляется въ него своимъ краемъ или же тою частью поверхности, къ которой прикрѣплена пуповина (корнемъ пуповины); проходитъ же она черезъ зѣвъ въ рукавъ большею частью краемъ. Оболочки остаются вывернутыми наизнанку, т. е. на фетальную поверхность. Попавши въ рукавъ, послѣдъ остается тамъ нѣсколько минутъ и силою брюшнаго пресса извергается наружу. Обыкновенно утверждаютъ, что при этомъ принимаетъ значительное участіе сократительная

дѣтельность рукава, но въ этомъ можно усомниться, принимая въ соображеніе, съ одной стороны, слабость развитія мускулатуры рукава, а съ другой стороны — растянутость его послѣ того, какъ чрезъ влагалище только что прошелъ плодъ. Весь актъ изверженія послѣда длится среднимъ числомъ отъ 15 до 25 минутъ. Большая или меньшая продолжительность обуславливается характеромъ потугъ и продолжительностью родового акта вообще.

Такъ какъ сокращеніе матки, необходимое для правильнаго обратнаго развитія ея, невозможно до тѣхъ поръ, пока не выдѣлится послѣдъ, то и сосуды матки также недостаточно сдавливаются, поэтому-то обыкновеннымъ послѣдствиемъ нарушенія правильности въ выдѣленіи послѣда бываетъ большее или меньшее кровотеченіе со всѣми дальнѣйшими его послѣдствіями. Причины, по которымъ выдѣленіе послѣда замедляется, бываютъ многоразличны; несмотря однакоже на все это различіе, онѣ могутъ быть подведены подъ слѣдующія три категоріи:

1) Послѣдъ не выдѣляется потому, что сократительная дѣтельность матки такъ ослабѣла, что у нея не хватаетъ силъ изгнать послѣдъ, лежащій совершенно уже отдѣленнымъ въ полости ея. Это такъ называемая *retentio placentae ex atonia uteri*. При этомъ дѣтское мѣсто можетъ быть нормальнымъ, а иногда увеличеннымъ въ объемѣ, по причинѣ гипертрофіи его, отека, скопленія кровяныхъ сгустковъ между плодными оболочками, вывернувшимися на наружную (маточную) поверхность плаценты, новообразованій и проч. При подобномъ патологическомъ состояніи потужная дѣтельность матки хотя и можетъ быть нормальна, но недостаточно сильна, чтобы изгнать увеличенный въ объемѣ послѣдъ.

2) Послѣдъ не извергается наружу потому, что сократительная дѣтельность матки неправильна въ другомъ отношеніи, а именно, она чрезмѣрно сильна и распределяется неравномѣрно. Это такъ называемая *retentio placentae spastica*, задержаніе послѣда вслѣдствіе спазмодическаго сокращенія или стриктуры матки.

3) Послѣдъ не выходитъ потому, что дѣтское мѣсто на извѣстномъ пространствѣ, или же на всей своей поверхности, приросло къ маткѣ: *placenta accreta* или *accretio placentae*.

Мы не станемъ входить здѣсь въ ближайшія подробности относительно патологіи задержанія послѣда вообще, а остановимся только на томъ, что должно дѣлать у постели роженицы въ каждой изъ трехъ принятыхъ нами категорій задержанія послѣда.

I. Въ первомъ случаѣ, т. е. при задержаніи послѣда вслѣдствіе *слабости сокращеній матки*, первое и настоятельное показаніе — усилить сократительную дѣтельность ея. Для этого, если роженица очень устала, даютъ ей нѣсколько глотковъ хорошаго вина или просто водки и *механически* возбуждаютъ сокращенія матки, растираніемъ дна ея полною рукою. Для этого лучше всего употреблять ту руку, которую кто привыкъ лучше дѣйствовать, обыкновенно правою. Растираніе дна матки производится медленно, большими турами, постепенно усиливая

давленіе, пока рука не почувствуетъ, что матка становится болѣе плотною и дно ея принимаетъ болѣе правильное, т. е. круглое очертаніе. Если вызванныя такимъ образомъ сокращенія матки достаточно сильны, то положенная на дно ея рука чувствуетъ, что матка какъ бы уходитъ изъ подъ руки,—это и означаетъ, что матка достаточно сократилась. Трение рукой замѣняется иногда натираниемъ живота кускомъ льда. Еслибы одно растираніе не помогало, то остается, не теряя времени, приступить къ *выжиманію послѣда*.

а) *Способъ Credé*. Способъ этотъ, какъ онъ ни кажется простымъ, требуетъ однако извѣстнаго методическаго выполненія, иначе онъ можетъ оказать болѣе вреда, чѣмъ пользы. Для выжиманія послѣда наружнымъ давленіемъ всего лучше стать съ лѣвой стороны <sup>1)</sup> роженицы и сначала трениемъ вызвать хоть нѣсколько слабыхъ сокращеній матки, для того, чтобы хоть сколько нибудь уменьшить поверхность маточнаго дна. Затѣмъ, говорятъ, должно обхватить маточное дно *объими* руками и нажимать ими на матку. Послѣдній маневръ до такой степени неумѣстенъ, что мы не совѣтуемъ прибѣгать къ нему, такъ какъ онъ не ведетъ прямо къ цѣли, потому что произведенное такимъ образомъ давленіе въ высшей степени неравномѣрно. Всего лучше и рациональнѣе дѣйствовать одною рукою: вызвавши, какъ уже сказано, нѣсколько сокращеній въ маточномъ днѣ, обхватываютъ его полною рукою, такимъ образомъ, чтобы четыре пальца легли на заднюю, а большой палецъ на переднюю поверхность дна, ладонь же на дно матки. Пальцами, такъ сказать, укрѣпляется рука на маткѣ въ данномъ ей положеніи, *нажатіе же на матку производится исключительно ладонью* и притомъ сначала слабо, а затѣмъ сильнѣе и сильнѣе прямо внизъ и слегка взадъ. Нажимая такимъ образомъ въ теченіи нѣсколькихъ секундъ, дѣлаютъ маленькую перемежку и затѣмъ снова надавливаютъ. Спрашивается, до какихъ поръ нужно это дѣлать? *Credé* учитъ, что нужно давить до тѣхъ поръ, пока послѣдъ не покажется изъ родовой щели. Дѣйствительно, въ большинствѣ случаевъ нѣсколькихъ нажатій бываетъ достаточно, чтобы послѣдъ показался наружу; но иногда бываетъ и такъ, что онъ, будучи выжатъ изъ матки, останавливается въ рукавѣ. Поэтому, если послѣ нѣсколькихъ нажиманій послѣдъ неказывается наружу, то нужно изслѣдовать, не находится ли онъ въ рукавѣ, и если это въ самомъ дѣлѣ окажется, то, понятно, тотчасъ же нужно удалить его пальцами.

Нѣкоторые авторы указываютъ на многія невыгоды, сопряженныя будто бы со способомъ *Credé*. Такъ говорятъ, что онъ можетъ обусловить выворотъ матки (*Johns, Sinclair*); другіе (*Hecker, Martin*),—что при этомъ въ маткѣ осгаются части послѣда. Всѣ эти обвиненія положительно несостоятельны потому, что они основаны на исключительныхъ случаяхъ; выжиманіе же въ томъ видѣ, какъ оно только что изложено, ни въ какомъ случаѣ не можетъ ни произвести выворота матки, ни нарушить цѣлости послѣда. Указанныя авторами случайности могли произойти развѣ въ совершенно неопытныхъ рукахъ, при несоблюденіи требуемыхъ правилъ. Нельзя не упомянуть о самомъ яркомъ

<sup>1)</sup> Съ правой стороны тѣмъ, которые привыкли дѣйствовать лѣвою рукою.

противникъ этой манипуляціи—*Charpentier* <sup>1)</sup>, увѣряюшемъ, что способъ *Credé* ни къ чему не ведетъ (?!). Въ замѣнъ способа *Credé* онъ совѣтуетъ придерживаться стараго французскаго способа, т. е. потягиванія за пуповину. Мы совѣтуемъ избѣгать этого послѣдняго потому, что даже при совершенно отдѣлившемся послѣдѣ, если онъ находится еще въ полости матки, можно легко оторвать пуповину.

На основаніи моихъ наблюденій, обнимающихъ очень обширный матеріалъ, я считаю самымъ рациональнымъ способомъ дѣйствія противъ задержанія послѣда, вслѣдствіе слабости (недостаточности) сокращеній матки, механическое возбужденіе сократительной дѣятельности помощью растиранія маточнаго дна, а въ случаѣ, если это оказывается недостаточнымъ,—способъ *Credé*. Между тѣмъ, обыкновенно поступаютъ далеко не такъ, полагаясь на средства, которыя обладаютъ будто бы способностью вызывать и усиливать сокращенія матки. Сюда относятся спорынья и ея препараты, хининъ, бура, корица и эфиръ. Всѣ эти средства, за исключеніемъ спорыньи, ненадежны. Что же касается до послѣдней, то она несомнѣнно усиливаетъ сокращенія матки, но медленно, кромѣ того, она иногда вызываетъ неправильныя (неравномѣрныя) сокращенія.

Выжиманіе послѣда по способу *Credé* иногда не удается потому, что тѣло и шейка матки образуютъ уголь, препятствующій выходу послѣда; въ такихъ случаяхъ необходимо наружными приѣмами исправить положеніе матки и затѣмъ вновь приступить къ выжиманію послѣда.

б) *Способъ Мојон'а*. Къ числу надежныхъ и рациональныхъ средствъ для удаленія послѣда принадлежитъ впрыскиваніе холодной воды въ пупочную вену,—способъ, которымъ, къ сожалѣнію, пренебрегаютъ.

II. При задержаніи послѣда вслѣдствіе *спазма зѣва*, нужно, убѣдившись изслѣдованіемъ въ чемъ дѣло, дѣйствовать прямо противъ этой причины. Въ этомъ случаѣ мы устраняемъ спазмъ помощью наркотическихъ средствъ. Назначаемъ одну или двѣ клизмы съ настойкой опія, подкожное впрыскиваніе морфія, внутрь или въ видѣ клистира гидратъ-хлоралъ и, наконецъ, прибѣгаемъ къ хлороформу.

III. При *сращеніи дѣтскаго мѣста съ маткою*, распознаваемомъ изслѣдованіемъ, приступаемъ къ отдѣленію и выведенію его. О свойствахъ сращеній, т. е. о плотности ихъ и занимаемомъ ими пространствѣ, узнаемъ только во время самой операціи.

Итакъ, имѣя дѣло съ задержаніемъ послѣда, мы дѣйствуемъ, стараясь опредѣлить причину его, и сообразно этой послѣдней примѣняемъ одинъ изъ вышесказанныхъ способовъ, въ случаѣ же, если они окажутся неэффективными или обнаружится опасное кровотеченіе, то приступаемъ къ оперативному пособію.

**Производство операціи отдѣленія и извлеченія дѣтскаго мѣста.** Отдѣленіе и извлеченіе дѣтскаго мѣста производится въ большинствѣ случаевъ на обыкновенной родильной кровати, иногда на поперечной постели и притомъ чаще всего въ положеніи роженицы на спинѣ, и только въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ на боку.

<sup>1)</sup> *Traité des hémorrhagies puerpérales*. Paris 1874.

