

СОЛОВЬЕВ Г. А.

Самостоятельный преподаватель I Московск. Государств. Унив.

ОСНОВНЫЕ ПРИЕМЫ ПРАКТИЧЕСКОГО АКУШЕРСТВА

С предисловием Директора Акушерско-Гинекологич.
К-ки проф. МАЛИНОВСКОГО М. С.

ИЗДАТЕЛЬСКАЯ КОМИССИЯ ПРОФКОМА МЕДСАНТРУД
I-го МОСКОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕН. УНИВЕРСИТЕТА.

МОСКВА — 1925.

СОЛОВЬЕВ Г. А.

Самостоятельный преподаватель I Московск. Государств. Унив.

ОСНОВНЫЕ ПРИЕМЫ ПРАКТИЧЕСКОГО АКУШЕРСТВА

С предисловием Директора Акушерско-Гинекологич.
К-ки проф. МАЛИНОВСКОГО М. С.

ИЗДАТЕЛЬСКАЯ КОМИССИЯ ПРОФКОМА МЕДСАНТРУД
I-го МОСКОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕН. УНИВЕРСИТЕТА.

МОСКВА — 1925.

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Книжка „Основные приемы практического акушерства“ представляет экстракт лекций, читаемых ежегодно студентам 1 МГУ заслуженным самостоятельным преподавателем *Г. А. Соловьевым*. Экстракт этот является азбукой акушерства, которую должен сознательно усвоить каждый студент, прежде чем он приступит к практическим занятиям в акушерской клинике. Я полагаю, что эта книжка может иметь не только местное значение, т.-е. обслуживать студентов 1 МГУ, где продолжает читать и вести практические занятия *Г. А. Соловьев*, но она окажется полезным пособием и для каждого учащегося, желающего сознательно работать в акушерской клинике.

Москва, 1925 г. 24 февраля.

Проф. М. Малиновский.

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА.

Многолетние занятия мои по практическому акушерству со студентами и молодыми врачами в акушерской клинике 1 МГУ, дали материал для предлагаемых записок. Настоящее издание ответит практической потребности в нем, конечно, больше, чем многочисленные рукописи, циркулирующие среди студентов и среди молодых врачей, главным образом земских в нашей обширной стране.

Самост. препод. по ак. 1 МГУ *Г. А. Соловьев*.

Часть I.

Non multum, sed multa.

Признаки беременности.

Необходимо различать вероятные и положительные признаки беременности.

1) Вероятные: отсутствие menses, токсикозы и дерматозы.

К токсикозам относятся тошнота, рвота, отсутствие аппетита, слюнотечение и извращение вкуса.

К дерматозам относятся различные кожные изменения: striae gravidarum, пигментация сосков, linea alba и половых органов, пятна на коже лица. Далее: увеличение грудных желез, более резкое выступание Монгом желез, появление жидкости, напоминающей молозиво. Под влиянием увеличения кровообращения в половых органах отмечается более резкое их окрашивание и размягчение. При двойном исследовании в месте перехода тела матки в шейку пальцы почти сходятся (призн. Гегара). Сверх того отмечается anteflexio uteri и маточные шумы в сосудах.

2) Положительные признаки беременности появляются на 5-м м-це и выражаются: а) в движении плода, б) прощупывании частей его и в) сердцебиении плода до 140 ударов в минуту.

Нормальные размеры таза.

Distantia trochanterica	31,5	сант.
" spinarum	26	"
" cristarum	29	"
Conjugata externa	20	"
" wera	11	"
" diagonalis	13	"
Distantia tuber ischii	11	"

Емкость таза.

Емкость таза зависит между прочим и от толщины составляющих его костей, массивность которых бывает далеко неодинакова. Наблюдения на костях запястья (Соловьев) показали, что толщина их может быть от 13 до 18 сант. в окружности. Следовательно колебание выражается в 5 сантиметров. При тонких костях и уменьшенные размеры таза дадут легкие роды; наоборот, при толстых костях надо ожидать таз мужского, мало емкого типа, и даже при наружных размерах его, близких к норме, могут быть трудные роды.

Предлежащею частью плода называется та часть его, которая идет первую по родовому тракту.

Положением плода наз. отношение продольной оси плода к продольной оси полости матки. Если оси эти совпадают, то положение будет правильное, если более или менее под углом, то положение косо или даже поперечное, стало быть неправильное.

Позицией плода при продольном его положении называется отношение его спинки к правой или левой стенке матки. Когда спинка плода налево—говорят I-я позиция. Спинка плода направо—II-я позиция.

Виды—*передний*, когда спинка лежит впереди *linea transversa* и *задний*, когда спинка позади.

Периоды родов—три: 1) раскрытие шейки, 2) изгнание плода, 3) изгнание последа (последовый период).

Механизм родов.

Механизмом родов называется способ прохождения плода через малый таз. При этом предлежащая часть и туловище плода должны совершать различные вращения или повороты, соответственно емкости родового пути.

Родовой путь. В верхней части родового пути (во входе в таз) самые широкие размеры поперечные; в средней (в полости таза)—самые широкие размеры косые и внизу

при выходе—прямые. Соответственно этому механизм родов делится на 5 моментов: 1) предлежащая головка относительно уменьшается в своем объеме путем flexio или extensio, 2) погружается в полость малого таза, приспособляясь к его наибольшему поперечному размеру, или затылком налево (первая позиция), или направо—вторая позиция, 3) головка, поворачиваясь слева направо или наоборот, подходит к выходу в прямой размер, 4) прорезывается или рождается головка, 5) видимый поворот головки затылком влево или вправо, сопровождающийся невидимым поворотом туловища в том же направлении.

Проводная тазовая родовая линия это путь, по которому совершаются роды; вверху она идет вертикально, причем, если мысленно продолжить эту линию вверх, то она выйдет около пупка беременной женщины, а внизу упрется в третий крестцовый позвонок. Отсюда проводная тазовая родовая линия идет круто изгибаясь сзади наперед, и снизу вверх, образуя кривизну до 180°. Тазовая кривизна щипцов, более или менее, параллельна ей.

Щипцы.

Щипцы состоят из трех частей: рукоятки, замка и ложки; ложка самая главная часть, на них имеется две кривизны—внутренняя головная и реберная-тазовая. Систем щипцов имеется до 300.

Пражские щипцы имеют наибольшую тазовую и головную кривизны и потому их неудобно накладывать в полости и во входе таза, а только в выходе. Они поэтому в практике не употребляются.

Немецкие и французские щипцы имеют тазовую кривизну средних размеров.

Английские щипцы еще меньше, а русские Лазаревича совсем не имеют тазовой кривизны, сверх того они параллельные, т. е. без перекреста ложек. Из этого разнообразия ясно, что тазовая кривизна не существ-

венна, но считаться с ней надо. Держать щипцы следует так, чтобы их тазовая кривизна была параллельна проводной тазовой линии.

Ложки щипцов называются левой и правой, потому что левая ложка вводится левой рукой в левую сторону матери; правая—правой рукой в правую сторону матери.

По устройству замка надо вводить сначала левую ложку, а потом правую. При замыкании щипцов между рукоятками их получается щель, соответствующая размеру головы. Чтобы не оказывать на голову ненужного давления, надо в эту щель заложить палец или полотно.

Левая рука направляет, а правая производит тракцию. Тракции делаются вниз, горизонтально и вверх, т. е. соответственно проводной, тазовой, родовой линии, но сообразно положению головки. Чтобы работать правильно и уверенно, надо знать топографию головки.

Топография головки.

Большой родничек имеет 4 шва, а малый три. Стреловидный шов прямой и самый длинный.

Как брать щипцы.

Щипцы берутся снизу. Большой палец с внутренней стороны, остальные четыре пальца с наружной.

Как производится наложение щипцов.

Ложка кладется к противоположному паху матери и скользит по касательной головке под руководством свободной руки (3-й глаз акушера).

У свободной руки 5 и 4-й палец поджимаются; 2 и 3-й складываются вместе, а 1-й отводится. В таком виде она вводится в родовые пути и прикладывается к головке. Ложка идет по головке, поддерживаемая первым пальцем в тесном контакте с головкой. При неполном открытии шейки матки можно ложку ошибочно наложить на шейку, во избежание этого и необходим тесный контакт ложки с головкой. Для полной уверенности, что ложка не

наложена на шейку, свободная рука должна ощупывать на рамке ложки снаружи туго натянутую поперек тонкую перепонку—это и есть шейка матки. Если пленки нет снаружи ложки, ложку надо вынуть и накладывать вновь.

Головные роды.

Головные роды бывают двух видов соответственно положению затылка относительно лонного сочленения и крестца. Затылок вращается около лонного сочленения налево и направо—**затылочно-лонное** положение, или около крестца—**затылочно-крестцовое** положение. При 2-м положении затылок спускается по крестцу, по крестцовой впадине, промежности и задней спайке. В обоих этих случаях общее то, что стреловидный шов выходит в прямом размере таза, поэтому наложение щипцов и там и тут простое—прямое.

Тракция при затылочно-лонном положении.

Если малый родничек подошел под лонное сочленение, то тракцию делают горизонтально и вверх; если не подошел, то вниз, горизонтально и вверх, чтобы подвести под лонное сочленение.

Тракция при затылочно - крестцовом положении.