При спинномъ положеніи роженицы на обыкновенной кровати, операторъ становится на колѣно, или садится на край кровати у бедеръ роженицы съ правой или лѣвой ея стороны, смотря по тому, которую руку онъ намѣренъ ввести въ дѣтородныя части: если правую, то съ правой стороны; если лѣвую, то съ лѣвой стороны. При положеніи роженицы на боку, операторъ помѣщается сзади ея, а при положеніи на спинѣ и на поперечной кровати — между раздвинутыми бедрами. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда требуется ввести всю руку въ полость матки, нужно руководствоваться общепринятыми правилами, изложенными въ главѣ о внутреннемъ поворотѣ. При этомъ еще разъ напоминаемъ, что здѣсь необходимо обращать тщательное вниманіе на фиксированіе матки въ неподвижномъ положеніи чрезъ брюшныя стѣнки, какъ при введеніи руки въ полость ея, такъ и при дальнѣйшемъ производствѣ операціи.

По отношенію къ положенію роженицы мы уже сказали, что чаще всего приходится оперировать при положеніи ея на спинѣ. Тѣмъ не менѣе, однако, могутъ встрѣтятся случаи, гдѣ *положеніе* оперируемой *на боку* чрезвычайно выгодно. Хотя мы не соглашаемся вполне съ *Martin'омъ*, предлагающимъ производить всѣ операціи надъ послѣдомъ въ боковомъ положеніи, зато мы совершенно согласны со *Scanzoni*, который говоритъ, что какъ отдѣленіе, такъ и выведеніе послѣда, прикрѣпляющагося главнымъ образомъ сбоку, въ особенности же къ передней стѣнкѣ матки, — несравненно легче при положеніи роженицы на боку, нежели на спинѣ. Вообще, къ боковому положенію должно прибѣгать всегда тамъ, гдѣ при положеніи на спинѣ отдѣленіе дѣтскаго мѣста оказывается очень труднымъ. При этомъ слѣдуетъ, не выпимая руки, а удерживая ее въ маткѣ, дать роженицѣ боковое положеніе, перемѣстивши одно бедро ея чрезъ руку.

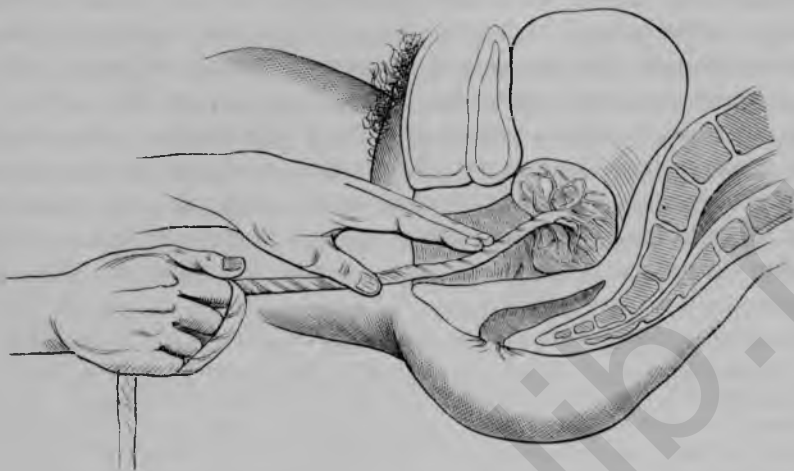
Что касается до выбора руки, которую должно вводить въ матку, то нѣкоторые авторы (*Busch, Siebold* и др.) совѣтовали выбирать всегда руку, соответствующую той сторонѣ матки, къ которой прикрѣплено дѣтское мѣсто; но такъ какъ мѣсто прикрѣпленія этого послѣдняго распознать до введенія руки въ матку невозможно, то и выборъ руки, по моему мнѣнію, не имѣетъ особеннаго значенія. Послѣдъ можно отдѣлить любой рукой, но правой гораздо лучше, чѣмъ лѣвой, потому что большинство подающихъ пособіе привыкло лучше дѣйствовать правой рукой. Если нѣкоторые акушеры совѣтовали исключительно дѣйствовать лѣвою рукою на томъ основаніи, что она менѣе объемиста и, слѣдовательно, причиняетъ меньше боли роженицѣ, то подобный совѣтъ положительно не имѣетъ основанія, такъ какъ введеніе руки послѣ изгнанія плода не можетъ представлять никакихъ затрудненій. Если же дѣло идетъ о стриктурѣ зѣва, то слабая лѣвая рука труднѣе преодолеваетъ спазмъ; кромѣ того, во всѣхъ подобныхъ случаяхъ безъ хлороформа или подкожнаго вырскиванія морфія рѣдко можно обойтись, причѣмъ чувствительность значительно притупляется.

1) *При выведеніи послѣда, задержаннаго во влагалищѣ*, операторъ захватываетъ пуповину какъ можно ближе къ наружнымъ дѣтороднымъ частямъ роженицы, обматываетъ ее петлей вокругъ пальцевъ одной руки и большимъ пальцемъ прижимаетъ эту петлю. Два пальца другой руки вводитъ во влагалище по руководству слегка натянутой пуповины, до корня ея, фиг. 272. Достигнувъ до этого мѣста или до края плаценты, операторъ одной рукою слегка натягиваетъ пуповину и въ то же время выгребательными движеніями пальцевъ другой руки дѣйствуетъ на дѣтское мѣсто, направляя его внизъ и назадъ, и мало-по-малу низводитъ послѣдъ, совѣтуя роженицѣ въ то же время натуживаться.



2) При полномъ ущемленіи дѣтскаго мѣста въ маткѣ, т. е. когда онъ уже отдѣлился и весь находится въ полости матки, исключая пуповины, которая, проходя черезъ зѣвъ, виситъ наружу, нужно одною

Фиг. 272.



рукою придерживать пуповину какъ и въ предъидущемъ случаѣ, другую же руку ввести во влагалище, фиг. 273. Достигнувши до суженнаго мѣста матки, необходимо: во-1-хъ, удерживать матку въ неподвижномъ положеніи, что исполняетъ самъ операторъ или поручаетъ помощ-

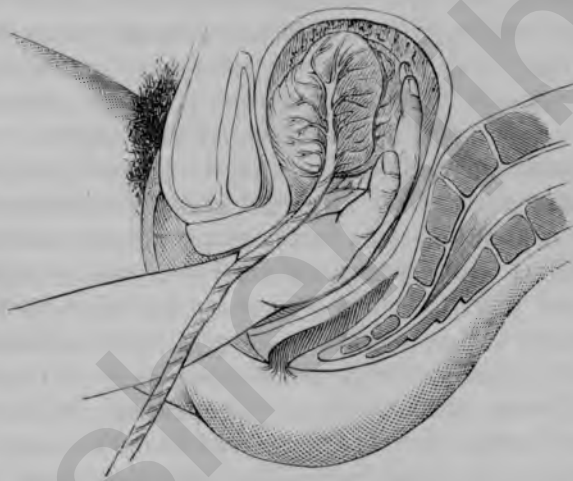
Фиг. 273.



нику; во-2-хъ, прежде чѣмъ приступлено будетъ къ постепенному расширенію суженнаго мѣста, необходимо попытаться, нельзя-ли однимъ или двумя пальцами (указательнымъ и среднимъ), проведенными чрезъ

суженное мѣсто къ корню пуповины, вывести послѣдъ во влагалище, дѣйствуя пальцами какъ въ предыдущемъ случаѣ. Отдѣлившееся вполне дѣтское мѣсто иногда удается извлечь этимъ способомъ. Въ случаѣ же, еслибы это оказалось невозможнымъ, суженное мѣсто матки необходимо осторожно расширить, для чего вводятъ въ него сперва два пальца (указательный и средній), потомъ 3 и 4 и наконецъ всю руку. При введеніи пальцевъ, раздвигая ихъ постепенно и терпѣливо, расширяютъ суженное мѣсто до тѣхъ поръ, пока оно окажется достаточно широкимъ для прохожденія въ полость матки полу-руки или всей кисти. Когда это удалось исполнить, то послѣдъ захватывается полною рукою и выводится наружу, фиг. 274. Въ болѣе трудныхъ случаяхъ все это производится подъ хлороформомъ или подъ вліяніемъ другихъ наркотическихъ средствъ.

Фиг. 274.



Понятно, что *при вялости матки* и вообще тамъ, гдѣ не имѣется препятствія со стороны зѣва, ручная кисть вводится въ нее безъ всякаго затрудненія и дальнѣйшія дѣйствія ею надъ послѣдомъ ничѣмъ не отличаются отъ только-что описанныхъ.

3) *При неполномъ ущемленіи дѣтскаго мѣста*, т. е. когда часть его находится уже во влагалищѣ, а другая въ маткѣ, для извлеченія его достаточно бываетъ ввести въ полость матки одинъ или два пальца и дѣйствовать ими выгребательными движеніями, или же — захватить дѣтское мѣсто прямо пальцами и такимъ образомъ мало-по-малу низводить его во влагалище.

Послѣдъ можетъ быть задержанъ не только вслѣдствіе стриктуры внутренняго зѣва, но также и вслѣдствіе боковой стриктуры одной изъ стѣнокъ маточнаго дна. Въ этомъ случаѣ послѣдъ обыкновенно цѣликомъ задерживается выше стриктуры, вслѣдствіе чего маточное дно представляетъ рѣзкій боковой перехватъ или углубленіе, напоминающее *uterus arcuatus*. Состояніе это, на которое давно указывали уже *Маи-*

*riceau, Peu, Levret* и др., было особенно изучено *Ricke*, который описал его под именем *внѣдренія послѣда* (*Einsackung*). Но гораздо правильнѣе называть его, какъ это дѣлаетъ *М. И. Порвицъ*, — *боковымъ ущемленіемъ*. Анатомическое происхожденіе его объясняютъ чрезмѣрнымъ развитіемъ мышечныхъ элементовъ, окружающихъ маточныя отверстія фаллопиевыхъ трубъ. *Ricke* допускаетъ возможность внѣдренія плаценты отчасти даже въ отверстіе трубы. Какъ бы то ни было, подобное боковое ущемленіе послѣда встрѣчается въ высшей степени рѣдко; несмотря на это, оно, однакоже, заслуживаетъ серьезнаго вниманія какъ въ діагностическомъ, такъ и въ техническомъ отношеніи по причинѣ трудностей, встрѣчаемыхъ при подобныхъ обстоятельствахъ. Распознаваніе подобнаго рода стриктуры возможно на основаніи тщательнаго наружнаго изслѣдованія, причемъ едва-ли можно будетъ упустить изъ виду характерныя отношенія маточнаго дна, а также и отсутствіе стриктуры внутренняго зѣва. При производствѣ же операціи извлеченія послѣда, боковая стриктура преодолевается точно такимъ же образомъ, какъ и стриктура зѣва, съ тѣмъ различіемъ, что въ виду истонченія стѣнокъ матки должно снаружи надавливать рукою сильнѣе на ту половину матки, къ которой прикрѣплено дѣтское мѣсто.