Тракцию ведут горизонтально по крестцу, крестцовой впадине и промежности к задней спайке и вверх. Если же сделать тракцию вниз, то головка из состояния flexio, в которое она пришла естественными силами, перейдет в состояние extensio и безнадежно застрянет в тазу матери.

Наложение атипичных щипцов.

Наложение щипцов при положении головки во входе и в полости малого таза делается с переводом. Головка стоит там соответственно большому размеру вкось или поперечно, поэтому при наложении щипцов ложки

лягут на затылок и на лицо и при тракции, когда затылок подойдет под лонное сочленение, щипцы обязательно повернутся, придется их снимать и накладывать вновь. Таким образом из одной операции получается две—это для роженицы, а для ребенка имеется опасность травмировать глаз. Отсюда при наложении таких щипцов необходимо перевести их на боковые части головы. При наложении щипцов тазовая кривизна их должна быть при переводе на боковую сторону головки всегда направлена к затылку. Ложки с затылка поэтому переводятся вниз, с лица вверх. Делается это указательным пальцем свободной руки то опуская ложку за верхнее ребро с затылка вниз, то поднимая ее за нижнее ребро с лица кверху. В этом деле накладывающая рука—нуль (0), а свободная рука—все.

Тракции ведутся вниз, способствуя повороту затылка под лонное сочленение. Тут, если оперируют без наркоза, при опускании головки могут подниматься бурные потуги и роды кончаются сами. Щипцы тогда снимаются в обратном порядке—сначала правая ложка, а потом левая.

Пробные щипцы.

Когда головка застрянет на промотории при узком тазе, то иногда накладывая пробные щипцы, делают 2—3 тракции применяя Вальхеровское положение. Если головка не проходит, то делают краниотомию—прободение головки (трепанация) и извлечение ее краниокластом.

Техника операции.

Трепан плотно приставляется венчиком к головке и вертят ручку от себя, выпиливая диск из черепа и разрушают мозг трубкой, а потом, если нужно, череп промывается из ирригатора.

Краниокластом действуют так: внутреннюю его часть вводят в отверстие черепа, а наружную накладывают

на лицо так, чтобы не попали, материнские части, и потом действуют сплющивающим аппаратом. Далее его потягивают по направлению проводной тазовой редовой линии. При этом чрезвычайно важно, чтобы свободная рука оберегала материнские ткани от травматизации костями черепа, прикрывая их пальцами этой руки в таком случае.

Поворот на ножку при поперечном положении.

Опознавательными пунктами служат: лопатка, ключица и подмышечная впадина.

Если вперед смотрит спинка, то рука вводится ладонью к себе по крестцовому сочленению; если вперед смотрит брюшко, то рука вводится тылом к себе по лонному сочленению. Предварительное исследование нужно для того, чтобы знать как и куда вводить руку.

При повороте надо брать ту ножку, чтобы под лонным сочленением оказалась спинка, но при сухом повороте можно брать любую ножку, тогда могут быть два случая: 1) благоприятный, когда под лонным сочленением оказывается спинка и 2) неблагоприятный, когда под лонным сочленением оказывается брюшко, т. к. при этом ребенок в дальнейшем может зацепиться подбородком за лонное сочленение. Но этот последний случай легко можно превратить в благоприятный: ведь ножка будет смотреть пальчиками кверху и надо взяться за нее осторожно (в целях предупреждения вывиха в тазобедренном суставе) и потягивать ее кверху и в сторону противоположного бедра и тогда ребенок повернется спиной в сторону лонного сочленения.

Вообще правая ножка обещает вторую позицию, левая, наоборот, первую; как при щипцах, так и при повороте на ножку свободная рука деятельна: она фиксирует матку при проведении в нее руки снаружи и подталкивает книзу ягодицы. Отличие ножки от ручки: пяточный бугор, мышелки и прямолинейно распо-

женные мелкие пальчики. При выпадении ручки поперечное положение узнается по ключице, лопатке и подмышечной впадине. Появившаяся ручка означает, что плодный пузырь лопнул, воды прошли. Здесь может быть два случая: 1) легкий—воды недавно прошли и 2) трудный, когда воды давно прошли. В первом случае делают поворот на ножку под наркозом, а иногда и без него у многородящих, а во-втором, когда пульс роженицы нитевидный, матка в состоянии тетануса, твердая, как камень, делают эмбриотомию, так как в таком случае ребенок мертв и надо спасать мать от разрыва матки. Эмбриотомия, т. е. разделение плода на части в родовом канале для окончания родов, производится двумя методами. 1) Изъятие по частям (способ декапитации) наиболее применим. Декапитационным крючком Брауна захватывается и переламывается позвоночник в шейной области. Голова отрывается, а затем ее фиксируют снаружи, чтобы она не болталась, а туловище выводят за ручку. В крайне редких, запущенных случаях поперечных положений, когда необходимо уменьшить туловище, вследствие его относительно большого объема или уродства, приходится делать перфорацию туловища для извлечения внутренностей (эвисцерация). Дуайеновскими щипцами Мюзю можно быстро удалить внутренности ребенка, а затем и остальное.

Извлечение при тазовом положении.

Эта операция последовательная после сделанного поворота на ножку или самостоятельная при тазовых положениях. Смотря по предлежащей части, тазовые положения делятся на 1) ягодичное, 2) ногоположение полное или неполное и 3) чрезвычайно редко встречающееся коленное. При тазовых положениях различают четыре момента: 1) прорезывание ягодиц, 2) пупочного кольца, 3) освобождение ручки и 4) головки.

I. Прорезывание ягодиц.

Очень важно, чтобы ягодичные части вышли сами, так как таким образом растягиваются родовые пути особенно у первородящих для более легкого прохождения туловища, и главным образом головки. При этом положении может быть осложнение: ребенок сидит на пуповине верхом; ее не представляет труда освободить через ту или другую ягодицу.

II. Освобождение пупочного кольца.

Руки кладут таким образом, что большие пальцы находятся на крестце, а остальные на гребешках подвздошных костей и подтягивают, но без перехватываний, ибо так можно раздавить у ребенка печень. Когда появится пупочное кольцо надо исследовать не натянута ли пуповина, можно ли образовать петельку и если петелька не образуется, то извлекать нельзя. В противном случае оторвется или пуповина или плацента и получается неукротимое кровотечение. Поэтому надо перевязать пуповину и затем торопиться с извлечением ребенка, так как он начинает дышать вследствие перерыва кровообращения с матерью.

III. Освобождение ручек.

Сначала освобождается нижняя ручка: со стороны промежности простору больше. Ребенка поднимают и ручка вываливается, если же она не вываливается, то она запрокинулась за голову и тогда надо указательным пальцем одноименной руки дойти до локтевого сочленения и за предплечье освободить ручку (если же освобождать ручку, не дойдя до предплечья, то легко можно сломать humerus). Для освобождения верхней ручки,—ребенка опускают и т. д.

IV. Освобождение головки.

Существуют три способа: 1) **Английский** без применения силы, если ребенок мал. Ребенок кладется верхом на предплечье акушера, смотря по позиции, а

указательный и средний пальцы этой же руки проводят на личико и помещают по сторонам носа на fossae caninae, а такими же двумя пальцами другой руки надавливают на затылок сверху.

Французский способ с применением силы: ребенок также сидит, смотря по позиции, верхом на руке, указательный палец которой вводится в рот, затем указательный и средний пальцы другой руки помещают виллообразно на плечиках по сторонам шеи и извлекают за подбородок и плечики. При пользовании этим способом силу надобно применять осторожно, так как легко можно порвать связки шеи и получить тусиную шью.

Пражский способ. Берут сначала за ножки и низводят головку к выходу таза, за сим делается быстрый поворот ребенка к груди матери ногами: головка выскакивает из родовых путей. Этот способ опасен и для ребенка и для матери. Можно свободно вывихнуть позвоночник в шейной части. Кроме того при этом способе головка выходит в состоянии extensio. Следовательно в своем самом большом размере. Она может вызвать страшный разрыв промежности.

При французском способе, главным образом при узком тазе, последующая головка может застрять и тогда надо делать краниотомию последующей головки. Перфоратор вводится не в шею, а под кожу на середине спины и так подкожно ведется до головки, чтобы не повредить материнских частей. После прободения головки, внутреннее давление ее падает, она уменьшается в объеме и извлекается без труда по тому же способу.

Для успеха акушерского вмешательства требуется: самообладание, внимательное наблюдение за больной, осторожное пользование руками и грубыми акушерскими инструментами для избежания опасной травматизации родового пути, наконец, своевременное применение акушерской помощи согласно правилу: „*Ne спешите — нам время доройо*“.

Часть II.

Наиболее важные в практическом отношении врачебные акушерские ошибки:

Наблюдения Г. А. Словьева за время с 1885 по 1920 год.