4) *При сращеніи дѣтскаго мѣста съ маткою*, достигши до корня пуповины, отыскиваютъ край дѣтскаго мѣста и разрушаютъ связь его съ маткою пилообразными движеніями верхушекъ пальцевъ, обращенныхъ къ плацентѣ, что необходимо для того, чтобы избѣгнуть царапанія матки. Всего удобнѣе начинать отдѣленіе съ того мѣста, гдѣ оно уже началось само собою, какъ это бываетъ при частичномъ сращеніи. Въ случаяхъ же сплошнаго сращенія начинаютъ отдѣленіе тамъ, гдѣ удобнѣе, но все-таки нужно начинать непременно съ края. Во всякомъ случаѣ, начавъ отдѣленіе въ одномъ какомъ-либо мѣстѣ, нужно дѣйствовать послѣдовательно, соблюдая осторожность, пока дѣтское мѣсто окончательно и на всемъ протяженіи не будетъ отдѣлено отъ матки. Сращенія иногда бываютъ такъ слабы, что достаточно только самаго незначительнаго усилія для того, чтобы ихъ разрушить; иногда же, наоборотъ, они такъ крѣпки, что для разрушенія ихъ требуется болѣе значительное усиліе. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, придерживаясь поверхности дѣтскаго мѣста, сращенія нужно отдѣлять ногтемъ, или отщипывать большимъ и указательнымъ пальцами. Всего труднѣе отдѣленіе послѣда бываетъ при сплошномъ его сращеніи, а также при отѣчномъ его состояніи, когда онъ легко рвется. Отдѣливъ дѣтское мѣсто отъ матки, послѣдъ выводятъ наружу по вышеизложеннымъ правиламъ

Нелишнимъ считаю упомянуть здѣсь о двухъ случаяхъ сплошнаго сращенія послѣда, въ которыхъ края его почти сливались съ тканью матки и попытки отыскать рукою периферію его оказались тщетными. Одинъ изъ этихъ случаевъ былъ наблюдаемъ мною, съ другимъ же я познакомился при разсмотрѣніи одного судебна-медицинскаго дѣла, по порученію Медицинскаго Совѣта. Врачъ *Свида*, практикующій въ Сибири, обвиняемъ былъ, по почину своихъ товарищей, въ ненадлежащемъ поданіи акушерской помощи, вслѣдствіе чего будто бы умерла родильница. Онъ отдѣлялъ и извлекалъ послѣдъ по частямъ. Представленное имъ описаніе наблюденія было изложено весьма

обстоятельно, съ указаніемъ того, въ чемъ состояли затрудненія, и напомнило мнѣ совершенно подобный же случай, бывшій въ моей практикѣ. И я попытался отдѣлить послѣдъ по общимъ правиламъ, но по причинѣ сплошнаго сращенія его съ маткою и невозможности подвести гдѣ либо пальцы подъ край его, я рѣшился на удаленіе его по частямъ, начиная отдѣленіе отъ корня пуповины, и при этомъ извлекъ только значительную часть послѣда, оставивъ нѣкоторыя части его въ полости матки. Въ обоихъ случаяхъ послѣдовала смерть родильницъ.

*Сплошныя сращенія* плаценты со стѣнкою матки воспалительнаго происхожденія, къ счастью, встрѣчаются въ практикѣ весьма рѣдко. Частичныя же сращенія не составляютъ особенно опаснаго явленія, въ особенности, если врачъ, присутствующій при родахъ, не очень медлитъ съ надлежащимъ пособіемъ. Частичныя приращенія встрѣчаются преимущественно по краямъ дѣтскаго мѣста. Уже давно акушеровъ занималъ вопросъ: что собственно обуславливаетъ эти сращенія? Прежде очень многіе считали главнѣйшею причиною ихъ болѣе или менѣе обширныя воспаленія дѣтскаго мѣста (placentitis). Въ настоящее время не подлечить никакому сомнѣнію, что самою частою причиною сращеній послѣда должно считать извѣстныя патологическія состоянія отпадающей оболочки, а именно, воспалительную гиперплазію и гипертрофію ея.

Но съ другой стороны, эти патологическія состоянія матки и придаточныхъ частей плода далеко не во всѣхъ случаяхъ составляютъ причину чрезмѣрно крѣпкаго соединенія послѣда съ внутреннею поверхностью матки. Иногда въ цѣломъ рядѣ случаевъ такъ-называемаго приращенія послѣда ни на немъ самомъ, ни на плодномъ пузырьѣ, — нигдѣ нельзя констатировать ни малѣйшихъ слѣдовъ предшествовавшаго воспаленія, да и вообще какихъ бы то ни было патологическихъ измѣненій. Чѣмъ же объяснить въ этихъ случаяхъ чрезмѣрно крѣпкую связь послѣда съ маткою? Существуетъ мнѣніе, что здѣсь вся суть въ недостаточной сократительности самой матки, т. е. у матки не хватаетъ достаточно силъ для того, чтобы отдѣлиться, какъ мы уже сказали выше, отъ послѣда. Эта-то недостаточная сократительность матки симулируетъ сращенія. Къ сожалѣнію, вопросъ этотъ изслѣдованъ еще очень мало, но намъ кажется, что въ пользу этого мнѣнія говоритъ очень много то обстоятельство, что въ случаяхъ подобнаго мнимаго сращенія послѣда та часть маточной стѣнки, гдѣ констатируемо было при жизни сращеніе, представляется при вскрытіяхъ болѣе или менѣе истонченной. Какъ бы то ни было, но частичныя сращенія послѣда, снова повторяемъ, не составляютъ ничего особеннаго и могутъ быть легко преодолены при извѣстной степени настойчивости и ловкости.

Но совсѣмъ иное дѣло, когда дѣтское мѣсто, какъ въ вышеприведенныхъ двухъ случаяхъ, представляется плотно сращеннымъ съ маткою почти на всемъ своемъ протяженіи. Въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ обыкновенно дѣло съ чрезвычайно большимъ, но зато и очень тонкимъ дѣтскимъ мѣстомъ. Кромѣ того и стѣнка матки, на которой оно сидитъ, истончена. Что, спрашивается, дѣлать въ подобныхъ случаяхъ, а равно и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ сращенія бывають хотя и не такъ обширны (при частичныхъ сращеніяхъ), но весьма плотны и требуютъ

весьма настойчивыхъ и усиленныхъ манипуляцій? Прежде всё акушеры почти единогласно отвѣчали на этотъ вопросъ въ такомъ смыслѣ, что частичныя сращения нужно стараться преодолѣть во что бы то ни стало и не выводить ни въ какомъ случаѣ послѣда по кускамъ. По-истинѣ совѣтъ этотъ далеко не рационаленъ, ибо настойчивое разрушеніе такихъ плотныхъ сращеній дѣтскаго мѣста съ маткой неизбѣжно сопровождается тяжелою траумою дѣтородныхъ органовъ вообще и въ особенности матки; почти обыкновеннымъ послѣдствіемъ таковой траумы бываетъ плацентарный эндометритъ, пуэрперальный лимфангоитъ, септикемия или пиѣмия со смертельнымъ исходомъ. *Wigand* одинъ изъ первыхъ возсталъ противъ этого ученія и совѣтовалъ въ подобныхъ случаяхъ *выводить послѣдъ изъ матки наружу настолько, насколько это возможно, а остальное, т. е. то, что чрезмѣрно приращено, не отдѣлять, а оставлять въ маткѣ.*

Мнѣ кажется, что болѣе рациональнаго совѣта едва ли можно требовать при подобныхъ условіяхъ. Родильница при подобномъ образѣ дѣйствія навѣрно выиграетъ, такъ какъ для нея гораздо безопаснѣе остаться съ кускомъ послѣда въ маткѣ, чѣмъ подвергнуться чрезвычайно опасному травматизму при насильственномъ отдѣленіи всѣхъ частей послѣда.

Что же касается до сплошнаго сращения, то на основаніи того, что я видѣлъ самъ и что сообщилъ мнѣ по этому поводу проф. *М. И. Горвицъ*, имѣвшій также дѣло съ этою аномаліей, я полагаю, что самое благоразумное держаться въ подобныхъ случаяхъ строго пассивнаго метода. Въ самомъ дѣлѣ, если плотныя частичныя сращения преодолѣваются иногда съ большимъ трудомъ и притомъ прямо въ ущербъ роженицѣ, то насколько же силенъ долженъ быть травматизмъ при отдѣленіи всего дѣтскаго мѣста? При этомъ не должно забывать, что мы имѣемъ здѣсь дѣло еще съ истонченіемъ маточной стѣнки, которую продыравить весьма легко. Поэтому несравненно выгоднѣе ждать и предоставлять такимъ образомъ маткѣ совершить хоть часть работы, т. е. отдѣлить послѣдъ хоть на нѣкоторомъ пространствѣ; затѣмъ слѣдуетъ сдѣлать осторожную попытку и приступить къ дальнѣйшему искусственному отдѣленію. Если же бы это не удалось исполнить, то нужно поступить, какъ при частичныхъ, неудобоотдѣляемыхъ сращенияхъ, т. е. удалить то, что можно, а остальное оставить.

**Отдѣленіе дѣтскаго мѣста и извлеченіе послѣда при различныхъ степеняхъ выворота матки.** Надобность въ отдѣленіи дѣтскаго мѣста встрѣчается исключительно при острой формѣ выворота матки. Поэтому считаемъ нужнымъ сказать нѣсколько словъ объ остромъ выворотѣ матки вообще. Выворотъ бываетъ *неполный (inversio uteri incompleta)* и *полный (inversio uteri completa)*. Первый встрѣчается въ 2 степеняхъ: 1-ю степенью, *depressio uteri*, считается такое состояніе, когда внутренняя поверхность дна матки (къ которой прикрѣпляется плацента) выпячивается въ полость ея, а со стороны наружной поверхности дна образуется воронкообразное углубленіе; 2-я степень, *intussus-*

*septio uteri*, когда дно вдается въ полость матки до того, что внутренняя поверхность его достигает маточнаго зѣва и при изслѣдованіи пальцемъ оно прощупывается въ видѣ шаровиднаго тѣла, напоминающаго фиброзный полипъ, помѣщающійся въ нижнемъ отрѣзкѣ матки. *Полный выворотъ* матки бываетъ тогда, когда внутренняя поверхность ея приходитъ въ соприкосновеніе со слизистой оболочкою рукава, причемъ маточный зѣвъ бываетъ обращенъ вверхъ. При этомъ иногда случается, что въ углубленіе матки попадаютъ сверху петли кишекъ. При полномъ выворотѣ матки, осложненномъ выпаденіемъ ея, или, что все равно, при *выпадении вывороченной матки* (*prolapsus uteri inversi*), внутренняя поверхность ея съ рукавомъ или частью его находится внѣ половой расщелины. Всѣ эти виды выворота случаются до отдѣленія послѣда, во время и послѣ него, причемъ полный выворотъ происходитъ или вдругъ, или постепенно. Врачебная помощь здѣсь требуется неотлагательно и чѣмъ своевременнѣе она будетъ подана, тѣмъ благопріятнѣе результатъ.

Нельзя не согласиться съ тѣмъ, что располагающею причиною къ вывороту матки служитъ или парезъ, или полный параличъ всей матки, или же только той части ея, къ которой прикрѣпляется плацента. Известно также, что въ этомъ послѣднемъ отдѣлѣ матки ткань ея бываетъ весьма тонка и обильна сосудами; поэтому часть матки (большею частью дно ея), потерявшая способность правильно сокращаться, легко выпячивается въ полость и вмѣстѣ съ тѣмъ даетъ тяжелые припадки, между которыми сильное кровотеченіе составляетъ самое выдающееся и опасное явленіе. Понятно, что при этихъ условіяхъ малѣйшая дѣйствующая извнѣ причина, какъ напр. потягиваніе за пуповину, неловкое отдѣленіе присосага дѣтскаго мѣста, усиленная дѣятельность брюшнаго пресса, несвоевременное выжиманіе послѣда, можетъ болѣе или менѣе быстро произвести выворотъ матки. Нельзя однакоже отвергать, что при известныхъ условіяхъ, вѣроятно зависящихъ отъ мѣста и пространства, на которомъ матка поражена параличемъ, выворотъ можетъ произойти и *произвольно*, т. е. безъ видимой внѣшней причины.