Восьмидесятые годы в акушерстве — это пышный расцвет листеризма и антисептики. Подобно хирургам, акушеры отравлялись, работая при операциях под Sprague'ем растворами корболовой кислоты и отравляли больных: Родильниц, что называется и правых и виноватых промывали со стороны влагалища и матки почти ежедневно растворами сулемы. Было, поистине, что-то стихийное в этом увлечении, что разливалось широким потоком не только у нас, но и за границей. К этому же времени и относятся различные модификации наконечников для промывания матки и особой конструкции для предупреждения явлений шока и воздушной эмболии. Не могу забыть, как во время вечернего обхода своих пациенток я был позван к сослуживцу, который в своей палате, как тогда выражались, спринцевал заболевшую молодую родильницу. С ней вдруг стало плохо, пульс пропал, показалось кровотечение, сердце остановилось. На секции высказано было, exitus произошел от воздушной эмболии. Это была пора, когда наконечники Фритч-Боземана и подобные им только что вводились. Беда случилась от спазма шейки матки во время прибавки в кружку Эмарха жидкости при простом наконечнике. На меня, тогда молодого акушера, вспоминаемый случай произвел такое неизгладимое впечатление, что все происшедшее представляется мне, как бывшее недавно, хотя это было слишком 30 лет тому

Назад в старой клинике, и я очень счастлив, что ни у меня, ни у товарищей подобного потрясающего казуса больше не наблюдалось. Время и опыт научили нас работать безопасными инструментами, которых теперь мы имеем целый арсенал. Но и при этом условия бывали печальные случаи. Я не буду останавливаться на них когда, например, изредка производились артефакты при расширении шейки матки расширителями Гегара. Они проходили благополучно. Но отнюдь нельзя сказать того же про дилататоры резиновые, так называемые метрейринтеры. Не раз наблюдавшиеся разрывы шейки матки при форсированном применении их доставляли лишние хлопоты, вынуждая благодаря кровотечению к зашиванию, не угрожая впрочем более серьезным. А два раза пришлось видеть нечто катастрофическое.

Однажды форсированное метрейринтером расширение шейки матки для производства родов при мертвом плоде, при нераспознанной внематочной беременности дало в результате: разрыв матки, чревосечение и exitus на 3-и сутки. Вскрытие: Peritonitis adhaesiva chronica et fibrinosa purulenta acuta. Hydrothorax, hydropericardium. Tumor lienis acutus cum hyperplasia pulpaе lienis. Infiltratio adiposa hepatis. Anaemia universalis. Полученный при чревосечении препарат хранится в музее клиники.

Другой случай применения метрейринтера: VIII-пара, таз: 24; 21; 23; 16,5; с, в.—8,25. При 3-их родах—краниотомия и продолжительное заболевание, 4-е окончились ранним выкидышем, при 5-х и 6-х родах—щипцы (6-го недоносила 2 недели, 7—семимесячные роды. Из детей живы 1, 2 и 5. С целью прервать беременность теперь за 3 недели до родов введен в матку метрейринтер (наполнение—600,0 к. см.) при прорыве околоплодного пузыря. После энергических схваток через 15 часов при обследовании оказалось, что предлежащая во 2-м затылочном положении головка находится впе-

реди метрейринтера, который следовательно был за ней. Ввиду этого, а также почти полного отсутствия маточного зева, метрейринтер был удален, спустивши предварительно наполнявший его раствор лизола. Засим замечено выделение небольшого количества крови и, темного спустя (около $\frac{1}{2}$ часа), схватки стихли, предлежащая головка отошла от входа, кровотечение усилилось и больная начала стонать. На лицо — явления шока. Тотчас произведен поворот на ножку и извлечена мертвая девочка в 2700,0, причем послед, преждевременно отделившийся, родился впереди ребенка. При этом было констатировано: отрыв матки справа и взади и разрыв ее стенки. С целью поднять силы больной для производства лапаротомии сделано вливание физиологического раствора поваренной соли и пущены в ход все средства, чтобы поднять пульс. Больная скончалась быстро до лапаротомии. Вскрытие—*ruptura uteri. Anaemia acuta. Eechymoses sub endocardio. Infiltratio adiposa hepatis.*

Диагностические ошибки по отношению *quo ad vitam* больной, как и следует быть, имели различное значение.

Так,—беременность 4-х мес. при *ascite* трактовалась как *hydramnion*. Когда же после производства аборта, *abdomen* остался в прежнем виде, был сделан прокол живота троакаром и выпущено несколько литров жидкости, которую по первоначальному диагнозу ожидали получить из матки. Больная поправилась.

В другом случае тоже *quasi hydramnion* после искусственного прерывания беременности и выкидыша диагностирована двухсторонняя *cystoma ovarii*. Ввиду тяжелого состояния больной на 6-й день после искусственного выкидыша ей произведено чревосечение, причем выяснилось: дермоидальная киста правого яичника и огромная тухлота левого. Вся полость живота была переполнена излившейся коллоидной массой последнего через узурпированные стенки кисты. Эта боль

ная, окончалась через 12 часов после операции от прогрессивного упадка сердечной деятельности. Вскрытия не было по ходатайству родных умершей. Такие же аналогичные исходы в двух случаях редких недо-разумений из-за последа.