Что касается до *распознаванія* остраго выворота матки, то оно не сопряжено съ большими трудностями; требуется только внимательное двойное изслѣдованіе и сличеніе результатовъ его съ субъективными, обыкновенно бурными и внезапно появляющимися припадками, наступающими во время изгнанія послѣда или тотчасъ послѣ изверженія его. Припадки эти суть слѣдующіе: упадокъ силъ, подчасъ съ глубокимъ обморокомъ, маточное кровотеченіе и, по мѣрѣ того какъ матка болѣе и болѣе выворачивается, больная жалуется на чувство тяжести, полноты и боли въ тазу и сильныя натуги; когда же выворотъ уже вполнѣ совершился, то упадокъ силъ и боли усиливаются, конечности холодѣютъ, лицо и все тѣло покрываются холоднымъ потомъ, появляется рвота и сильное безпокойство, а затѣмъ вывернутая матка появляется въ видѣ опухоли во влагалищѣ или внѣ половой расщелины. Кровотеченіе бываетъ непостоянно и то усиливается, то уменьшается; упадокъ же силъ замѣчается почти постоянно даже и безъ кровотеченія.

При выворотѣ матки въ послѣдовомъ періодѣ, т. е. когда дѣтское мѣсто еще не отдѣлилось, одни совѣтуютъ сперва вправить матку, не отдѣляя его, другіе же, напротивъ, вправленію предпосылаютъ искусственное отдѣленіе дѣтскаго мѣста. При *неполномъ* выворотѣ удобнѣе, кажется, сперва вправить матку, но при *полномъ*—трудно сказать что-либо положительное. Въ двухъ случаяхъ, представившихся моему наблюденію, я сперва отдѣлил дѣтское мѣсто, а потомъ вправилъ матку; въ обоихъ случаяхъ отдѣленіе послѣда продолжалось не болѣе 2 — 3 минутъ, кровотеченіе было самое умѣренное, и оба случая окончились совершенно благополучно. Испытавъ, что дѣтское мѣсто легко и скоро отдѣляется, и притомъ принимая въ соображеніе, что въ случаѣ сильнаго кровотечения на кровоточащую поверхность, находящуюся передъ глазами, гораздо удобнѣе и вѣрнѣе можно дѣйствовать холодомъ, растворомъ полуторохлористаго желѣза и даже прижатіемъ, я остаюсь пока защитникомъ принципа, что *въ свѣжихъ случаяхъ полного выворота матки дѣтское мѣсто слѣдуетъ отдѣлить прежде, чѣмъ приступлено будетъ къ вправленію матки.*

Отдѣленіе дѣтскаго мѣста производится очень просто: отыскиваютъ край его, отслаиваютъ пальцами и отдѣленную часть захватываютъ пальцами другой руки, а отслойка остальной части плаценты производится по общепринятымъ правиламъ. Всю процедуру эту сравниваютъ весьма удачно съ отслойкою корки, при очищеніи апельсина. Отдѣленіе дѣтскаго мѣста производится еще легче, если оно только нѣкоторыми своими дольками осталось въ связи съ маткою. При разрушеніи болѣе плотныхъ сращеній нужно руководствоваться тѣми же правилами, которыя изложены выше, при описаніи искусственного отдѣленія дѣтскаго мѣста.

*Вправленіе вывороченной матки* производится въ положеніи женщины на спинѣ съ достаточно приподнятымъ тазомъ. Хлороформированіе необходимо въ тѣхъ случаяхъ, когда маточный зѣвъ уже соприкоснулся, въ свѣжихъ же случаяхъ иногда можно обойтись и безъ хлороформа, ибо здѣсь потеря времени можетъ стоить роженицѣ иногда весьма дорого. При вправленіи свѣже-вывороченной матки нужно имѣть въ виду возстановить не только правильное положеніе ея, но и воспрепятствовать повторенію выворота, а въ случаѣ кровотеченія остановить его. Сама операція вправленія матки при *неполномъ выворотѣ ея* производится давленіемъ пальцами на дно матки снизу вверхъ по направленію проводной линіи таза, для чего, смотря по надобности, вводится въ рукавъ иногда только нѣсколько пальцевъ, а иногда и вся ручная кисть. Проникнувъ чрезъ зѣвъ, дѣйствуютъ на дно пальцами и выпрямляютъ матку; другая рука помѣщается надъ лоннымъ сочлененіемъ и, такъ сказать, поддерживаетъ матку; если дѣтское мѣсто не было отдѣлено, то оно отдѣляется и послѣдъ выводится наружу по общепринятымъ правиламъ. Съ цѣлью возбудить послѣродовыя маточныя сокращенія и черезъ это предупредить возвратъ болѣзни и кровотеченіе, въ матку вводятъ снова руку, а снаружи чрезъ брюшныя стѣнки обхватываютъ ее другою рукою и такимъ



образомъ вызываютъ маточныя сокращенія, раздражая органъ снаружи растираніемъ дна матки, а спутри соприкосновеніемъ пальцевъ.

Нѣкоторые полагаютъ, что такое дѣйствіе руками съ цѣлью возбужденія маточныхъ сокращеній можетъ быть замѣнено кольпейринтеромъ *Braun'a* или пессаріемъ (*Gariel'я* <sup>1)</sup>), наполненными холодною водою. По моему мнѣнію, гораздо вѣрнѣе вводить въ матку кусочки льда, завернутые въ кисею или ветошку. Для этой же цѣли и при сильномъ кровотеченіи къ отличнымъ средствамъ принадлежитъ впрыскиваніе въ полость матки холодной воды (со льдомъ) или слабаго раствора полуторохлористаго желѣза <sup>2)</sup>, для чего наконечникъ проводятъ по ладонной поверхности руки, находящейся въ полости матки, до дна ея, а при кольпейринтерѣ вода перемѣняется почаще, приблизительно каждыя 5 минутъ. Во время впрыскиванія рука остается въ полости матки до тѣхъ поръ, пока кровотеченіе не прекратится и пока матка не сократится. Для усиленія послѣродовыхъ маточныхъ сокращеній иногда весьма полезно бываетъ дать нѣсколько приемовъ (по 10 гр.) спорыньи.

При вправленіи матки, *совершенно вывороченной*, конусообразно сложенные пальцы одной руки прикладываются къ внутренней поверхности дна матки; ими давятъ сначала на матку по проводной линіи таза по направленію къ крестцовой впадинѣ, потомъ ко входу таза, стараясь обойти мысь съ той или другой стороны; въ то же время давленіемъ другой руки, приложенной надъ лоннымъ сочлененіемъ, придерживаютъ вправленную уже часть матки и предохраняютъ могущій случиться разрывъ влагалища или даже совершенный отрывъ его отъ матки. При этой операціи дѣйствующая сила должна быть прилагаема очень осторожно и такимъ образомъ, чтобы вправливаніе матки производилось въ порядкѣ, обратномъ тому, какъ совершился выворотъ, т. е. сначала долженъ вступить въ зѣвъ нижній сегментъ матки, потомъ, когда образуется уже вдавленіе на днѣ матки, послѣднее подъ вліяніемъ манипуляцій мало-по-малу становится на мѣсто, и наконецъ матка вдругъ принимаетъ нормальное положеніе. Вправивъ матку, нужно позаботиться болѣе, чѣмъ при неполномъ выворотѣ, о возбужденіи маточныхъ сокращеній, причѣмъ поступаютъ точно такимъ же образомъ, какъ изложено выше.

Изложенный нами способъ вправленія матки считается общепринятымъ и совершенно соотвѣтствуетъ показаніямъ въ свѣжихъ случаяхъ, гдѣ маточный зѣвъ еще не сократился.

Коль скоро маточный зѣвъ уже сократился и болѣе или менѣе сильно ущемилъ нижній отрѣзокъ матки, то подобное состояніе по справедливому замѣчанію *Montgomery* можно сравнить съ ущемленною грыжею кишекъ, и на основаніи этого нынѣ установилось правило, что

<sup>1)</sup> Пессарій *Gariel'я* съ двумя трубочками (черезъ одну онъ наполняется водою, а черезъ другую въ то же время опорожняется) удобнѣе всѣхъ другихъ.

<sup>2)</sup> *R. Barnes* употребляетъ *ol. martis* пополамъ съ водою, но я не совѣтую этого дѣлать въ виду того, что такой сильный растворъ разрушаетъ слизистую оболочку.

прежде всего нужно удалить сжатіе маточнаго зѣва, а потомъ уже стараться вправить матку, начиная съ тѣхъ отдѣловъ ея, которые вывернутся послѣдними, т. е. со дна и съ тѣла; при этомъ необходима наркотизація хлороформомъ. Сжатіе зѣва устраняется: 1) продолжительнымъ сжиманіемъ нижняго отрѣзка матки рукою или каучуковымъ пессаріемъ (кольцомъ), наполненнымъ воздухомъ, 2) надрѣзами маточнаго зѣва или 3) растяженіемъ его пальцами со стороны прямой кишки.

1) *Способъ Montgomery.* Нужно захватить рукою нижній отрѣзокъ матки, какъ можно ближе къ зѣву, крѣпко его сжать и держать въ этомъ положеніи, какъ можно дольше, и въ то же время вправлять матку въ томъ же направленіи и по тѣмъ же правиламъ, какъ и при общепринятомъ способѣ.

2) *Способъ Tyler-Smith'a*, рекомендуемый *R. Barnes'омъ* и испытанный многими извѣстными англійскими акушерами, состоитъ въ томъ, что сжатіе нижняго отрѣзка матки производится не рукою, а помощью каучуковаго пессарія, наполненнаго воздухомъ, который накладывается вблизи зѣва и оставляется на нѣсколько дней. Этимъ способомъ достигается сжатіе постоянное, равномерное и, по мѣрѣ надобности, продолжительное. *Tyler-Smith* достигъ этимъ способомъ благопріятнаго результата у больной, страдавшей выворотомъ матки въ продолженіи 12 лѣтъ.

3) *Надрѣзы зѣва* производятся очень просто: опухоль (вывернутая матка) помощью щипцовъ *Nelaton'a* или петель низводится ко входу влагалища и пуговчатымъ бистуреемъ или ножницами *Scanzoni* по руководству пальцевъ дѣлаютъ продольные надрѣзы зѣва на мѣстѣ ущемленія, съ каждой стороны по одному, глубиною отъ  $\frac{1}{2}$  до 1 см. Иногда сначала накладывается кольцо изъ вулканизированнаго каучука, лишь послѣ того прибѣгаютъ къ надрѣзамъ зѣва.

4) *Способъ Courty* состоитъ въ томъ, что вывороченная матка выводится изъ половой расщелины, два пальца (указательный и средній) одной руки вводятся въ прямую кишку и со стороны передней стѣнки ея проводятся въ зѣвъ матки; крючкообразно согнувши ихъ, сильно растягиваютъ зѣвъ; въ то же время другою рукою стараются вправить матку. Способъ этотъ заслуживаетъ вниманія при трудныхъ обстоятельствахъ.