№ 652 (1908 г.). Жена врача, III—рага при IV мес. беременности. Ей на стороне было сделано по поводу выкидыша выскабливание матки 34 дня назад. По случаю кровотечения принята в клинику и из матки удален оставшийся там послед целиком. Не лихорадила ни до, ни после операции, вышла на 6-й день здоровой.

Другой случай исключительный: VI—рага, 29 лет. После 1, 2, 3 и 4 родов—искусственное отделение последа по поводу приращения и все 4 раза—продолжительное послеродовое заболевание. 5-я беременность прервалась ранним выкидышем. После повторного выскабливания матки по поводу выкидыша и спустя несколько дней по причине кровотечения—амеоргноза в течении 7 лет. Первая половина настоящей беременности осложнилась дизентерией, больная поэтому долго лежала. Вторая ее половина—продолжительное кровотечение в течении 3-х с половиной месяцев, временами походившее на регулы; больная тоже лежала все время. В заключение вялые срочные роды при помощи метрейригтера по поводу раннего отхождения вод. Извлечена живая девочка в 3700,0 в тазовом положении. Через час—кровотечение. При отделении последа рукой оказалось, что местами он на большом протяжении приращен и занимал левую и правую, боковые стороны, заднюю поверхность и часть дна матки. Низкий и огромной величины по плоскости он имел два придаточных последа, величиной около ладони. Атония матки, сильное кровотечение, exitus letalis. Вскрытия умершей, к сожалению, не было по ходатайству родных (случай этот был сообщен мною на II съезде российских акушеров и гинекологов). Спасти от смерти эту больную могла бы, быть может, разве только операция Рогго.

Внимательно и справедливо оценивая тяжкий анамнез ее, нельзя не отметить роковой роли повторного, выкабливания матки, после которого больная, как женщина стала окончательно на край пропасти, сделалась инвалидом, получивши, насильственно многолетнюю атрофическую. И начавшаяся беременность, протекая все время среди осложнений, до крайности тяжелых, неуклонно влекла больную к гибели, благодаря именно роковой к ней подготовке.

По вопросу об опасности неосторожной травматизации при оказании оперативной помощи во время родов не могу умолчать о двух особенно демонстративных в этом отношении случаях наложения щипцов.

№ 380 (1907 г.). II—para с узким тазом — трудные щипцы на высокостоящую головку в теменном положении. Ребенок в 3320,0 не оживлен. При явлениях септического воспаления брюшины, матки и травмы мочевого пузыря больная скончалась на 8 день после родов. Протокол вскрытия: *Ruptura colli uteri et vesicae urinae inde gangraena icherosa celae pelvis et regionis inguinalis et renalis lateralis sinistrae, peritonitis acutissima. Urocystitis et endometritis septica. Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis, renum. Tumor lienis septicus acutus.* Такие печальные последствия получились в результате настойчивой экстракции для плода в теменном положении головки и для матери с узким тазом.

Другой еще более демонстративный случай неосторожной травматизации родового пути такой:

(№ 736 1911 г.). I—para. 28 л. Полостные щипцы. Мальчик 4050,0 при нормальном тазе. Exitus через 5 часов после родов при явлениях *anaemiae acutissimae.* Протокол вскрытия: *Anaemia universalis. Ruptura vaginae lateralis sinistra. Ruptura fornicis vaginalis dextrae. Haemorrhagia et oedema cellulae pelvis minoris praecipuae sinistrae. Hyperplasia hypophysis. Hyperplasia nodosa glandulae suprarenalis. Hyperplasia glandulae thyreoidae et thymus persistens. Hyperplasia lienis.*

Добавлять что либо в объяснение к данным аутопсии излишне: найденные крупные нарушения целостности полового аппарата чрезвычайно характерны для травматизации его при неосторожном наложении щипцов, и для быстрого, печального исхода операции в данном случае, конечно, имелось полное основание.

Не могу обойти молчанием моих переживаний в начале моей акушерской деятельности при производстве краниотомии предыдущей головки плода при узком тазе. Не раз при обломе костей черепа краниокластом трепанированной головки приходилось извлекать из матки ребенка путем предварительного поворота на ножку. В таком случае проведение руки в матку мимо черепа с обломанными костями — предприятие для оперирующего небезопасное, особенно у лихорадящих *sub partu* в запущенных случаях. Но *forfes fortuna juvat*, и может быть только благодаря этому дурного не видал. Фортуна не покинула нас однажды и при краниотомии последующей головки, когда неопытной рукой был произведен перфоратором двойной прокол черепа в основание и в теменной части без нанесения повреждения матке.