Чѣмъ сильнѣе сжать маточный зѣвъ и чѣмъ долѣе продолжается болѣзнь, тѣмъ труднѣе вправить матку; несмотря однакоже на это, никогда не слѣдуетъ прибѣгать къ отнятію матки ножемъ, экразеромъ, гальванокаустикою и пр., не испытавъ настойчиво только что описанныхъ способовъ, примѣняя ихъ сообразно данному случаю. Въ наукѣ извѣстны случаи, гдѣ вправление удавалось при самыхъ запущенныхъ выворотахъ, существовавшихъ много лѣтъ.

*Выведеніе послѣда при разрывахъ матки.* Въ случаѣ выпаденія послѣда чрезъ разрывъ матки въ брюшную полость, для выведенія его наружу, нужно, по руководству пуговины, проникнуть въ брюшную полость, чрезъ разрывъ матки, нѣсколькими пальцами, полурукою, а

иногда и всею рукою, смотря по величинѣ разрыва и по тому, выпало ли все дѣтское мѣсто или же только часть его, и, захвативъ какъ удобнѣе, вывести его изъ брюшной полости сначала въ полость матки, а потомъ уже наружу. Если при этомъ случается выпаденіе кишекъ въ полость матки, —будетъ ли это до извлеченія или послѣ извлеченія послѣда наружу, —необходимо ихъ вправить обратно въ брюшную полость.

*Отдѣленіе и извлеченіе послѣда при выкидышѣ, а равно удаленіе перерожденнаго плоднаго яйца* гораздо труднѣе, чѣмъ при зрѣлыхъ родахъ. Извѣстно, что задержаніе дѣтскаго мѣста при выкидышѣ всего чаще случается подъ конецъ 3 и въ теченіи 4 и 5 мѣсяцевъ беременности. Затрудненія при этомъ отдѣленіи и извлеченіи бывають какъ со стороны плаценты, такъ и со стороны матки.

1. *Со стороны плаценты.* Извѣстно, что въ теченіи 4—5 мѣсяца беременности пуповина бываетъ очень тонка, слаба, легко отрывается или самую беременную, или при самомъ легкомъ потягиваніи другимъ лицомъ; дѣтское же мѣсто представляется плоскимъ, мало выдающимся надъ внутреннею поверхностью матки и рыхлымъ.

2. *Со стороны матки* препятствіе можетъ состоять въ томъ, что она мало открыта, а иногда и совсѣмъ закрыта. Весьма благопріятно, если матка открыта настолько, что черезъ зѣвъ можно провести въ полость ея два пальца, указательный и средній; нерѣдко же приходится въ ней дѣйствовать только однимъ указательнымъ пальцемъ. При всемъ этомъ матка можетъ находиться въ состояніи перегиба впередъ или назадъ, нерѣдко осложненнаго въ томъ и другомъ случаѣ наклоненіемъ ея, а равно различными новообразованіями въ стѣнкахъ ея. Весьма неблагопріятно осложненіе, если подвижность матки уменьшена вслѣдствіе хроническаго и въ особенности остраго периметрита. Отдѣленіе дѣтскаго мѣста встрѣчается въ практикѣ не только въ первые часы послѣ изверженія зародыша, но также и спустя нѣсколько часовъ, даже дней и недѣль, когда приращенный послѣдъ уже подвергся распаденію или превратился въ плацентарный полипъ.

Нѣкоторые акушеры совѣтуютъ предоставлять изгнаніе послѣда дѣятельности самой матки, усиливая ее терапевтическими средствами, какъ-то: спорыннею, бурою, хининомъ и т. п.; другіе, напротивъ, стараются удалить послѣдъ изъ матки ручными приемами и инструментами. Принимая въ соображеніе, что въ 4-мъ и даже въ 5-мъ мѣсяцѣ беременности послѣдъ рѣдко изгоняется силою самой матки и что задержаніе его сопровождается тяжелыми припадками и неблагопріятными послѣдствіями, нельзя не присоединиться къ мнѣнію тѣхъ акушеровъ, которые заботятся объ удаленіи послѣда, а равно и остатковъ плоднаго яйца, пока матка еще не закрылась.

Къ упомянутымъ нами выше припадкамъ и неблагопріятнымъ послѣдствіямъ нужно отнести маточное кровотеченіе, хотя и рѣдко смертельное, но производящее общее малокровіе, сильно подрывающее питаніе всего организма и самой матки, вслѣдствіе чего она неправильно конфигурируется и вслѣдствіе чего остаются трудно излечимыя, а иногда

и вовсе неисправимыя измѣненія матки (наклоненія, изгибы, опущенія, выиadenія). Притомъ разложеніе послѣда при малокровіи располагаетъ къ различнымъ пурперальнымъ формамъ заболѣванія, которыя ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ же заболѣваній послѣ срочныхъ родовъ и которыя могутъ оканчиваться также неблагополучно.

*Отдѣленіе и выведеніе послѣда послѣ выкидыша*, а равно остатковъ плоднаго яйца, находящагося въ патологическомъ состояніи (ароплексія ови мола), производится или ручными приѣмами или же помощью инструментовъ. Въ томъ и другомъ случаѣ больной дается такое же положеніе, какъ при отдѣленіи дѣтскаго мѣста при срочныхъ родахъ. Смотря по обширности влагалища и степени открытія зѣва, въ дѣтородныя части вводится или вся рука, или полъ-руки, или только два пальца, а иногда даже одинъ палецъ; нужно замѣтить, что въ большинствѣ случаевъ приходится дѣйствовать въ полости матки однимъ указательнымъ или указательнымъ и среднимъ пальцами; весьма благоприятно, если при этомъ можно помѣстить хоть полъ-руки во влагалищѣ. Введши палецъ или пальцы одной руки въ полость матки, другою рукою обхватываютъ матку чрезъ брюшныя стѣнки и надавливаютъ ее по направленію проводной линіи таза къ пальцамъ, находящимся въ полости ея. Приблизивъ такимъ образомъ внутреннюю поверхность матки къ пальцамъ, находящимся въ полости ея, изслѣдуемъ продуктъ, подлежащій удаленію, достигаемъ до мѣста прикрѣпленія его (обыкновенно у самаго dna матки), отдѣляемъ осторожно концомъ пальца и затѣмъ извлекаемъ при содѣйствіи выжиманія, какъ при способѣ *Credé*. Въ случаѣ возможности дѣйствовать двумя пальцами, стараемся захватить его между ними; въ тѣхъ же случаяхъ, когда мы принуждены ограничиться однимъ пальцемъ, нужно прижать удаляемое тѣло къ маткѣ и ротаторно-выгребательными движеніями пальца низвести его во влагалище и наружу. При навькѣ, терпѣніи и ловкости этими приѣмами удается достигнуть цѣли. Понятно теперь, почему успѣхъ операціи зависитъ не только отъ степени раскрытія маточнаго зѣва, но и отъ подвижности матки и уступчивости брюшныхъ стѣнокъ: чѣмъ матка подвижнѣе и брюшныя стѣнки уступчивѣе, тѣмъ болѣе она можетъ быть низдавлена ко входу влагалища и тѣмъ удобнѣе дѣйствовать пальцами или пальцемъ въ ея полости.

*При наклоненіяхъ и изгибахъ матки* необходимо прежде всего выпрямить ее, т. е. дать ей нормальное положеніе. Это легко исполняется въ случаяхъ наклоненія матки впередъ слѣдующимъ приѣмомъ: пальцемъ, введеннымъ во влагалище лежащей на спицѣ больной, черезъ переднюю половину свода отодвигаемъ тѣло и дно матки кзади и вверхъ и въ то же время чрезъ брюшныя стѣнки другою рукою надавливаемъ на переднюю поверхность матки въ томъ же направленіи. Коль скоро поддерживаніе матки со стороны брюшныхъ стѣнокъ упрочилось, то пальцы, находящіеся въ передней половинѣ влагалищнаго свода, перемѣщаются въ заднюю половину его и концы ихъ прикладываются къ задней поверхности влагалищной части съ тѣмъ, чтобы, на-

жимая на нее сзади напередъ, окончательно исправить положеніе матки. Понятно, что при этой манипуляціи матка совершитъ перемѣщеніе около одной изъ своихъ поперечныхъ осей.

Не такъ легко достигается цѣль *при наклоненіи матки назадъ*. Вправленіе ея въ этомъ случаѣ исполняется иногда удобнѣе при боковомъ положеніи больной, а иногда при колѣнно-локтевомъ (*à la vache*). Иногда это вправленіе должно производить одновременно черезъ влагалище и черезъ прямую кишку; пальцы, введенные во влагалище, дѣйствуютъ на маточную шейку по направленію спереди назадъ (къ крестцовой впадинѣ), а пальцы, помѣщенные въ прямую кишкѣ, приподымаютъ дно матки вверхъ и впередъ. Этимъ приемомъ цѣль можетъ быть достигнута при незначительномъ наклоненіи; но при высокой степени (3-ей) наклоненія приемъ рѣдко удастся. Въ подобныхъ трудныхъ случаяхъ, требующихъ безотлагательнаго выведенія инороднаго тѣла изъ матки, не остается ничего больше, какъ прибѣгнуть къ инструментальной помощи, о которой рѣчь будетъ ниже.

*Удаленіе послѣда, а также перерожденнаго плоднаго яйца изъ полости матки помощью инструментовъ* требуется нечасто и здѣсь обще-принятое въ акушерствѣ правило — избѣгать, сколько возможно, инструментальной помощи — имѣетъ примѣненіе. Для этой цѣли было придумано много инструментовъ, начиная отъ инструмента *à bec de grue*, имѣющаго видъ птичьей ножки съ когтями. Всѣ остальные инструменты имѣли видъ или ложечекъ (*Буальскаю, Récamier, Pajot*), лопаточекъ, крючковъ (*Dewees, Duges, Mayer*), щипчиковъ въ видѣ длиннаго корнцанга или полипныхъ щипцовъ, акушерскихъ щипцовъ въ уменьшенномъ видѣ (*pince à faux germes Levret'a, P. Dubois, Hohl'a*). Обо всѣхъ этихъ инструментахъ въ общихъ чертахъ можно сказать только то, что во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка уже закрыта настолько, что не пропускаетъ указательнаго пальца, они не могутъ принести желаемой пользы и, по моему мнѣнію, ими дѣйствовать не всегда безопасно.

Для примѣра опишу ложечку проф. *Pajot* (*curette de trois grandeurs différentes et se montant sur la même articulation*). Фиг. 275 представляетъ выпрямленную ложечку: помощью гайки ложечка приближается къ стержню такъ, что образуетъ съ нимъ весьма острый уголъ, что видно на фиг. 276 *d*, представляющей *закрытую ложечку*. Ложечки бываютъ 3-хъ величинъ и при употребленіи ихъ въ дѣло соображаются со степенью открытія маточнаго зѣва. Инструментъ этотъ предназначенъ изобрѣтателемъ его для отдѣленія дѣтскаго мѣста и извлеченія послѣда въ тѣхъ случаяхъ, когда матка уже сократилась и акушеръ не имѣетъ возможности проникнуть въ полость ея безъ насилія, весьма вреднаго для больной, между тѣмъ какъ маточное кровотеченіе или измѣненія въ послѣдѣ угрожаютъ опасностью для жизни. Въ такихъ случаяхъ *Pajot* совѣтуетъ ввести по указательному пальцу въ полость матки ложечку открытою, помощью ея отдѣлить дѣтское мѣсто тамъ, гдѣ оно приросло, и потомъ, закрывая ложечку, стараться захватить въ уголъ ея дѣтское мѣсто. Признаюсь, что при употребленіи этого инструмента я никогда не слѣдовалъ совѣту *Pajot*: мнѣ всегда казалось, что дѣйствовать на удачу инструментомъ, верхушка угла котораго довольно остра, опасно, ибо весьма легко можно поранить матку, не достигнувъ иногда цѣли. Ложечка *Pajot* примѣнена была мною съ пользою въ 2—3 случаяхъ подобно тому, какъ и ложечка покойнаго проф. *Буальскаю*. Достигнувъ указательнымъ пальцемъ до мѣста прикрѣпленія плаценты и

не будучи въ состояніи отдѣлить ее, я бралъ на помощь ложечку *Pajot*, вводилъ ее открытою въ полость матки и, доведши до дѣтскаго мѣста, старался помѣстить ее такъ, чтобы она служила точкою опоры для пальца, или такъ, чтобы дѣтское мѣсто было помѣщено между ложечкою и пальцемъ, и тогда уже начиналъ отдѣлять его или пальцемъ, или ложечкою, а потомъ, прижавъ его къ ложечкѣ, выводилъ наружу. Не могу при этомъ не замѣтить, что тамъ, гдѣ трудно справиться пальцами, при помощи ложечки было немногимъ легче.

Фиг. 275.



Въ настоящее время при задержаніи плоднаго яйца или его остатковъ въ маткѣ, въ случаяхъ настоятельной необходимости, я поступаю слѣдующимъ образомъ. Если каналъ шейки открытъ настолько, что можно, хотя и съ трудомъ, провести черезъ него палецъ, то я отдѣляю яйцо пальцемъ и затѣмъ пытаюсь вывести его пальцемъ же; если извлеченіе не удастся, то ввожу обыкновенный корнцангъ, какъ сказано ниже, и извлекаю имъ все, что было отдѣлено. Если же каналъ шейки закрытъ совершенно, то прибѣгаю къ расширителямъ *Hegar'a* или *Fritsch'a*.

Въ случаяхъ, не требующихъ немедленнаго выведенія плоднаго яйца или его остатковъ, достаточно, по отдѣленіи яйца пальцемъ, вложить въ рукавъ дезинфицированный ватный тампонъ, послѣ чего обыкновенно черезъ часъ или два плодное яйцо изгоняется или въ шейку матки, или въ рукавъ. Какъ до удаленія плоднаго яйца, такъ и послѣ него необходимо прополоскать матку дезинфицирующимъ растворомъ.

Въ настоящее время въ случаяхъ, въ которыхъ не удалось извлечь плодное яйцо цѣликомъ, прибѣгаютъ къ выскабливанію полости матки тупою ложечкою *Martin'a* или *Rheinstädter'a*, фиг. 277, съ полою рукояткою и стержнемъ; ложечка *Rheinstädter'a* заслуживаетъ предпочтенія потому, что помощью ея не только легко и удобно производится выскабливаніе, но и главное потому, что въ то же время струею воды, пропущенною черезъ инструментъ, удаляется все выскобленное, для чего передъ введеніемъ въ матку сообщаютъ ложечку съ кружкою *Esmarch'a*.

Фиг. 276.



Щипцеобразные инструменты, какъ напр. *pince à faux germe P. Dubois* и *pince à crémaillère*, прямые и искривленные по поверхности, большею частью служатъ для выведенія уже отдѣливагося дѣтскаго мѣста или перерожденнаго плоднаго яйца, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и для отдѣленія этихъ продуктовъ.

*Pince à faux germe P. Dubois*, фиг. 278, какъ показываетъ уже само названіе, назначены авторомъ для выведенія наружу главнымъ образомъ заносовъ. Щипцы эти, какъ выше было замѣчено, имѣютъ видъ малыхъ *Levret'*овскихъ акушерскихъ щипцовъ, снабжены французскимъ замкомъ и вѣтви ихъ перекрещиваются. Они вводятся

въ полость матки по руководству одного или двухъ пальцевъ, сперва одна ложка, потомъ другая, и размѣщаются такъ, чтобы онѣ могли захватить крѣпко то, что должно быть удалено, и потомъ замыкаются. Захвативъ такимъ образомъ инородное тѣло, извлекаютъ его наружу, придерживаясь проводной оси дѣтородныхъ путей и подъ прикрытіемъ пальца.

Щипцы съ задвижкой прямые, фиг. 277, и кривые *pince à cre-*

Фиг. 277.

Фиг. 278.

Фиг. 279.



*maillere*, а равно обыкновенный длинный корнцангъ, служатъ для той же цѣли. Кривые щипцы предпочитаютъ при наклоненіяхъ и изгибахъ матки и въ особенности при изгибахъ назадъ. Щипцы вводятся въ полость матки закрытыми и всегда по руководству одного или двухъ пальцевъ; кривизна ихъ должна совпадать съ кривизною оси матки. Затѣмъ въ полости матки щипцы раскрываются и ими захватываютъ инородное тѣло, убѣдившись предварительно въ томъ, что оно захвачено надлежащимъ образомъ и что въ щипцы не попала какая-либо часть внутренней поверхности матки или слизистой оболочки рукава. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда, напр., остающееся нѣсколько дней въ полости матки дѣтское мѣсто или заносъ соединены съ маткой какъ бы ножкою, болѣе или менѣе толстою, нужно стараться захватить щипцами ножку какъ можно ближе къ стѣнкѣ матки и затѣмъ открутить ее, сдѣлавъ нѣсколько поворотовъ щипцами около продольной оси, и наконецъ уже извлечь ее наружу.



## ГЛАВА XX.

### О пособіяхъ при выпаденіи пуповины.

**Историческія замѣчанія.** Не подлежитъ сомнѣнію, что такое осложненіе, какъ выпаденіе пуповины, должно было представляться наблюденію акуперовъ всѣхъ эпохъ. Однако до половины XVII столѣтія нигдѣ не упоминается ни о важности, ни о леченіи его. Первый, съ опредѣленностью коснувшійся письменно этого вопроса, былъ мало-извѣстный акушеръ *J. Primerose* (1655). Нѣкоторое время спустя, *Viardel*, *Völter*, *Portal*, въ особенности же *Mauriceau* начали разрабатывать еще такъ мало тронутую почву этого вопроса и стали настойчиво предлагать выправливаніе выпавшей пуповины. къ ихъ ученію примкнули *Peu*, *Amand*, *J. Siegemundin*, *Deventer*, *Roederer* и др. Благодаря ихъ усиліямъ и авторитету, операція выправливанія пуповины, неоднократно и съ успѣхомъ произведенная въ то время, упрочилась въ практикѣ, несмотря на встрѣчное противоудѣйствіе со стороны *de la Motte'a*, *Smellie*, *Levet'a*, *Boër'a* и *Baudelocque'a*. Считая эту операцію столь же безплезной, какъ работа Данандъ, они предлагали оканчивать роды щипцами, поворотомъ или другими способами. До какой степени были иногда странны предложенія противниковъ разсматриваемой операціи, стоитъ только вспомнить о *Duparque'ѣ* и *Ritgen'ѣ*, изъ которыхъ первый даже при свѣжемъ выпаденіи пуповины перерѣзывалъ пуповину и вырскивалъ въ плацентарный конецъ ея холодную воду, чтобы вызвать маточныя сокращенія и тѣмъ способствовать дальнѣйшему окончанію родовъ.

### Л И Т Е Р А Т У Р А.

Aitken. Principles of Midwifery or puerperal Medicine. London 1784. Abegg, см. Zur Geb. u. Gynæk. Berlin 1868. Boër. De arte obstetricia libri. Vienna 1830, lib. 5, de partu prolap. chorda umbilicali. Busch. Erster Bericht d. geburtsh. Klinik. Berlin 1837. Brunton. Obst. Journ. of Gr. Brit. April 1679. Chiari, Braun u. Spaeth, Klinik d. Geb., p. 88. Davis. Elements of oper. Midwifery. Lond. 1825. Engelmann. Am. Journ. of Obst. Vol. VI u. VII. Feist. Encyclopæd. Wörterb. d. med. Wissensch. Berlin 1842. Hildebrandt. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XXIII. Hecker. Beobacht. u. Untersuchung. München 1881. Hugenberger. Petersb. med. Z. 1872, Bd. III, Hft 4. Kohlschütter. Quendam de funiculo umbilicali, frequente morbi nascentium causa. Lips. 1833. Kiestra. Nederl. Weckbl. April 1855. Lebovicz. Ueber Vorfal d. Nabelschnur bei Beckenlagen. Berlin 1870. Martens. Versuch eines Systems d. Geburtsh. Leipzig 1802. Mauriceau. Observ. s. l. grossesse et accouchem. des femmes etc. Paris 1728. Michaelis. Abhandlungen etc. Kiel 1833. Michaelis. N. Z. f. Heilkd. Bd. III. Massmann. Petersb. med. Z. Bd. XIV. Neugebauer (Калиштъ). Günsb. Zeitsch. 1852. Primerose. De milierum morbis etc. Rotterdam 1655. Rau. Gemeins. deutsche Z. f. Gebkd. Bd. VI.

Robertan, см. Barnes, Obst. Op. 2 ed., p. 143. Siebold. Journal f. Geburtsh. Bd. X, XI u. XII. Schurè. De la procidence du cordon ombilicale etc. Strasb. 1835. Schöller. N. Z. f. Gebkd. Bd. VI, Hft. 3. Schmidt. Ann. d. Charité Krankh. zu Berlin. Bd. II, 1852. Seyffert. Scanzoni's Beiträge. Bd. I, 1854. Schmeisser. Monatssehr f. Gebkd. Bd. XXXIV. Trefurt. N. Z. f. Gebkd. Bd. II. Thomas. Treatm. of Prol. of the Funis. Trans. of the New-York Acad. of med. 1858. Theopold. Deutsche Klinik 1860. Wegscheidler. Verh. d. Gesellsch. f. Geburtsh. in Berlin. Bd. VI, 1852. Viardel. Observ. sur la pratique des Accouchem. etc. Paris 1671, chap. 23 et 29.

**Опредѣленіе и цѣль.** Всѣ пособія при выпаденіи пуповины во время родового акта имѣютъ цѣлью сохранить жизнь плода, которая при такомъ условіи исключительно подвергается опасности, въ особенности послѣ излитія водъ.

До излитія водъ, при такъ-называемомъ предлежаніи пуповины, выжидаемъ раскрытія маточнаго зѣва, совѣтуемъ роженицѣ спокойно лежать, не натуживаться, и неотступно наблюдаемъ за ходомъ родовъ, чтобы, по излитіи водъ, тотчасъ же приступить къ надлежащему пособию.

Пособія бываютъ *ручныя* и *инструментальныя*. Какъ тѣ, такъ и другія многочисленны, разнообразны и вообще, можно сказать, не вполне надежны, особенно послѣднія, ибо при выпаденіяхъ пуповины умираетъ больше половины утробныхъ младенцевъ. Притомъ каждое изъ этихъ пособій не всегда имѣетъ точно опредѣленныя показанія.

Говоря вообще, нужно принять за основное правило, что для полнаго достиженія цѣли *выпавшая пуповина не только должна быть вправлена обратно въ полость матки, но вмѣстѣ съ тѣмъ должны быть приняты мѣры, препятствующія повторенію выпаденія.*

Хотя я и постараюсь указать на то, какъ должно вообще поступать при выпаденіи пуповины, но въ каждомъ данномъ случаѣ встрѣчается столько разнообразныхъ обстоятельствъ, тѣсно связанныхъ между собой, что при изложеніи разбираемыхъ пособій трудно сгруппировать всѣ случайности и заключить ихъ въ извѣстныя рамки; поэтому находчивость при сочетаніи ихъ зависитъ отъ быстроты соображенія и опытности акушера.