Я не буду останавливаться на подробностях одного случая, который в свое время вызвал недоумение, но только вкратце его коснусь, зная, что он не исключительный. Одна № 563 (1902 г.) узкотазая с с. в. 6¹/₄ после ряда выкидышей и искусственных преждевременных родов мертвыми детьми перенесла в клинике классическое кесарское сечение, получила живого ребенка и по условию согласия на эту операцию ей были перевязаны и перерезаны фаллопиевы трубы для стерилизации. Но каково же было удивление, когда, спустя 8 мес. после этого, новая беременность привела эту пациентку в клинику вновь за производством выкидыша на IV мес. по нежеланию подвергнуться вторично кесарскому сечению. После такого наблюдения в клинической дальнейшей практике в аналогичных

случаях кесарского сечения применялась резекция фаллопиевых труб на протяжении 2-х—3-х см. после предварительной их перевязки. Такая модификация операции с целью стерилизации ни разу не заставила в ней разочароваться.

Все время имея ввиду в настоящем изложении моих воспоминаний касаться только тех сторон акушерского дела, которые являются наглядным примером того, чего не следует делать в интересах науки и борьбы со смертью, я не могу не коснуться, хотя бы в самой краткой форме, терапевтической деятельности нашей у постели больных рожениц и родильниц. Из них особенно выдвигаются в памяти страдавшие эклампсией *sub et post partum*. И чего только тут не было. Влажные обертывания, морфий, хлороформ, хлорал-гидрат, вдыхание кислорода, *pilocarpin*, банки сухие и кровососные и только в редких случаях кровопускание при помощи пиявок—вот наследие доброго старого времени. Позднее—*aspirin*, стремление к ускорению родоразрешения при помощи метрейриза, затем путем кесарского сечения, классического или вагинального с обращением особенного внимания на повышенное давление крови, в особенности в пuerперальном состоянии и поэтому поводу—кровопускание жильное. Наконец профилактика эклампсии путем вегетарианского пищевого режима при беременности (при 1-й—обязательно) согласно новейшим наблюдениям и данным современной науки, о чем была речь в моей работе, сообщенной на конференции клинических врачей и напечатанной в в Московск. Журн. Клинической Медицины № 1, 1923 г. Нельзя не упомянуть о попытках применения за последнее время органо—и серотерапии при эклампсии как одного из токсикозов беременности, но это дело слишком новое с еще неустановившейся репутацией. Многие из перечисленных мною средств, которыми мы пользовались в борьбе с коварной болезнью, ушли вглубь истории, как дань времени, и, как ошибки, уже сданы в архив.

Ту же картину представляет наша борьба с заболеваниями послеродовыми, как в отношении их предупреждения, так и лечения. Я бы не желал даже вспоминать тех неслучаев, которые мы в старые годы делали, воображая, что, напр., работая под spray'em с карболовым раствором мы предупреждаем при операциях таким простым способом послеродовые заболевания. Об этом речь была выше. Потом, когда были введены аппараты для стерилизации, мы увидели свои ошибки. Освободились ли мы от них в настоящее время—это вопрос, на который даст беспристрастный ответ будущий историк, который может быть и укажет ошибку там, где мы ее теперь не видим.

Для иллюстрации лечения пuerперальных заболеваний из жизни старой клиники укажу следующий случай:

№ 340 (1889 г.). Норм. 3-й роды. 27 л. По рождении плода—кровотечение. На 5-й день 40,0°, явления endometrit'a, после промывания матки—умеренное кровотечение. На 6-й день—постоянное орошение. На 7-й день—боли внизу живота, t°—40,0, пульс—120; t—40,2, p—138, чувствительность живота, орошение удалено. Огий. На 8-й день t.—39,5, п.—126; вечером t—40,7, п.—146, дых.—42; резкия явления воспаления брюшины. На следующий день мушка на живот и т. д. На 14-й день—exitus. Протокол вскрытия: Endometritis septica et peritonitis septica universalis. Dissolutio sanguines. Synacchia pleurae dextra. Degeneratio cordis fusca.

Таким типичным заболеванием и не менее характерным лечением заканчивала в этом году свою деятельность акушерская клиника в старом своем помещении на Рождественке и вместе с тем говорила последнее свое слово антисептика в акушерстве. Ценою болезненных ошибок нарождалась асептика, под сенью которой в новой клинике складывалась новая жизнь, проводилось в исполнение то, о чем раньше могли только мечтать. Но от ошибок все-таки не избавились.