**Условія.** Главнѣйшимъ образомъ слѣдующія обстоятельства должны быть приняты въ соображеніе:

1) *Мѣстонахожденіе выпавшей пуповины, величина ея петли, пульсація пуповины и сердцебиеніе плода.* Петля пуповины, выпавшая впереди одного изъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій, а равно при поперечныхъ и косыхъ положеніяхъ плода, не сильно и не вдругъ подвергается прижатію или ущемленію, притомъ и вправленіе ея легче. При выпаденіи петли пуповины позади лоннаго сочлененія, прижатіе ея между лонными костями и предлежащею частью, особенно если это будетъ головка, бываетъ сильное, вправленіе большею частью затруднительно. Чѣмъ меньше петля, тѣмъ условія благопріятнѣе: малая петля, не выпавшая еще во влагалище и лежащая сбоку предлежащей головки, при существованіи другихъ благопріятныхъ обстоятельствъ, особенно при хорошихъ потугахъ, удобно вправляется въ матку.

Прекращеніе пульсаціи въ пуповинѣ, а равно и сердцебіенія плода указываетъ на то, что вмѣшательство искусства, относительно выпавшей пуповины, уже излишне.

2) *Степень раскрытія маточноя зѣва и способность его растягиваться.* Полное раскрытіе зѣва или даже только достаточное для введенія руки акушера или щипцовъ, особенно при его удобоэластичности, составляетъ одно изъ самыхъ благопріятныхъ обстоятельствъ, дающихъ возможность акушеру окончить роды скоро и большею частью благополучно, если нѣтъ препятствій со стороны неправильности таза. Поэтому при подобныхъ обстоятельствахъ послѣ вправленія пуповины, при малѣйшемъ ослабленіи сердцебіенія плода, нужно окончить роды, смотря по обстоятельствамъ, или поворотомъ съ послѣдовательнымъ извлеченіемъ, или щипцами. Мнѣ случалось у многорожавшихъ при затрудненномъ вправленіи пуповины или при невозможности удержать ее, когда головка уже находилась въ полости таза, оканчивать роды благополучно для младенца щипцами безъ вправленія пуповины.

Вообще при только-что указанныхъ благопріятныхъ обстоятельствахъ со стороны зѣва, если вправленіе пуповины или предотвращеніе новаго выпаденія не удастся или даже только затруднительно, то роды оканчиваются при высоко стоящей и подвижной головкѣ *поворотомъ съ поспѣвающимъ извлеченіемъ*; при головкѣ же, находящейся уже въ полости таза, — *щипцами*, а при ягодичныхъ положеніяхъ *извлеченіемъ за ягодицы*. Здѣсь нелишнимъ считаю напомнить, что при высокомъ стояніи ягодицъ, иногда удается освободить ножку, конечно, съ необходимою осторожностью, чтобы не сломать ее. Во всякомъ случаѣ, прежде чѣмъ приступлено будетъ къ одной изъ только-что поименованныхъ операций, необходимо вправить пуповину, исключая тѣ рѣдкіе случаи, гдѣ есть возможность разсчитать, что роды и безъ предварительнаго вправленія пуповины могутъ быть окончены быстро (въ нѣсколько минутъ), т. е. гдѣ прижатіе пуповины самое кратковременное.

3) *Положеніе плода.* При косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ плода выпавшая пуповина, особенно вскорѣ послѣ излітія водъ, очень часто вовсе не подвергается прижатію и показанія къ пособіямъ вслѣдствіе выпаденія пуповины имѣютъ второстепенное значеніе. При ягодичныхъ положеніяхъ, хотя петля подвергается и не столь сильному прижатію, какъ при черепныхъ положеніяхъ, но, несмотря на то, исходы для младенца бывають неблагополучные по причинѣ медленнаго теченія родовъ.

4) *Строеніе таза* есть одно изъ самыхъ важныхъ обстоятельствъ. При суженіяхъ таза должно принять въ соображеніе не только выпаденіе пуповины, но и степень суженія таза, поэтому и пособія должны быть комбинированныя; вообще можно сказать, что при значительныхъ суженіяхъ таза, пособія для вправленія пуповины имѣютъ второстепенное значеніе.

5) *Качество потугъ.* Пособія при быстромъ, но нормальномъ ходѣ родовъ большею частью даютъ благопріятные результаты, но съ другой

стороны весьма легко пропустить удобную минуту для вправленія выпавшей пуповины.

Извѣстно, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ роды скорѣе совершаются у многорожавшихъ, чѣмъ у первородящихъ, поэтому и это обстоятельство имѣетъ немаловажное значеніе при рѣшеніи вопроса, какое пособіе должно быть предпочтительно въ каждомъ данномъ случаѣ.

**Способы производства.** Вправливаніе выпавшей пуповины можетъ быть *ручное и инструментальное.*

I. *Ручное вправливаніе выпавшей пуповины.* Оно совершается обыкновенно подъ хлороформомъ, внѣ потуги; при этомъ роженица лежитъ на спинѣ или на боку, а иногда въ положеніи, похожемъ на колѣбно-локтевое. Операция производится лѣвой рукой, если пуповина выпала съ правой стороны мыса, правой — если она выпала съ лѣвой стороны его. Вообще избирается та рука, которою удобнѣе дѣйствовать. Если, напр., петля пуповины выпала съ лѣвой стороны мыса, то двумя пальцами (указательнымъ и среднимъ) правой руки очень легко и осторожно берутъ петлю пуповины, нисколько ее не сжимая (еще лучше, если только окажется возможнымъ, — помѣщать петлю въ углубленіи, образуемомъ 2-мя или 3-мя пальцами), вводятъ пуповину въ полость матки, какъ можно выше, за подлежащую часть и, наконецъ, не вынимая руки, предотвращаютъ ея новое выпаденіе. Вообще, вправливаніе должно производить осторожно, избѣгая прижатія пуповины; послѣ вправленія необходимо освѣдомиться о состояніи сердцебіенія плода.

Нѣкоторые акушеры, подражая *Kroft*'у, для предотвращенія новаго выпаденія совѣтовали, вправивъ пуповину, зацѣпить ее за одну изъ ножекъ плода или помѣстить ее между ягодицами или ножками и дальнѣйшій ходъ родовъ предоставить природѣ. Мнѣ кажется, что во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда рука акушера находится въ полости матки и настолько высоко, что достигаетъ до ножекъ, совершить поворотъ будетъ цѣлесообразнѣе и болѣе въ интересахъ матери и плода, чѣмъ зацѣплять пуповину только-что сказаннымъ и притомъ не вполне надежнымъ способомъ.

II. *Вправленіе выпавшей пуповины помощью инструментовъ.* Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ зѣвъ еще недостаточно открытъ и гдѣ введеніе руки въ матку невозможно, а между тѣмъ пульсація пуповины и сердцебіеніе плода становятся неправильными, прибѣгаемъ къ инструментальному вправленію пуповины. Для этой цѣли было предложено много способовъ, а равно и инструментовъ (*repositoria*), но, къ сожалѣнію, какъ тѣ, такъ и другіе болѣею частью мало надежны, поэтому мы здѣсь укажемъ только на болѣе пригодные.

1) *Способъ Dudan*'а былъ употребляемъ часто съ успѣхомъ *Champion*'омъ. Этотъ способъ заключается въ слѣдующемъ: берутъ эластическій, всего лучше англійскій мужской катетеръ (№ 9 или 10) съ мандриномъ, на петлю пуповины навязываютъ петлю изъ узкой тесемки, потомъ проволокой зацѣпляютъ тесемочную петлю, вводятъ ее въ окошко катетера и надѣваютъ на мандринъ. Прицѣпивъ такимъ образомъ петлю

пуповины къ катетеру, по руководству пальца, вводятъ катетеръ сначала въ зѣвъ, а потомъ въ полость матки, стараясь провести его, какъ можно выше, за подлежащую часть. Исполнивъ это и убѣдившись въ существованіи сердцебіенія плода, пальцемъ слѣдятъ за могущимъ вновь случиться выпаденіемъ пуповины, держатъ неподвижно катетеръ до тѣхъ поръ, пока зѣвъ не откроется и подлежащая часть не опустится въ полость таза. Коль скоро это совершилось, извлекаютъ сначала мандринъ изъ катетера, а потомъ и самый катетеръ. Само собой разумѣется, что послѣ выведенія мандрина тесемочная петля освобождается и остается съ пуповиной въ полости матки. Окончаніе родовъ, смотря по обстоятельствамъ, предоставляется или силамъ природы, или искусству. Гораздо удобнѣе сперва прицѣпить тесемку къ катетеру, а потомъ уже образовать петлю вокругъ пуповины. Для этого я, по примѣру *Michaelis'a* <sup>1)</sup>, поступалъ такъ, что сперва продѣлывалъ черезъ весь катетеръ вдвое сложенную нитку, вытягивалъ петлю ея черезъ окошко катетера, находящееся у глухаго конца, вкладывалъ въ катетеръ проволоку и, зацѣпивъ пуповину ниткою, эту послѣднюю надѣлывалъ на конецъ проволоки, фиг. 280. Это дѣлается для того, чтобы, при захватываніи выпавшей петли пуповины въ петлю нитки, не удлинять пуповины, ибо длинную петлю выпавшей пуповины гораздо труднѣе вправить, чѣмъ короткую.

Фиг. 280.



Фиг. 281.



находящаяся между вѣтвями его, а на другомъ концѣ *A* гайкою съ винтикомъ, помощью которой кольцо раскрывается и закрывается. При

2) *Способъ Braun'a*. Профессоръ *Braun*, въ замѣну прежняго своего репозитора, модифицировалъ способъ *Dudan'a*, который, по свидѣтельству д-ра *П. И. Добрынина*, съ успѣхомъ употребляется въ Вѣнѣ. Все измѣненіе въ способъ *Dudan'a* заключается въ томъ, что *Braun* иглой съ ниткой прокалываетъ оболочки выпавшей пуповины, стараясь не повредить ея сосудовъ, образуетъ нитяную петлю, приблизительно длиною въ дюймъ и прикрѣпляетъ ее къ катетеру помощью мандрина, какъ въ прежнихъ способахъ.

3) *Способъ Murphy*. Инструментъ его для вправленія пуповины, или репозиторъ, какъ видно на фиг. 281, состоитъ тоже изъ эластическаго катетера, чрезъ который пропущена металлическая пластинка, оканчивающаяся на одномъ концѣ *B* раздвижнымъ кольцомъ съ пружинкою, а на другомъ концѣ *A* гайкою съ винтикомъ, помощью которой кольцо раскрывается и закрывается. При

<sup>1)</sup> Abhandlungen aus d. Gebiete d. Geburtshülfe. Kiel 1833, p. 296.

употребленіи репозиторъ вводится во влагалище закрытымъ, тамъ раскрывается и пуповина захватывается въ раскрытое кольцо, закрывши которое, вправляютъ пуповину въ полость матки, руководствуясь правилами, изложенными при предыдущемъ способѣ.

Палочка *Schöller*'а представляла бы собой удобный инструментъ, еслибы она отличалась большей гибкостью и гладкостью.

Безуспѣшность всѣхъ способовъ частью зависитъ отъ того, что они примѣняются при самыхъ неблагоприятныхъ условіяхъ выпаденія пуповины, частью же отъ того, что самые способы не удовлетворяютъ потребностямъ каждаго даннаго случая. Такъ а) при каждомъ изъ сказанныхъ способовъ, чтобы захватить пуповину въ петлю тесемки или нитки, нужно извлекать пуповину изъ предматочника и чрезъ это, разумѣется, увеличивать ея петлю; это неудобство въ инструментѣ *Murphy* устранено. б) При всякомъ способѣ, исключая способъ *Braun*'а, петля пуповины, при вправливаніи ея въ матку, свободно скользитъ по тесемкѣ или ниткѣ и отъ этого операція затрудняется. Такъ что, еслибы улучшенія *Murphy* и *Braun*'а могли быть соединены въ одномъ инструментѣ, то этимъ бы устранились недостатки инструментальнаго вправливанія пуповины.

Нельзя не упомянуть, что въ иныхъ случаяхъ удается устранить предлежаніе пуповины, а вмѣстѣ съ тѣмъ предупредить выпаденіе ея, помѣстивъ роженицу на томъ или другомъ боку или, слѣдуя предложенію *Ritgen*'а, придавъ ей колѣннолоктевое положеніе; въ послѣднемъ случаѣ пуповина собственною тяжестью можетъ отодвинуться въ сторону.

## ОТДѢЛЪ IV.

### ГЛАВА XXI.

Насильственное родоразрѣшеніе (Accouchement forcé. Accouchement continué. Gewaltsame Entbindung. Forced delivery).

**Историческія замѣчанія.** Ни время изобрѣтенія этой операціи, ни имя автора, впервые ее исполнившаго,—въ точности неизвѣстны. Дру *Guillemot* <sup>1)</sup> удалось найти въ сочиненіяхъ *A. Paré* и *Guillemeau* указанія, что эта операція была издавна имъ знакома и слѣдовательно производилась гораздо раньше *Louise's Bourgeois*, которую несправедливо считали изобрѣтательницей этой операціи. Во всей подробности и съ научной тщательностью впервые описалъ эту операцію *Fr. Mauriceau*; къ этому описанію *Ph. Reu* добавилъ много немаловажныхъ правилъ предосторожности, настолько существенныхъ, что они еще и доселѣ не потеряли своего значенія. По стопамъ этихъ ученыхъ слѣдовалъ и *Dionis*. Всѣ они допускали примѣненіе этой операціи только при опасныхъ для жизни роженицы кровотеченіяхъ, вслѣдствіе предлежанія дѣтскаго мѣста (*placenta praevia*). На почвѣ этого показанія разсматриваемая операція продолжала оставаться почти во все время дальнѣйшаго ея существованія. Однакоже кругъ ея примѣненія старались постепенно распространить и на другіе случаи тяжелыхъ родовъ, напр., при выпаденіи пуповины (*Busch und Moser*), при агоніи и внезапной смерти роженицы (*Kilian, Duparque, Verardini*), при эклампсін (*Tiling, Busch, Reinfeldt, Jacobsen, Sim. Thomas, Sichel, Majer, Hildebrandt*), при carcinoma uteri (*Hofman*) и арорехія cerebri (*Pellegrini, Sichel*), но достигнутыми результатами, къ сожалѣнію, не могли похвалиться. Вслѣдствіе этого, а также и вслѣдствіе того, что разсматриваемая операція повидимому не представляетъ рѣзкой самостоятельности, а состоитъ только изъ ряда отдѣльныхъ акушерскихъ операцій, противъ нея возникла реакція и притомъ столь сильная, что нѣкоторые изъ акушеровъ (*Stein, Seyffert*, отчасти *Barnes* и *Spiegelberg*) не признаютъ ее вовсе. Что касается до меня, то я не могу не признавать за эту операцію самостоятельности, ибо она, составляя нѣчто цѣлое, имѣетъ свою литературу, свое показаніе и примѣняется на практикѣ, вслѣдствіе чего я и рѣшился посвятить этой операціи нѣсколько строкъ въ предлагаемомъ сочиненіи.

<sup>1)</sup> Archive general de Paris. 1837. Decembre. *Schmidt's Jahrbücher*. Bd. 19, p. 61.



Л И Т Е Р А Т У Р А.

Louise Bourgeois. Observations diverses etc. Paris 1642, T. I. Busch u. Moser. Handb. d. Gebkd. Bd. I. Berlin 1840. Barnes. Lectures on obstetric operations 1871, p. 400. Baudelocque. L'Art des Accouchem. T. I. Chomel et Bercher. Ergo pręgnanti superveniente hęmorrhagia uteri partus manu promovendus? Paris 1742. Dionis. Traitę gęnęral des Accouchem. Liv. III, chap. 24. Duparque. Accouchement forcę anstatt d. Kaiserschnittes. Monatsschr. f. Gebkd. Bd. XXI. Fontaine. Deux paradoxes etc. Paris 1611. Guillemeau. De l'heureux accouchem. des femmes. Paris 1609. Gumprecht. Ein Accouchem. forcę als ein Beitrag z. gerichtl. Geburtsh. Gumprecht's u. Wigand's Mag. f. d. Geburtsh. Hamb. 1807—8, Bd. I, p. 2; см. также Ann. f. d. Gesammte Heilk. Karlsruhe. Jahrg. III, Hft. 2. Hohl. Lehrb. d. Geburtsh. Leipzig 1862. Jęrg. Ueber das Accouchem. forcę; см. ero Schrift. z. Beförd. etc. Th. I, p. 299. Kilian. D. Geburtslehre. 1839. Th. II. Kilian. D. operativ. Geburtsh. 1849, Bd. II. Kursava. De partu violento peragendo. Vratsl. 1834. Mauriceau. Traitę d. maladies d. femmes grosses etc. 1721. T. I, livre 1. Peu. Pratique des accouchem. Liv. II. Puzos. Traitę des accouchem. Paris 1759. Reinfeldt (Муррава). Ueber Eclampsia gravidar. als Indicat. z. Accouchem. forcę. N. Z. f. Gebkd. Bd. IV. Rosenmeyer. De artificiosa orificii uteri dilatatione in arte obstetr. adjecta descriptione et delineatione instrumenti huic usui inservientis novissime inventi. Gott. 1802. Stein. N. Z. f. Gebkd. Bd. XVIII. Spiegelberg. Accouchement forcę durch d. Harnröhre. Monatsschr. f. Gebkd. XXIV. Spiegelberg. Lehrb. d. Geburtsh. Lehr. 1882. Stoltz. Accouchem. pręmaturę forcę. Nouv. dict. męd. et chir. 1864. Schroeder. Lehrb. d. Geburtsh. Bonn 1884. Schauta. Grundriss d. operat. Geburtsh. 1885. Scanzoni. Lehrb. d. Geburtsh. 1867, Bd. III. Tiling. Hamb. Z. f. ges. Med. Bd. III. Tibone. Del parto forzato. Torino 1862. Vetter. De separatione pręternaturali secundinarum. Jen. 1796. См. также а) Schmidt's Jahrbücher Bd. 36, 44, 45, 59, 71, 79, 82, 84, 88, 92, 104, 111, 124, 125, 128 и 140. б) Neue Zeitschr. f. Gebkd. Bd. 14, 18, 20, 21, 24 и 25. в) Gemeinsame deutsch. Z. f. Gebkd. Bd. 1, 2, 6 и 7. д) Monatsschr. f. Gebkd. Bd. 21 е) Siebold's Journal für Geburtshilfe, Bd. VIII.

**Опредѣленіе и цѣль.** Насильственнымъ родоразрѣшеніемъ называется акушерская операція, помощью которой весь актъ начавшихся уже родовъ совершается искусственно и насильственно, съ цѣлью ускорить окончаніе родовъ и тѣмъ прекратить онасный, а иногда и смертельный исходъ для матери и плода. Вся эта операція состоитъ изъ ряда операцій, послѣдовательно совершаемыхъ одна за другой, какъ-то: искусственнаго (почти исключительно ручнаго) раскрытія маточнаго зѣва и затѣмъ немедленнаго удаленія плода изъ полости матки, смотря по обстоятельствамъ, или поворотомъ на нижній конецъ его съ послѣдовательнымъ извлеченіемъ, или прямо наложеніемъ щипцовъ на головку. Насиліе здѣсь выражается по отношенію ко всему ходу родовъ и заключается въ томъ, что стараются какъ можно скорѣе и вѣрнѣе окончить роды, не обращая вниманія ни на то, что родовая дѣятельность матки еще слаба, ни на то, что эта послѣдняя еще немного или едва открыта, и что родовые пути вообще не подготовлены для родовъ. Теперь еще яснѣе видно различіе, существующее между насильственнымъ родоразрѣшеніемъ и искусственнымъ возбужденіемъ преждевременныхъ родовъ, указанное выше въ главѣ объ этой послѣдней операціи.

**Показанія.** Единственно-раціональнымъ показаніемъ къ этой операціи я считаю одно, а именно: *острую анемію* вслѣдствіе сильнаго

маточнаго кровотеченія при предлежаніи дѣтскаго мѣста, когда другія средства уже оказались неэффективными. Что же касается до другихъ показаній, какъ напр. внезапная смерть матери, агонія ея при неполнѣ открытомъ зѣвѣ и высокостоящей предлежащей части, то въ этихъ случаяхъ я предпочитаю кесарское сѣченіе. Эклампсію и выпаденіе пуповины тоже не могу причислить къ показаніямъ къ производству насильственного родоразрѣшенія, развѣ ужъ въ очень исключительномъ случаѣ.

Изъ 4-хъ случаевъ центральнаго предлежанія дѣтскаго мѣста, которые я могу припомнить, мнѣ посчастливилось спасти насильственнымъ родоразрѣшеніемъ 3-хъ матерей и одного ребенка. Въ 3-хъ случаяхъ, въ которыхъ матери были спасены, дѣти были мертвыя, а въ 4-мъ ребенокъ извлеченъ живымъ, но мать тутъ же умерла. Ребенка я наблюдалъ до 3-хъ-лѣтняго возраста. Этотъ послѣдній случай вѣроятно хорошо помнитъ д-ръ *Аменитскій*, который наблюдалъ больную Р. (жену артиллериста) съ конца 7-го мѣсяца беременности, т. е. со времени появленія перваго маточнаго кровотеченія до наступленія родовъ почти въ срокъ, и помогаль мнѣ при производствѣ операціи.

**Производство.** Приступать къ производству операціи насильственнаго родоразрѣшенія слѣдуетъ только тогда, когда маточный зѣвъ уже раскрытъ не менѣе, какъ на  $2\frac{1}{2}$  поперечныхъ пальца (*Kilian*); если же зѣвъ раскрытъ меньше, то за операцію можно приняться только при особенной удоборастяжимости краевъ маточнаго зѣва. Въ противномъ случаѣ, въ особенности же при сильномъ кровотеченіи изъ матки, первоначально необходимо ввести въ дѣтородные органы тампонъ (корпійный или каучуковый) и оставить его на мѣстѣ—или до тѣхъ поръ, пока не усилится сократительная дѣятельность матки, или пока онъ не слѣдается обременительнымъ для роженицы.

Начавши операцію, нужно производить ее не спѣша, соблюдая правила, изложенныя въ тѣхъ мѣстахъ предлагаемаго сочиненія, гдѣ говорится объ искусственномъ расширеніи маточнаго зѣва, объ осложненіяхъ и затрудненіяхъ при поворотѣ на ножки, объ извлеченіи младенца ручномъ и инструментальномъ, куда и отсылаемъ нашихъ читателей.