По этому вопросу приходит мне на память случай из числа наблюдений описанных мною в 1898 г. в труде под заглавием: „К учению о борьбе с послеродовыми заболеваниями“. Вкратце: I—*para conjug. d. 10*. Роды при головном положении кончены по отхождении вод через 1½ суток поворотом на ножку под глубоким наркозом. *Endometritis sub partu*. Извлечена мертвая девочка около 3000,0. Тяжелый гангренозный эндометрит, дифтероидное изъязвление влагалища и шейки матки, t^0 и пульс со 2-го дня лихорадочные. Ввиду безуспешности применения иода, промываний и сухих марлевых тампонаций матки, а равно и постоянного орошения с одной стороны, и по причине развившегося маниакального состояния при зловонном эндометрите, с другой—*abrasio uteri*. В результате—только прекращение бреда, так как удалено было кюреткой около стакана ихорозного распада. Ввиду присутствия в матке стрептококков в огромном количестве—инъекция антистрептококковой сыворотки по 20 куб. см. в течение двух следующих дней. Тампонация и прочая терапия—без успеха. Вновь маниакальное состояние, вторично—*abrasio uteri*. Вычищено около ½ стакана гангренозных обрывков и распада. Через день—новое впрыскивание сыворотки. Общее состояние больной заметно стало лучше. Местные же явления, несмотря на постоянное орошение, которое оставалось в том расчете, чтобы удалить из матки зловонный детрит и уменьшать таким образом самозаражение. Как при первом, так и при втором выскабливании матки было констатировано, что за внутренним отверстием матки влево и кзади идет какая то опухоль. А когда, не взирая на настойчивое лечение, местные явления были почти в том же положении, через 12 дней (после предыдущих *abrasio*) было произведено 3-е выскабливание матки, причем то, что казалось опухолью, отделилось и спустилось в внутреннее отверстие шейки матки. Отделившаяся масса удалена на следующий день без всяких затруднений.

Она была толщиной от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$ см., длиною — около 15 см., шириною от 3 до 6 см. После этого матка резко сократилась. В этот день вспрыснуто 10 к. см. сыворотки, лихорадка прекратилась. Больная на 48-й день после родов вышла из клиники с маткой в атрофическом состоянии. Выделившаяся лепешка неправильной формы оказалась частью маточной стенки и по толкованию проф. Никифорова в данном случае было: *colpitis et endometritis septica*, осложненный *necrosi partiali mesometrii decubitali*.

Нечто подобное наблюдалось в старом помещении акушерской клиники и описано в свое время Сыромятниковым под таким названием: первый случай отслаивающегося воспаления матки (*metritis dissecans*). В этом случае было: 1-е роды самопроизвольные, но преждевременные, по причине брюшного тифа. Через две недели после родов масса, подобная вышеупомянутой, вышла из матки при явлениях вонючего гнойного эндометрита. После этого больная перестала лихорадить, вступила в период выздоровления и затем выписалась из клиники здоровой. Разница в этиологии: там — продолжительное давление на стенку матки к тазу матери головкой — *decubitus*, здесь — тифозная инфекция. Но главное и существенное различие в терапии. Здесь, — в последнем случае, при тифе — никакого лечения, там наоборот. Обширный арсенал и старых и новых средств был пущен в ход такой щедрой и смелой рукой вроде троекратного кюретажа при стрептококковом эндометрите, что остается только удивляться, как за такую ошибку не расплатилась больная жизнью. Впрочем не надо забывать, что наш случай относится к тому времени, если так можно выразиться, злоупотребления различными лечебными средствами, когда они бываю́т накануне выхода своего из жизненного обихода. Находил же в это время Pinard в Париже необходимым всем роженицам, прибывшим в родовспомогательное учреждение без вод, делать профилактическое вспы-

кивание 10 к. см. антистрептококковой сыворотки института Pasteur'a. А в случае повышения t^0 —дозу повторять. А известно, что позднее как в профилактическом, так и в лечебном отношении, французские акушеры заняли позицию невмешательства. Придерживаясь теперь этого направления в терапии послеродовых заболеваний, но отнюдь не в смысле профилактики, где нами прилагается все старание по мере сил поддерживать асептику при дефектах современной жизни, мы не имеем оснований в этом раскаиваться. Уменьшилась ли восприимчивость к заболеваниям пuerперальным, повысились ли силы женщин для борьбы в данном направлении, определенного ответа на это мы дать не можем. Только есть основание предположить, что пред нашим наблюдением теперь не та женщина, которую до сих пор мы знали, перед нами — вегетарианка, более или менее. В каком смысле такое предположение уясняет темный вопрос о современном падении % заболевания и смертности после родов, этого щекотливого и спорного вопроса я касался в моей работе о влиянии вегетарианства. Насколько справедливо мое воззрение, покажет время. Этим я закончу изложение моих мыслей, памятуя великую истину: errare humanum est.

Преподаватель 1 М.Г.У. Г. А. Соловьев.

akusher-lib.ru

Объединен. тип. Штаба и Политупр. МВО, Всеволожский пер., д. 2.

Главлит № 33.272.

Тираж 2,000.